



กรมควบคุมโรค
DEPARTMENT OF DISEASE CONTROL

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค

สคร.2 พิษณุโลก

Journal of Disease Prevention and Control : DPC. 2 Phitsanulok

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563 Volume 7 No. 1 (January - April 2020)

ISSN 2287-0385 E - ISSN 2672-975X



การพัฒนาเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรคสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
วิรัช ประวันเตา, เยาวเรศ วิสูตรโยธิน, ภัทรเดช วรศรีหิรัญ, กอบโชค วุฒิชัยวณิชยกิจ, วินัย ทองซุบ, อุษารัตน์ ดิตเทียน

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 จอมฤทัย อินทรพาณิชย์

การศึกษาสถานการณ์และรูปแบบของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์ เบญจวุฒิ คุรุทเมือง

ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสวรรค์โลก ศิริวรรณ ทองเลิศ

การสังเคราะห์ข้อมูลระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอส ในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ปีพ.ศ.2551-2561
นิธิพัฒน์ มีโกศล

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่างในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในโรงพยาบาลชุมชน
วาสนา อธิรเสนา

full paper



<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs/index>

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิชาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพและเป็นสื่อกลาง ในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานควบคุมโรค
2. เพื่อเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อกลาง การจัดการความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพ รวมทั้งด้านสาธารณสุขทั่วไป
3. เพื่อเป็นเวทีในการนำเสนอผลงานวิชาการของ บุคลากรสาธารณสุข

เจ้าของวารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

The Office of Disease Prevention and Control
Region 2

ที่ปรึกษา

1. นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย
2. ดร.นพ.ชนรักษ์ ผลิพัฒน์

บรรณาธิการ

ดร.ไพรัตน์ อ้นอินทร์

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวทิพย์สุดา กองเนียม

กองบรรณาธิการในหน่วยงาน

1. น.พ.ศรายุทธ อุดตมาภพพงษ์ ผู้อำนวยการฯ
2. นายวิรัช ประวันเตา รองผู้อำนวยการฯ
3. นางวรรณ วิจิตร
4. ดร.นิรมล พิมพ์น้ำเย็น
5. ดร.นพ.สุทัศน์ โชตินพันธ์
6. พญ.มนัสวินีร์ ภูมิวัฒน์

กำหนดออกเผยแพร่ 3 ฉบับ

เดือนมกราคม – เมษายน

เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม

เดือนกันยายน – ธันวาคม

พิมพ์ที่

หจก. พิษณุโลกเปเปอร์แอนด์ซัพพลาย

1/20 ถ.บรมไตรโลกนารถ ต.ในเมือง

อ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก 65000

โทรศัพท์ : 055-225037,086-4284710

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

1. ศ.นพ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณนารุ โนนทัย	มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมของมนุษย์
2. ผศ.ดร.มณฑา เก่งพานิช	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.นวรรตน์ สุวรรณผ่อง	มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผศ.ธนัญญา สมัย	มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ศ.ดร.อะเคอิ อุณหเลขกะ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6. รศ.ดร.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
7. ผศ.(พิเศษ)ดร.นพ.ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
8. ผศ.ดร.บุญเรือง คำศรี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
9. รศ.ดร. นงนุช โอปะะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
10. รศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
11. ผศ.ดร.ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
12. ดร.ธนัช กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
13. ผศ.ดร.จรรยา สารินทร์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
14. ดร.จักรพันธ์ เพชรภูมิ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
15. ผศ.ดร.เชษฐา งามจรัส	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
16. ผศ.ดร.สมตระกูล ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
17. รศ.ดร.ธวัช บุญยมนิ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
18. ดร.พนารัตน์ เจนจบ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
19. ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
20. นพ.วิทยา สวัสดิวุฒิพงศ์	นักวิชาการอิสระ
21. พอ.นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร	นักวิชาการอิสระ

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน กองบรรณาธิการวิชาการ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลกไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 1 ของปีที่ 7 บทความทางวิชาการต่างๆที่มีคุณค่าของหลายๆท่านที่ได้รับการทบทวน ตีพิมพ์และเผยแพร่ ถือเป็นส่วนสำคัญของวารสาร กองบรรณาธิการยินดีรับผลงานวิชาการของท่านเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

วารสารฉบับนี้ประกอบด้วย บทความวิจัย 6 บทความ ได้แก่ 1) การพัฒนาเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรคสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 3) การศึกษาสถานการณ์และรูปแบบของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี 4) ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสวรรค์โลก 5) การสังเคราะห์ข้อมูลระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอส ในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ปีพ.ศ.2551-2561 6) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่างในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในโรงพยาบาลชุมชน

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยที่ปรากฏในวารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน ในการเสริมสร้างความรู้ และ ความเข้าใจ ตลอดจนได้ข้อค้นพบทางวิชาการใหม่ ๆ อันวยประโยชน์ต่อท่านในการต่อยอดองค์ความรู้ โดยการดำเนินงานวิจัยสืบเนื่องของท่าน ต่อไป

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

บทความ	ชื่อผู้แต่ง	หน้า
การพัฒนาเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรคสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น = The Development of National Quality Award Guidelines in Disease Control For Local Government Organizations.	วิรัช ประวันเตา, ประ.ค. ,เยาวเรศ วิสูตรโยธิน, ประ.ค. ,ภัทรเดช วรศรีหิรัญ, ส.ม. ,กอบโชค วุฒิชัยวณิชย์กิจ, ส.ม. วินัย ทองชุบ, ส.ม., อุษารัตน์ ดิดเทียมน, ส.ม.	1
ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 = The effectiveness of self-efficacy promotion program among caregivers on activities of daily living in stroke patients Udonthani hospital 2 primary care unit.	จอมฤทัย อินทรพานิช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ พบ. วว., (เวชศาสตร์ครอบครัว)	18
การศึกษาสถานการณ์และรูปแบบของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิต์ = Study of the situation and patterns of new pulmonary tuberculosis patients.Thong Saen Khan Hospital, Uttaradit	เบญจจุติ กระจุกเมือง อว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน , อว. เวชศาสตร์ครอบครัว	33
ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสวรรคโลก = Effect of Nursing Practice Guideline among Cancer Patients in Sawankhaloke Hospital	ศิริวรรณ ทองเลิศ ป.พ.ส.	44
การสังเคราะห์ข้อมูลระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอส ในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ปีพ.ศ.2551-2561 = Temephos Susceptible of Aedes aegypti In lower part of Northern, Thailand. 2008-2018	นิธิพัฒน์ มีโกศล สม.	57
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่างในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในโรงพยาบาลชุมชน= Factor associated Acute Lower Respiratory Infection in children in Community Hospital.	วาสนา อธิรเสนา พ.บ.	69
คำแนะนำสำหรับเตรียมบทความต้นฉบับ		80

การพัฒนาเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรค สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วิรัช ประวันเตา, ปร.ด., ยศวรศ วิสูตรโยธิน, ปร.ด., ภัทรเดช วรศรีหิรัญ, ศ.ม., กอบโชค วุฒิชัยวิชยกิจ, ศ.ม.
วินัย ทองชุบ, ศ.ม., อุยารัตน์ ดิดเทียน, ศ.ม.
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรคสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการวิจัยแบบผสมผสานโดยมีการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอนคือ (1) สัมภาษณ์องค์ประกอบเกณฑ์รางวัลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 ท่าน ที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ฯ แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (2) สร้างและตรวจสอบเกณฑ์รางวัลฯ โดยขึ้นการสร้างเกณฑ์รางวัลฯ ใช้การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายผู้เชี่ยวชาญ 18 ท่าน ตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดย คำมัธฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สำหรับขึ้นการตรวจสอบเกณฑ์รางวัลฯ ใช้แบบสอบถาม(scale 5 ระดับ) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง สอบถามความเหมาะสมเกณฑ์รางวัลฯ จากผู้อำนวยการกอง/สำนัก/หัวหน้าส่วนราชการสุขฯ เทศบาล 17 จังหวัดภาคเหนือทุกแห่ง รวม 178 แห่ง (ตอบกลับ 160 แห่ง) แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วยโปรแกรม LISREL (3) ปฏิบัติการใช้และประเมินเกณฑ์รางวัลฯ ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 15 แห่ง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ประโยชน์ จากกลุ่มเป้าหมาย 45 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็น (scale 5 ระดับ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยและค่าร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่าเกณฑ์ที่พัฒนาขึ้นมี 8 หมวด (55 ข้อ) ผู้เชี่ยวชาญเห็นเหมาะสม 8 หมวด (51 ข้อ) ดังนี้หมวด 1 บทบาทผู้บริหารท้องถิ่น(6 ข้อ) หมวด 2 วางแผนกลยุทธ์(6 ข้อ) หมวด 3 มุ่งเน้นประชาชนผู้รับบริการ (8 ข้อ) หมวด 4 ข้อมูล สารสนเทศและการวัด วิเคราะห์(4 ข้อ) หมวด 5 จัดการความรู้และนวัตกรรม(4ข้อ) หมวด 6 พัฒนาบุคลากร(7ข้อ) หมวด 7 กระบวนการปฏิบัติงาน(6 ข้อ) และหมวด 8 ผลลัพธ์การดำเนินการ (9 ข้อ) จากการทดสอบความสัมพันธเชิงโครงสร้างข้างต้นพบทุกองค์ประกอบมีค่าความเหมาะสมระดับมากถึงมากที่สุด และมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.38 – 0.56 และทุกโมเดล (8 โมเดลย่อย, 1 โมเดลภาพรวม) มีความตรงเชิงโครงสร้างที่สอดคล้อง(Fit) กับข้อมูลเชิงประจักษ์(ค่าไคสแควร์ระดับการยอมรับที่ไม่มีนัยสำคัญหรือค่า p-value มากกว่า 0.05) ดัชนีวัดความสอดคล้อง(GFI) 0.90 ขึ้นไป ค่าดัชนีกำลังสองของความคลาดเคลื่อน(RMSEA)มีค่าไม่เกิน 0.05 และจากการประเมินผลการนำไปใช้พบมีความเป็นไปได้และเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมาก.

คำสำคัญ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รางวัลคุณภาพ ป้องกันควบคุมโรค

The Development of National Quality Award Guidelines in Disease Control For Local Government Organizations.

Virat Prawantao , Ph.D. ,Yaowares Wisootyotin , Ph.D. ,Pataradech Worasrihiran , M.P.H.

Kobchok Wutichotwanijkij , M.P.H. , Winai Tongchub , M.P.H. ,Usarat Tidtien , M.P.H.

Office of Disease Prevention and Control, Region 2

Abstract

The objective of this research was to develop the criteria for the national quality award for disease prevention and control for local administrative organizations. It was a mixed methods research, there were 3 steps of research and development, which were 1) Synthesized of award criteria with in-depth interviews of 5 local government organization leaders, selected specifically according to the criteria and content analysis. 2) Created and checked the award criteria by establishing the criteria for award criteria, research was conducted using delphi technical expertise of 18 persons as specified, data were analyzed by means, median, Interquartile range and content analysed, for the award criteria verification stage used a questionnaire (5 rating scale) that had validity and reliability (0.982) inquired about the award criteria from the director of the bureau / division / head of public health 178 municipalities in all 17 provinces in the northern region (160 replied), the data were analyzed by confirmatory factor analysis , using LISREL program. 3) Implementing and evaluating award criteria In 15 local government organizations, 45 samples, to study the feasibility, usefulness, tools used as a questionnaire for opinions (scale 5 levels), analyzed the data by means and percentage.

The results showed that the developed criteria 8 categories (55 items), experts considered appropriate 8 categories (51 items) as follows : Category 1 the role of local administrators (6 items), section 2 strategic planning (6 items), section 3 focuses on service recipients. (8 items) Category 4 Information and analysis (4 items) Category 5 knowledge management and innovation (4 items) Category 6 human resource development (7 items) Category 7 operational processes (6 items) and Category 8 results actions (9 items). From the above structural relationship tests, all components had the highest level of suitability and there were statistically significant relationships, the confirmatory factor analysis results showed that the component weight between 0.38 - 0.56. All models (8 sub-models, 1 overall model) had consistent structural validity (Fit) and empirical data (chi-square values, insignificant acceptance levels or p-value greater than 0.05., Goodness of Fit Index : GFI $\geq$ 0.90, RMSEA not more than 0.05 and from evaluation of the use found that it was possible and useful at a high level.

Keywords : local administrative organizations, quality award, disease prevention and control

บทนำ

พระราชบัญญัติเทศบาลกำหนดให้เทศบาลมีหน้าที่ในการป้องกันและระงับโรคติดต่อในเขตรับผิดชอบ⁽¹⁾ การปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ดังกล่าวให้ใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีที่ต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน⁽²⁾ รวมทั้งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลต่างให้อำนาจหน้าที่ในการป้องกันและระงับโรคติดต่อ⁽⁴⁾ นอกจากนี้พระราชบัญญัติการกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดให้งานสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เป็นภารกิจที่ส่วนราชการต้องถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁽⁵⁾ และการที่ท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง และมีรายได้จากภาษีอากรต่างๆ ค่าธรรมเนียม ค่าภาคหลวงแร่ ปิโตรเลียม ค่าบริการ และเงินอุดหนุนจากรัฐบาล สามารถจัดตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง และหากกระทรวง ทบวง กรม หรือ หน่วยงานของรัฐ จะดำเนินกิจการใดเพื่อประโยชน์ของประชาชนในตำบลต้องแจ้งให้องค์การบริหารส่วนตำบลทราบล่วงหน้าตามสมควร และ นำความเห็นขององค์การบริหารส่วนตำบลไปประกอบการพิจารณาดำเนินการนั้นด้วย⁽⁴⁾ จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสำคัญต่อการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ อย่างไรก็ตามท้องถิ่นมีภารกิจในการบริการประชาชนหลายด้าน และการป้องกันควบคุมโรคต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน⁽⁶⁾ และที่ผ่านมาท้องถิ่นให้ความสำคัญการแก้ไขปัญหาเฉพาะนามากกว่า ขาดการวางแผนระยะยาว ขาดแคลน บุคลากร

ที่มีทักษะและขาดเครื่องมือในการประเมิงานด้านนี้⁽⁷⁾ จึงมีความจำเป็นต้องหา เครื่องมือเพื่อกระตุ้นจิตใจท้องถิ่น ให้มีความมั่นใจในการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.)ได้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นขึ้นเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษา พยาบาลระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต⁽⁸⁾ กองทุนนี้เป็นถือเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ แต่จากการติดตามประเมินการดำเนินงานกองทุนพบว่ายังขาดการจัดการที่มีประสิทธิภาพ⁽⁹⁾ และจากการสำรวจการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่ายังขาดการบริหารจัดการ การควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾ ต้องพัฒนาเครื่องมือนำมาใช้เป็นกลไกพัฒนาศักยภาพด้านนี้ของท้องถิ่น

เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือในการช่วยเสริมสร้างความสามารถในการแข่งขัน ปรับปรุงการดำเนินการ เพิ่มขีดความสามารถ และผลลัพธ์ขององค์กร เมื่อนำมาใช้บริหารจัดการจะทำให้ผลการดำเนินการขององค์กรดีขึ้นเสมอ⁽¹¹⁾ นอกจากนี้บริษัทชั้นนำตลอดจนหน่วยงานภาคราชการหลายแห่งได้มีการพัฒนาตามเกณฑ์นี้แล้วพบว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง⁽¹²⁾ สำหรับการป้องกันและควบคุมการโรคขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นก็เช่นกันต้องมีการเตรียมความพร้อมในการจัดการองค์กร มีการบริหารจัดการที่ดี⁽²⁾ เพื่อเป็นศูนย์กลางในการป้องกันควบคุมโรคในระดับพื้นที่ต่อไปในอนาคต

นับแต่ปีพ.ศ.2558 ที่เปิดประชาคมอาเซียน มีการเดินทางติดต่อสื่อสาร เคลื่อนย้ายแรงงาน ระหว่างประเทศเพื่อการประกอบอาชีพ และการท่องเที่ยวมากขึ้น อาจนำมาซึ่งการติดต่อ หรือการระบาดของโรคอุบัติใหม่⁽¹³⁾ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้พร้อมสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้อยู่ในการกำกับดูแล นิเทศตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องหาเครื่องมือ โดยใช้แนวคิด Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) เป็นกรอบในการพัฒนาเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติและจะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ให้ ซึ่งผู้บริหารท้องถิ่นสามารถนำไปใช้พัฒนาการทำงานให้เป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ลดการตาย การเจ็บป่วย และการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ของประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรคสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วิธีดำเนินการ

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบผสม (mixed method Research) โดยใช้รูปแบบกาวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก แบ่งการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 : สังเคราะห์องค์ประกอบเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรคฯ

1. 1 ศึกษาทฤษฎีและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของเกณฑ์รางวัลคุณภาพระดับชาติ จากเอกสาร หนังสือคู่มือ วารสาร และ Internet

1.2 ศึกษาแนวคิดผู้เชี่ยวชาญโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการบริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- กลุ่มเป้าหมาย : นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฯ 5 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติ 2 ใน 4 ข้อคือ (1) เป็นนายกฯต่อเนื่องมาอย่างน้อย 4 ปี (2) อาศัยอยู่ในท้องถิ่นนั้นๆ อย่างน้อย 10 ปี (3) เคยได้รับรางวัลเกี่ยวกับการบริหารจัดการองค์กรฯ (4) เคยได้รับเชิญเป็นวิทยากรบรรยายเกี่ยวกับการบริหาร

- ประเด็นที่ศึกษาคือแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของเกณฑ์รางวัลคุณภาพระดับชาติ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูล และ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ขั้นที่ 2 : สร้างและตรวจสอบเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรคฯ

2.1 สร้างเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรคฯ

- กลุ่มเป้าหมายคือผู้เชี่ยวชาญด้านรางวัลคุณภาพ หรือคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ ที่เลือกเฉพาะเจาะจง 18 คนและมีคุณสมบัติ 2 ใน 5 ข้อ คือ (1) ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ตรวจประเมินรางวัลคุณภาพแห่งชาติหรือคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ (2) มีประสบการณ์ในการเป็นผู้ตรวจประเมินรางวัลคุณภาพระดับชาติอย่างน้อย 3 ปี (3) เป็นวิทยากรบรรยายหลักสูตรผู้ตรวจประเมินรางวัลคุณภาพระดับชาติ อย่างน้อย 3 ปี (4) เป็นผู้บริหารองค์กรที่เคยได้รับรางวัล/มาตรฐานด้านการพัฒนาคุณภาพ (5) เป็นที่ปรึกษาองค์กรหรือผู้รับผิดชอบในองค์กรที่เคยได้รับรางวัล

ขั้นตอนคือคณะผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนและพิจารณาสร้างเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการ

ป้องกันควบคุมโรคสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 18 ท่าน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์พิจารณาโดยประยุกต์เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ดังนี้⁽¹⁴⁾

รอบที่ 1 : ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบ ให้ข้อเสนอแนะรายละเอียดขององค์ประกอบต่างๆ ในการสร้างแบบสอบถามเพื่อใช้ในรอบที่ 2

รอบที่ 2 : ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องเหมาะสม องค์ประกอบร่างเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรคฯ ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

รอบที่ 3 : ให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความสอดคล้องเหมาะสม จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามรอบที่ 2 ที่ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณา หากมีความเห็นแตกต่างไปจากกลุ่ม จะให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบ

- ตัวแปรที่ศึกษาคือความเหมาะสมเกณฑ์รางวัลฯ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนี้

รอบที่ 1 : สำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และคำนวณค่าร้อยละ (Percentage) โดยใช้ค่าร้อยละ 70 ขึ้นไปถือว่าผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วย (อ้างอิงในค่าเฉลี่ย 3.5 ขึ้นไปของสเกล 5 ระดับ) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในส่วนที่เป็นความคิดเห็น

รอบที่ 2 : ตรวจสอบความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median : Mdn) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range : IR) ซึ่งกำหนดว่าองค์ประกอบใดมีความเหมาะสมและเป็นไปได้จะต้องเป็นความคิดเห็นที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.5 ขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50

รอบที่ 3: ยืนยันความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) การวิเคราะห์ในขั้นนี้เป็นขั้นสุดท้ายเพื่อยืนยันผลการตรวจสอบและคัดเลือกองค์ประกอบที่มีความเหมาะสม โดยเป็นความคิดเห็นที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.5 ขึ้นไป และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 ดังนี้⁽¹⁵⁾

ค่ามัธยฐาน	แปลความหมาย
4.50 ขึ้นไป	เห็นด้วยอย่างยิ่งอย่างยิ่งว่ามีความเหมาะสม/เป็นไปได้ระดับมากที่สุด
3.50 – 4.49	เห็นด้วยอย่างยิ่งอย่างยิ่งว่ามีความเหมาะสม/เป็นไปได้ระดับมาก
2.50 – 3.49	เห็นด้วยอย่างยิ่งอย่างยิ่งว่ามีความเหมาะสม/เป็นไปได้ระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	เห็นด้วยอย่างยิ่งอย่างยิ่งว่ามีความเหมาะสม/เป็นไปได้ระดับมากน้อย
1.49 ลงมา	เห็นด้วยอย่างยิ่งอย่างยิ่งว่ามีความเหมาะสม/เป็นไปได้ระดับน้อยที่สุด

2.2 ตรวจสอบเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรค ฯ

- ประชากรได้แก่ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฯ/กองสาธารณสุขฯ/หัวหน้าส่วนสาธารณสุขฯเทศบาลในพื้นที่ 17 จังหวัด ภาคเหนือ 178 คน (เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง 17 แห่ง และเทศบาลตำบล 161 แห่ง)

คณะผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ พร้อมแนบของแปลคำติดสแลมบีให้กลุ่มตัวอย่างตอบกลับมายังผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์ นับแต่ได้รับแบบสอบถาม (ได้รับการตอบกลับ 160 ฉบับ)

- ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ความเหมาะสมเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรคสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม(rating scale 5 ระดับ) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ด้วยโปรแกรม LISREL และทดสอบ 8 โมเดลย่อย 1 โมเดลรวม (มีองค์ประกอบย่อยระหว่าง 4 – 8) สถิติที่ใช้ทดสอบและยืนยันความสอดคล้องของโมเดลได้แก่ ค่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ไม่น้อยกว่า 0.30, ค่า KMO (Kaiser-Mayer-Olkin) 0.80 ขึ้นไป, ค่าไคสแควร์ (Chi-square) มีค่าต่ำหรือเข้าใกล้ศูนย์มากที่สุด หรือค่า p-value มีค่าเกิน 0.05, ค่าดัชนีวัดความสอดคล้อง (goodness of fit index : GFI) และค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองที่ปรับแก้แล้ว (adjusted goodness of fit index : AGFI) มีค่า 0.90 – 1.00 และ ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือมาตรฐาน (root mean squared error of approximation : RMSEA) มีค่าน้อยกว่า 0.05

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรง (Validity) โดยใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ระหว่าง 0.80 – 1.00 และความเที่ยง (Reliability) มีค่าเท่ากับ 0.982

ขั้นที่ 3 : ปฏิบัติการใช้และประเมินเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรค ฯ

- กลุ่มตัวอย่างได้แก่ : ผู้บริหารและผูปฏิบัติงานเกี่ยวกับการควบคุมโรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากสำนัก/กอง/ส่วนสาธารณสุข 15 แห่ง ๆ ละ 3 คน รวม 45 คน

- ตัวแปรที่ศึกษาคือความเป็นไปได้ประโยชน์เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรค ฯ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็น (rating scale 5 ระดับ) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ยผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบเกณฑ์รางวัล ฯ

ข้อค้นพบในส่วนนี้คือได้ข้อมูลเชิงเนื้อหาเป็นกรอบแนวความคิดและนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างคำถามและสร้างโมเดลดังนี้

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกแนวคิดผู้บริหารท้องถิ่นพบว่ามุ่งเน้นหลักๆ เกี่ยวกับบทบาทผู้บริหารท้องถิ่นในการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ที่ตอบสนองประชาชน การวิเคราะห์ข้อมูลและนวัตกรรม การพัฒนาบุคลากร การปฏิบัติหน้าที่เป็นระบบ เพื่อผลสำเร็จที่ดีต่อประชาชน

ผลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะรอบ 1 ได้พัฒนาเกณฑ์ขึ้น 8 หมวด 55 ข้อ เฉลี่ยรอบ 2 พบเกณฑ์มีความเหมาะสม และความเป็นไปได้ตามเกณฑ์ (ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.5 ขึ้นไป และค่าพิสัย

ระหว่างคลอไพล์ไม่เกิน 1.50) 22 ข้อ และเคลฟายรอบที่ 3 ยืนยันและแก้ไขคำตอบพบว่าเกณฑ์มีความเหมาะสม และความเป็นไปได้ 8 หมวด 51 ข้อ ดังนี้

หมวด 1 : บทบาทผู้บริหารท้องถิ่น มี 6 องค์ประกอบ

(1) กำหนดวิสัยทัศน์ หรือ นโยบาย เป้าหมาย ในการป้องกันควบคุมโรค

(2) สื่อสารถ่ายทอดวิสัยทัศน์หรือนโยบาย เป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคไปยังบุคลากรทั่วทั้งองค์กร ประชาชนผู้รับบริการและ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักที่สำคัญและนำไปปฏิบัติ

(3) ปฏิบัติตนให้เป็นตัวอย่างในการแสดงถึงความมุ่งมั่นปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบปฏิบัติ และการมีจริยธรรม

(4) ให้กำลังใจ จูงใจบุคลากร มีส่วนร่วมในการให้รางวัลและยกย่องชมเชย เพื่อสร้างความตื่นตัวให้ทุกระดับร่วมกันทำงานในการป้องกันควบคุมโรค

(5) สร้างบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างสรรค์วิธีการใหม่ๆและการปฏิบัติอย่างจริงจัง ในการป้องกันควบคุมโรค

(6) กำกับดูแล ติดตาม และทบทวนผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงการป้องกันควบคุมโรคให้ประสบความสำเร็จ

หมวด 2 : การวางแผนกลยุทธ์ มี 6 องค์ประกอบ

(1) มีการวางแผนกลยุทธ์ โดยการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลสภาพแวดล้อม เช่น โอกาสเชิงกลยุทธ์ การสร้างนวัตกรรม ระบบงานสำคัญ สมรรถนะหลักขององค์กร

(2) กระบวนการขั้นตอนการจัดทำแผนกลยุทธ์ ป้องกันควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ทั้งราชการและประชาชนที่เกี่ยวข้อง

(3) แผนกลยุทธ์การป้องกันควบคุมโรค ประกอบด้วยวัตถุประสงค์และเป้าประสงค์ของกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันควบคุมโรค

(4) จัดทำแผนปฏิบัติการหรือจัดทำโครงการสนองตอบวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ในการป้องกันควบคุมโรค โดยจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณสนับสนุนและมีเจ้าหน้าที่หน้ารับผิดชอบ

(5) กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญ ตัววัดการติดตามความสำเร็จและประสิทธิผล แผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรค

(6) จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่สนับสนุนแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรค

หมวด 3 : การมุ่งเน้นประชาชนผู้รับบริการ มี 8 องค์ประกอบ

(1) จำแนกหรือกำหนดกลุ่มประชาชนเป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคโดยใช้ข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่

(2) สำรวจความต้องการของประชาชนโดยอาจทำประชาคมประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำความต้องการมาใช้ในการกำหนดนโยบาย เป้าหมายการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค

(3) พัฒนาช่องทางการรับฟังเสียงและความคิดเห็นประชาชนผู้รับบริการ ตามกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการป้องกันควบคุมโรค โดยการใช้ช่องทางสื่อที่หลากหลายเช่น สื่อสังคมออนไลน์

(4) สนับสนุนให้ประชาชนผู้รับบริการสามารถสืบค้นเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศการป้องกันควบคุมโรค

(5) สื่อสารถ่ายทอดให้ประชาชนรับทราบผลการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค

(6) จัดการข้อร้องเรียนและวิเคราะห์หาต้นเหตุ ตลอดจนดำเนินการแก้ไขทันทีและกำกับ

ติดตามเพื่อให้มีประสิทธิผลรวมทั้งมีการแจ้งผลกลับให้ผู้ร้องเรียนรับทราบ

(7) ประเมินความพึงพอใจและหาประเด็นความไม่พึงพอใจ ความผูกพันของประชาชนผู้รับบริการการป้องกันควบคุมโรค

(8) นำข้อมูลผลการประเมินความพึงพอใจและประเด็นไม่พึงพอใจวิเคราะห์เป็นสารสนเทศเพื่อใช้ในการแก้ไขปรับปรุงคุณภาพการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค

หมวด 4 : ข้อมูล สารสนเทศ และการวัด วิเคราะห์ มี 4 องค์ประกอบ

(1) มีระบบการเลือกรวบรวมข้อมูลสารสนเทศเพื่อติดตามความก้าวหน้าการปฏิบัติการตามแผนในการบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมายการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค

(2) มีการรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์สถานการณ์โรค เพื่อกำหนดปัญหา จัดลำดับความสำคัญปัญหา

(3) มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่ครบถ้วนถูกต้อง ทันสมัย เชื่อถือได้ และมีความปลอดภัยพร้อมใช้งานทั้งภาวะปกติ และฉุกเฉิน

(4) มีการหาข้อมูลเชิงเปรียบเทียบสนับสนุนการตัดสินใจในการปฏิบัติและสร้างนวัตกรรมการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค

หมวด 5 : การจัดการความรู้และนวัตกรรม มี 4 องค์ประกอบ

(1) ชี้นำ รวบรวมองค์ความรู้ แบ่งปันและนำวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศในการป้องกันควบคุมโรค และถ่ายทอดองค์ความรู้สู่บุคลากร

(2) ส่งเสริมการเรียนรู้ ปลูกฝังลงไปปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคเพื่อนำสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร

(3) นำข้อมูลเชิงเปรียบเทียบจากหน่วยงานที่เป็นเลิศมาใช้ในการสร้างนวัตกรรม ปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรค

(4) นำผลการทบทวนไปปรับปรุงผลการดำเนินการและใช้สร้างนวัตกรรมการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค

หมวด 6 : การพัฒนานุคลากร มี 7 องค์ประกอบ

(1) มีการจัดโครงสร้างการบริหารบุคลากรทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคบรรลุผลสำเร็จโดยใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร

(2) มีการประเมินขีดความสามารถและอัตราค่าจ้าง ทักษะ สมรรถนะบุคลากรที่ปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรค

(3) มีการพัฒนานุคลากรทั้งที่เป็นทางการ เช่น ฝึกอบรม และไม่เป็นทางการ อย่างสม่ำเสมอและสอดคล้องกับความต้องการจำเป็น เพื่อการป้องกันควบคุมโรค

(4) มีการสำรวจปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันและความผูกพันของบุคลากรแต่ละระดับ รวมทั้งปรับปรุงสภาพแวดล้อม สุขภาพ สวัสดิการ และมีตัววัด เป้าประสงค์ของการปรับปรุง

(5) มีการส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมในการทำงานของบุคลากรตามค่านิยมขององค์กร

(6) มีการให้รางวัล การยกย่องชมเชย การสร้างแรงจูงใจทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอในการป้องกันควบคุมโรค

(7) มีการพัฒนาความก้าวหน้าสายอาชีพทุกตำแหน่ง และมีแผนการสร้างคนทดแทน

หมวด 7 : กระบวนการปฏิบัติงาน มี 6 องค์ประกอบ

(1) มีการกำหนดกระบวนการทำงานที่สำคัญและข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการทำงาน

ในการสร้างเสริมป้องกันควบคุมโรคที่เน้นการมีส่วนร่วม จากภาคประชาชน และภาคส่วนต่างๆ

(2) ดำเนินการปฏิบัติการตามกระบวนการ และให้เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญในการป้องกันควบคุมโรค

(3) กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน และตัววัดในกระบวนการที่ใช้ควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงานตามข้อกำหนดที่สำคัญ

(4) กำหนดกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ และปฏิบัติให้เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ

(5) มีการจัดทำมาตรฐานคู่มือการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ และสื่อสารถ่ายทอดให้ผู้ปฏิบัติรับรู้และเข้าใจในการปฏิบัติตามมาตรฐานคู่มือ

(6) ตรวจสอบกระบวนการทำงานและผลการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค เพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ

(7) เตรียมความพร้อมต่อภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินเพื่อให้การป้องกันควบคุมโรคสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

หมวด 8 : ผลลัพธ์การดำเนินการ มี 9 องค์ประกอบ

(1) ผลลัพธ์มีความสอดคล้องเชื่อมโยงหรือเกิดจากกระบวนการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค

(2) ระดับผลลัพธ์ปัจจุบัน แนวโน้มผลลัพธ์ของตัววัดหรือตัวชี้วัดที่สำคัญของผลสำเร็จการดำเนินงานในบทบาทผู้บริหารท้องถิ่น

(3) ระดับผลลัพธ์ปัจจุบัน แนวโน้มผลลัพธ์ของตัววัดหรือตัวชี้วัดที่สำคัญของผลสำเร็จการวางแผนกลยุทธ์

(4) ระดับผลลัพธ์ปัจจุบัน แนวโน้มผลลัพธ์ของตัววัดหรือตัวชี้วัดที่สำคัญของผลสำเร็จในการมุ่งเน้นประชาชนผู้รับบริการ

(5) ระดับผลลัพธ์ปัจจุบัน แนวโน้มผลลัพธ์ของตัววัดหรือตัวชี้วัดที่สำคัญของผลสำเร็จการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศ

(6) ระดับผลลัพธ์ปัจจุบัน แนวโน้มผลลัพธ์ของตัววัดหรือตัวชี้วัดที่สำคัญของผลสำเร็จการจัดการความรู้และนวัตกรรม

(7) ระดับผลลัพธ์ปัจจุบัน แนวโน้มผลลัพธ์ของตัววัดหรือตัวชี้วัดที่สำคัญของผลสำเร็จพัฒนานุเคราะห์

(8) ระดับผลลัพธ์ปัจจุบัน แนวโน้มผลลัพธ์ของตัววัดหรือตัวชี้วัดที่สำคัญของผลสำเร็จกระบวนการปฏิบัติงาน

(9) เปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคกับท้องถิ่นอื่นที่มีผลงานเป็นเลิศ ส่วนที่ 2 ผลการตรวจสอบเกณฑ์รางวัลฯ

จากการทดสอบความสอดคล้อง ความสัมพันธ์โครงสร้างองค์ประกอบของ 8 โมเดล 51 องค์ประกอบพบทุกองค์ประกอบมีความเหมาะสมระดับมากถึงมากที่สุด (มีค่าเฉลี่ย 4.18- 4.60) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบรูปแบบเกณฑ์สรุปได้ว่าทั้ง 8 โมเดล และโมเดลภาพรวมหมวด ทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า .001 ค่าดัชนีไคเซอร์-เมเยอร์-ออลกิน (Kaiser-Mayer-Olkin : KMO) .80 ขึ้นไป แสดงว่าข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมระดับดีมากที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (ตาราง 1) และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลภาพรวมพบว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.38 – 0.56 โดยหมวด 6 : การพัฒนานุเคราะห์ มีค่าสูงสุด รวมทั้งพบว่าทุกโมเดลสอดคล้อง(Fit) กับข้อมูลเชิงประจักษ์(ตาราง 2) ตามเกณฑ์ดังนี้ (1) ค่าไคสแควร์ (Chi-Square Statistics) ใช้ระดับการ

ยอมรับที่ไม่มีนัยสำคัญหรือค่า p -value มากกว่า 0.05 (2) ดัชนีวัดความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index : GFI) มีค่ามากกว่า/เท่ากับ 0.90 (3) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index : AGFI) มีค่ามากกว่า/เท่ากับ 0.90 (4) ค่า RMSEA มีค่าไม่เกิน 0.05 ยกตัวอย่างเช่น โมเดลเกณฑ์ภาพรวมหมวด (TOTAL) มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เนื่องจากค่าไคสแควร์มีค่า 17.38,

ค่าความน่าจะเป็น (p) .30, ค่าองศาอิสระ(df) 15, ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน(GFI) 0.97, ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) 0.94 ค่าดัชนีกำลังสองของความคลาดเคลื่อน (RMSEA) .032 น้ำหนักองค์ประกอบของโมเดลนี้มีค่าระหว่าง 0.38 - 0.58 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกค่า (ภาพที่ 1)

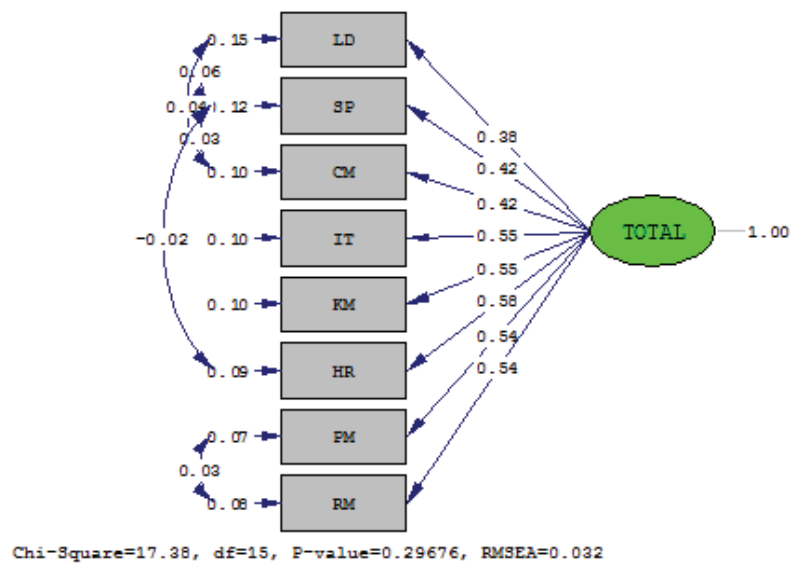
ตาราง 1 แสดงตัวอย่างค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันขององค์ประกอบโมเดลภาพรวม(TOTAL)

หมวด	LD	SP	CM	IT	KM	HR	PM	RM
LD	1.00							
SP	.744	1.00						
CM	.700	.742	1.00					
IT	.617	.668	.707	1.00				
KM	.615	.625	.630	.600	1.00			
HR	.647	.644	.692	.667	.834	1.00		
PM	.631	.673	.640	.597	.752	.760	1.00	
RM	.628	.644	.651	.644	.715	.726	.812	1.00

Sig = .000 KMO = .930 chi-square = 1241.665 df = 28

ตาราง 2 ค่าแสดงความสอดคล้องของโมเดล จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

โมเดล หมวด	P-Value (เกิน 0.05)	GFI (0.90-1.0)	AGFI (0.90-1.0)	RMSEA (ไม่เกิน 0.05)
(1) ผู้บริหาร	0.315	0.99	0.95	0.034
(2) วางแผน	0.513	0.99	0.96	0.000
(3) ปชช	0.214	0.97	0.93	0.041
(4) สารสนเทศ	1.000	1.00	1.00	0.000
(5) ความรู้	0.699	0.99	0.90	0.003
(6) บุคลากร	0.789	0.99	0.97	0.000
(7) ปฏิบัติ	0.680	0.99	0.96	0.000
(8) ผลลัพธ์	0.870	0.99	0.96	0.000
(9) รวม	0.297	0.97	0.94	0.032



ภาพ 1 ตัวอย่างการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันโมเดลภาพรวมทุกหมวด

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินความเป็นไปได้และประโยชน์

จากการประเมินความเป็นไปได้ และประโยชน์หลังการนำไปปฏิบัติใช้ในพื้นที่พบภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 และ 4.05 ตามลำดับ จัดอยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ยรายหมวดมีความเป็นไปได้และประโยชน์ ระหว่าง 3.88 – 4.28 ซึ่งจัดอยู่ในระดับมาก (ตาราง 3)

ตาราง 3 ผลการประเมินความเป็นไปได้ และประโยชน์หลังการนำไปปฏิบัติใช้ในพื้นที่

หมวด	เป็นไปได้		ประโยชน์	
	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
(1) ผู้บริหาร	4.28	มาก	4.25	มาก
(2) วางแผน	4.28	มาก	4.23	มาก
(3) ประชาชน	4.24	มาก	4.10	มาก
(4) สารสนเทศ	4.03	มาก	4.07	มาก
(5) จัดความรู้	3.98	มาก	3.92	มาก
(6) บุคลากร	3.97	มาก	3.88	มาก
(7) ปฏิบัติงาน	4.05	มาก	4.00	มาก
(8) ผลลัพธ์	3.96	มาก	3.97	มาก
ภาพรวม	3.96	มาก	4.05	มาก

วิจารณ์

การวิจัยนี้สอดคล้องกับพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐและการพัฒนาระบบราชการไทยที่ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐมีการยกระดับคุณภาพมาตรฐานการทำงานไปสู่ระดับมาตรฐานสากลเป็นองค์กรสมรรถนะสูง⁽¹⁶⁾ และสอดคล้องทิศทางในการกระจายอำนาจ และบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁽¹⁷⁾ ที่มีความสำคัญและมีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคของประเทศ และจากการที่กฎหมายบัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการป้องกันและระงับโรคติดต่อ⁽¹⁾ รวมทั้งการที่ท้องถิ่นมีกองทุนสุขภาพตำบล⁽⁸⁾ ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาล และมีรายได้จากภาษีอากร รวมทั้งมีอำนาจหน้าที่ในการจัดตั้งงบประมาณ⁽¹⁸⁾ ในขณะที่ท้องถิ่นยังขาดศักยภาพการป้องกันควบคุมโรค การวิจัยนี้จึงเป็นการหาเครื่องมือพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ⁽¹⁹⁾ ผลการวิจัยนี้สรุปได้พัฒนาเกณฑ์รางวัลคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งสิ้น 8 หมวด ซึ่งแต่ละหมวดสอดคล้องกับหมวดต่าง ๆ ของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ⁽¹²⁾ แตกต่างกันตรงที่การวิจัยนี้ได้มีหมวดจัดการความรู้และนวัตกรรมเป็นการเฉพาะ นอกจากนี้เกณฑ์นี้สอดคล้องกับเกณฑ์พัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม 7 หมวด⁽²⁰⁾ สำหรับโครงสร้างเกณฑ์รางวัลที่พัฒนาขึ้นนี้พบทุกหมวดมีความสอดคล้องกันอย่างเหมาะสมเมื่อนำไปทดลองปฏิบัติการใช้ประเมินกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่พบว่ามีความเป็นไปได้และเป็นประโยชน์อย่างมาก ทำให้มั่นใจได้ว่าหากมีการนำไปขยายผล

และนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังจะทำให้ท้องถิ่นมีวิถีปฏิบัติที่เป็นเลิศ ส่งมอบคุณค่าที่ดีขึ้นเสมอแก่ประชาชน⁽²¹⁾ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารท้องถิ่นที่เน้นกำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน สอดคล้องกับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ที่ต้องการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป⁽²²⁾ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐที่มีเป้าหมายที่ยึดหลัก “ภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์”⁽²³⁾ จากความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่กำหนดเกณฑ์ 8 หมวด สอดคล้องกับองค์ประกอบตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ⁽¹¹⁾ ยกเว้นเรื่องการจัดการความรู้และนวัตกรรม ที่กำหนดหมวดนี้ขึ้นใหม่แสดงให้เห็นถึงทิศทางที่ต้องให้ความสำคัญด้านนวัตกรรมมากขึ้น สอดคล้องกับทิศทางนโยบาย Thailand 4.0 ที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม⁽²⁴⁾ การผ่านพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจำนวน 3 รอบ และมีการปรับแก้องค์ประกอบให้เหมาะสมมากขึ้นทำให้เกณฑ์นี้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น⁽¹⁴⁾ และจากการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างใช้กลุ่มตัวอย่าง 160 ถือเป็นจำนวนที่น่าเชื่อถือเนื่องจากใช้ 100 ตัวอย่างขึ้นไป⁽²⁵⁾ สำหรับโมเดลภาพรวมหมวดและ 8 โมเดลย่อยทดสอบแล้วพบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ชี้ให้เห็นว่าโครงสร้างนี้สามารถวัดคุณภาพบริหารจัดการป้องกัน

ควบคุมโรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ และมีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นเหตุเป็นผล⁽²⁶⁾และจากการประเมินความเป็นไปได้ และประโยชน์หลังการนำไปปฏิบัติ พบอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลศิริราชที่ได้นำเกณฑ์คุณภาพ

หมวด 1 บทบาทผู้บริหารท้องถิ่น ที่ต้องกำหนดนโยบาย เป้าหมาย ในการป้องกันควบคุมโรค นั้นจะช่วยแก้ไขปัญหาการไม่ให้ความสำคัญเรื่องโรคติดต่อของผู้บริหารได้⁽²⁸⁾

หมวด 2 การวางแผนกลยุทธ์ ที่เน้นการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนทั้งราชการและประชาชนที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับที่กำหนดในระเบียบกระทรวงมหาดไทยที่จะช่วยทำให้มีแผนงานชัดเจนขึ้น⁽²⁹⁾

หมวด 3 การมุ่งเน้นประชาชนผู้รับบริการ สอดคล้องกับการจัดทำแผนของท้องถิ่นตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยที่เน้นผลกระทบต่อประโยชน์สุขของประชาชนและนำปัญหาความต้องการจากชุมชนมาประกอบการพิจารณา⁽²⁹⁾และระบบราชการ 4.0 ที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง⁽²⁴⁾

หมวด 4 ข้อมูลสารสนเทศ และการวิเคราะห์ ที่กำหนดให้มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคเพื่อกำหนดปัญหา จัดลำดับความสำคัญปัญหา สอดคล้องกับวิธีคิดตามประเมินแผนพัฒนาตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย⁽²⁹⁾ และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ข (4) ด้านการบริหารราชการแผ่นดิน กำหนดให้มีการปรับปรุงและพัฒนาการบริหารงานบุคคลภาครัฐ ให้มีความคิดสร้างสรรค์ และคิดค้นนวัตกรรมใหม่ ๆ⁽²⁴⁾

แห่งชาติไปปรับใช้⁽²⁷⁾ ทำให้มีความเชื่อมั่นใจที่จะนำไปใช้ขยายผลให้ครอบคลุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ⁽¹⁹⁾และเกณฑ์พัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม⁽²⁰⁾

หมวด 5 การจัดการความรู้และนวัตกรรม สอดคล้องกับหมวด 4 การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ ตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ

หมวด 6 การพัฒนาบุคลากร ที่มีการพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็น เพื่อการป้องกันควบคุมโรคช่วยแก้ปัญหการขาดบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังขาดความชำนาญด้านนี้⁽³⁰⁾และปัญหาไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านนี้⁽²⁸⁾

หมวด 7 :กระบวนการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับแนวคิดระบบราชการ 4.0 ที่เน้นการคิดเชิงออกแบบ(design thinking)⁽¹⁴⁾

หมวด 8 ผลลัพธ์การดำเนินการ ที่วัดประสิทธิภาพการดำเนินการสอดคล้องกับมาตรา 55 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 ที่ต้องการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ⁽³¹⁾

สรุป

จากการเดินทางติดต่อสื่อสาร เคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศในปัจจุบัน อาจนำมาซึ่งการติดต่อ หรือการระบาดของโรคอุบัติใหม่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรที่มีหน้าที่ในการป้องกันและระงับโรคติดต่อที่มีความพร้อมด้านทรัพยากร แต่ขาดเครื่องมือและบุคลากรที่มีศักยภาพด้านนี้ จำเป็นต้องพัฒนาวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ โดยที่การวิจัยนี้เป็นการพัฒนาเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรค

สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งจะช่วยให้เป็นเครื่องมือผู้บริหารท้องถิ่นนำไปใช้เป็นกรอบแนวทางจัดการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ และผลการศึกษาครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้กล่าวคือเกณฑ์ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเหมาะสม และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบมีความตรงเชิงโครงสร้างสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเมื่อประเมินผลหลังการนำไปทดลองใช้พบมีความเป็นไปได้และเป็นประโยชน์ระดับมาก ข้อค้นพบหลังจากมีการนำไปใช้ประเมินคือขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะนำมาใช้ตอบเกณฑ์ ดังนั้นจึงควรที่จะมีการนำเกณฑ์นี้ไปใช้ในการประเมินหาโอกาสในการปรับปรุงและจัดทำแผนยกระดับให้ได้ตามที่เกณฑ์กำหนดเพื่อเป็นการยืนยันประโยชน์ที่ได้จากการนำไปปฏิบัติภายใต้เกณฑ์นี้ก่อนที่จะนำไปจัดตั้งเป็นรางวัลคุณภาพแห่งชาติในการป้องกันควบคุมโรคสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการตรวจประเมินรับรองเพื่อมอบรางวัลต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

(1) นำเกณฑ์นี้ไปเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์โอกาสในการปรับปรุงและจัดทำแผนยกระดับคุณภาพการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(2) จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อกรมควบคุมโรคเพื่อขออนุมัติจัดตั้งรางวัลคุณภาพแห่งชาติด้านการป้องกันควบคุมโรคสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ของประเทศไทย โดยใช้เกณฑ์ที่ได้จากการวิจัยนี้เป็นเครื่องมือประเมินระดับคุณภาพการดำเนินงานและการตรวจประเมินรับรองเพื่อมอบรางวัลต่อไป

(2) ควรวิจัยปฏิบัติการต่อเนื่องและวัดผลสำเร็จเชิงผลลัพธ์ในการลดโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่จากการใช้โมเดลตามเกณฑ์นี้ประเมินพัฒนา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทั้ง 5 ท่าน ท่านผู้เชี่ยวชาญ 18 ท่าน และผู้บริหารงานสาธารณสุขท้องถิ่น 17 จังหวัดภาคเหนือที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้งานวิจัยสำเร็จด้วยดี บรรลุวัตถุประสงค์ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรี; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก : <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%B705/%B705-20-9999-update.pdf>
2. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรี; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก : http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/056/T_0253.PDF
3. สถาบันพระปกเกล้า. พระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนตำบล. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ : สถาบันพระปกเกล้า; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.kpi.ac.th/wiki/images/8/8d/อบต.pdf>
4. สถาบันพระปกเกล้า. พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ.pdf. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ : สถาบันพระปกเกล้า; 255 [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก:<http://www.kpi.ac.th/wiki/images/0/08/08/>
5. สถาบันพระปกเกล้า. พระราชบัญญัติเทศบาล. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ : สถาบันพระปกเกล้า; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.kpi.ac.th/wiki/images/e/e6> เทศบาล
6. สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : 2538 มหาวิทยาลัยมหิดล. ทิศทางควบคุมโรค. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: www.mahidol.ac.th/th/latest54/asean_
7. สายพิน วรบุตร. บทบาทองค์การบริหารส่วนตำบล ในการป้องกันควบคุมโรคบริเวณชายแดน. กาสะลองคำ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2560] ; 23-9 เข้าถึงได้จาก http://research.crru.ac.th/assets_journal/file_upload/5_2_2554p22.pdf
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กองทุนสุขภาพระดับพื้นที่. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/2019020.pdf>
9. โกวิท พวงงาม. การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. Veridian [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึง เมื่อ 15 ตุลาคม 2560] ; 121- 34 เข้าถึงได้จาก <http://www.educ.su.ac.th/images/journal/web/57-1/10.PDF>.
10. กองนวัตกรรมและวิจัย. แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี : กรมควบคุมโรค; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก:<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER28/DRAWER068/GENERAL/DATA0000/00000275.PDF>

11. สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ. ความเป็นมาเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ : สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ ; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://www.tqa.or.th/th/TQAdownload.html>
12. สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ. เจตจำนงของเกณฑ์. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ : สำนักงานรางวัลคุณภาพแห่งชาติ ; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://www.tqa.or.th/th/เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ/html>
13. กรมอาเซียน. ไรค์ไร้พรหมแดน. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ : กรมอาเซียน; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://www.mfa.go.th/asean/th/news/2369/35195>
14. วรสิทธิ์ เจริญพุ่ม. การวิจัยเชิงอนาคตด้วยเทคนิคเดลฟาย. มนุษย์และสังคมศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2560]; 20 – 60 เข้าถึงได้จาก https://www.western.ac.th/westernnew/admin/uploaded/journal_human/files/34.pdf
15. ชนิตา รักษ์พลเมือง. เทคนิคการวิเคราะห์นโยบายการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2550
16. กิตติยา คำกิริ. พัฒนาระบบราชการและบริหารภาครัฐ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : สำนักงานพัฒนาระบบราชการ; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก : https://www.dga.or.th/upload/download/file_b94217a10bc490e9af2958a457ed1bc9.pdf
17. ผดุงชัย เกียนทอง. การถ่ายโอนสถานีนอนมัยให้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น. คำราราชานุภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2560]; 81 – 90 เข้าถึงได้จาก http://km.moi.go.th/km/20_plan_budget/plan8.PDF
18. ราชกิจจานุเบกษา.ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจัดทำแผนพัฒนาองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรี; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ratchakit.soc.go.th/DATA/PDF/2548/00173498.PDF>
19. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. การพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี ; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก : http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/pmqa.pdf
20. ฉัตรสุมน พงศ์กัญญา. การปกครองส่วนท้องถิ่นกับงานอนามัย สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ph.mahidol.ac.th/phad/research/Book/2560/4local%20government.pdf>
21. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. การพัฒนาคุณภาพบริหารจัดการภาครัฐ. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ : สำนักงานพัฒนาระบบราชการ; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.opdc.go.th/content/Nzc>

22. ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ: ราชกิจจานุเบกษา; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.cdd.go.th/wp-content/uploads/sites/110/2018/04/%E0%B8%9E%E0%B8%8A%E0%B8%AD.pdf>
23. สำนักงานพัฒนาระบบราชการ. การบริหารงานภาครัฐแบบมีส่วนร่วม. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาระบบราชการ; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <https://www.opdc.go.th/content/Mjc4Nw>
24. Bonggot Anuroj. THAILAND 4.0 Economy Based Value. [Internet] Bangkok: Deputy Secretary General Thailand Board of Investment; 2005 [20 March 2019]. Available From: https://www.boi.go.th/upload/content/Thailand,%20Taking%20off%20to%20new%20heights%20@%20belgium_5ab4e8042850e.pdf
25. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น ; 2555
26. สุกมาศ อังสุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณ, รัชนิภา ภูัญญานวัฒน์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ : เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL. กรุงเทพฯ : มั่นคงการพิมพ์ ; 2554
27. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. การบริหารสู่ความเป็นเลิศ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก : <https://mahidol.ac.th/th/2020/mahidol-med-tqc-awards/>
28. สายพิน วรบุตร. บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ. กาสะลองคำ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2560]; 22 - 29 เข้าถึงได้จาก http://research.crru.ac.th/assets_journal/file_upload/5_2_2554p22.pdf
29. ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจัดทำแผนพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : ราชกิจจานุเบกษา ; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2548/00173498.PDF>
30. สำนักจัดการความรู้. ผลการศึกษาโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังบูรณาการโดยการสำรวจ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ ; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://irem.ddc.moph.go.th/uploads/book/5812fc2606950.pdf>
31. ราชกิจจานุเบกษา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/040/1.PDF>

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2

จอมฤทัย อินทรพาณิชย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ พบ. วว., (เวชศาสตร์ครอบครัว)

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ ใช้เวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย การเสนอตัวแบบด้านดี การสาธิตฝึกปฏิบัติ จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายผล การฝึกปฏิบัติ และติดตามเยี่ยมบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีอัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ และแบบประเมินความสามารถในการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.86 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t- test

ผลการวิจัยพบว่าหลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 4.70 เป็น 10.3, และ 1.68 เป็น 2.76 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อเสนอแนะควรนำโปรแกรมไปใช้ในการวางแผนพัฒนาสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลต่อไป

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

The effectiveness of self-efficacy promotion program among caregivers on activities of daily living in stroke patients Udonthani hospital 2 primary care unit.

Jomruethai Intarapanich, M.D. Dip., Thai Board of Family Medicine.

Social Medicine Department, Udonthani Hospital

This quasi-experimental research aimed to investigate the effectiveness of self-efficacy promotion program among caregivers on activities of daily living in stroke patients. The 30 samples were purposively selected based on the inclusion criteria. The instruments used in this research by using the Bandura's self-efficacy framework. The samples received the Self-efficacy application program included (1) outcome expectancies (2) efficacy beliefs for 8 weeks. The implementation were consisted of different activities such as lecture, a training demonstration, a good model presentation, Knowledge Sharing, discussion of practice outcomes, and follow up through home visit. Collected data by questionnaires. Its content validity was confirmed by experts and Cronbach's alpha coefficient to test the reliability of the test to measure knowledge and activities of daily living in stroke patients was 0.86 - 0.93 respectively. Data analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation. Estimative data for comparative mean score were analyzed by Paired t- test.

The results showed that after the program was significant increased mean scores of knowledge, activities of daily living in stroke patients from 4.70 to 10.3, and 1.68 to 2.76 respectively statistically significant ($p < 0.001$). The study suggested that the program should be applied in the development plan to enhance self-care ability and efficacy of caregivers in caring for stroke patients.

Keywords : Stroke, self-efficacy, caregivers of stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเสียชีวิตในระบบสาธารณสุขไทยและทั่วโลก มีรายงานอุบัติการณ์ การเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก จากโรคหลอดเลือดสมอง 5.7 ล้านคนต่อปี¹ และพบว่าประเทศสหรัฐอเมริกามีอัตราการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6.5 ล้านคน เป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ประมาณ 795,000 คนต่อปี นับว่าเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับต้น ๆ ของประเทศ และพบว่าทุก ๆ 4 นาทีจะมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 คน² สอดคล้องกับสถิติของประเทศไทยพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-พ.ศ.2557 มีอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันเลือดสูงและหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คน คิดเป็นอัตรา 37.4, 44.0 และ 49.6 ราย ตามลำดับ³ สำหรับประเทศไทยจากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556-พ.ศ.2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ.2559 พบผู้ป่วย 293,463 ราย ในปี พ.ศ.2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย⁴ โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขไทย เนื่องจากเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและทำให้มีการเสียชีวิต ก่อให้เกิดความพิการสูง และเป็นโรคที่ทำให้คนไทยต้องเสียชีวิตเป็นอันดับต้น ๆ จังหวัดอุดรธานีโรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองได้มีการพัฒนาระบบ Stroke Fast track มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-พ.ศ.2559 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในปี พ.ศ.2557 จำนวน 1,167 คน ปี พ.ศ.2558 จำนวน

1,110 คน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปี⁵ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 คูแลสุขภาพประชากร จำนวน 19,892 คน ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอุดรธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. พ.ศ.2561-พ.ศ.2562 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในปี พ.ศ.2561 จำนวน 17 ราย ปี พ.ศ.2562 จำนวน 30 ราย ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการที่เซลล์สมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้สมองบริเวณที่ขาดเลือดไปเลี้ยงมีความผิดปกติ เช่นมีความผิดปกติของความจำ มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อต่าง ๆ เป็นต้น ความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้นนั้นจะแตกต่างกันไปตามแต่ละตำแหน่งของเนื้อสมองที่ได้รับ ความเสียหายจากการเกิดการขาดเลือดมาเลี้ยง โดยสาเหตุของการขาดเลือดมาเลี้ยงนั้น อาจเกิดจากภาวะที่เส้นเลือดสมองมีการแตก ตีบ หรือตัน ซึ่งหากเนื้อสมองได้รับความเสียหายมากขึ้นเท่าไรก็ยิ่งจะทำให้มีความผิดปกติของระบบประสาทมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นจะมีความบกพร่องทั้งร่างกาย การรับรู้ และจิตใจจะแตกต่างกันตามตำแหน่งการเกิดการขาดเลือดของเนื้อสมอง พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจะมีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 42.5 กลับมาเป็นซ้ำ และอีก ร้อยละ 42.5 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้คนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเป้าหมายหลัก โดยหวังจะเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น พึ่งพาตนเองให้ได้เร็วที่สุด และมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เป้าประสงค์ที่เราคาดหวังเอาไว้จะสำเร็จไม่ได้เลยถ้าขาดผู้ดูแล (Caregiver) เนื่องจากคนที่คอยอยู่ดูแลเกือบตลอดเวลาหรือในบางคนอาจต้อง

ดูแลตลอด 24 ชั่วโมงนั้นไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ แต่หากเป็นคนในครอบครัว ญาติผู้ป่วย ลูกหลาน เพื่อนหรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะ สร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการให้ความรู้และ ทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อสร้าง ความตระหนัก และเข้าใจในปัญหาตามสภาพการณ์ จริง เพิ่มพูนองค์ความรู้ ความเข้าใจ ในโรคหลอดเลือดในสมองและผู้ป่วย อย่างถูกต้อง ซึ่งจะก่อให้เกิด ความมั่นใจในความสามารถและลดความวิตกกังวล ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดใน สมอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีงานวิจัย ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง และญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจาก โรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจ ของผู้ป่วย⁷ ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแนะ ผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่⁸ ศึกษาผล ของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของ ตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ บ้าน⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ แห่งตนในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน¹⁰ สามารถบ่งบอกได้ว่าถ้าผู้ดูแลมีความเข้าใจและ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมี สภาพร่างกายและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากเดิม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ ของ Bandura¹¹ ในแนวคิดการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง (self-efficacy) มาเป็นแนวทางในการสร้าง เสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง การให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง มีความสำคัญเพื่อเพิ่มความ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ ได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้การฟื้นฟู สุขภาพและการพยากรณ์โรคดีขึ้นและสามารถดูแล ตนเองได้ในระดับสูงขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้ง ส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและส่งเสริม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริม สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด สมองของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (One group pretest-posttest design) ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานีระยะเปลี่ยนผ่าน

จากโรงพยาบาลผู้บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 จำนวน 30 ราย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามทฤษฎีขีดจำกัดกลาง (Central Limit Theorem)¹² ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กำหนดให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยทดลองหรือกึ่งทดลองควรมีขนาดตัวอย่าง 30 หรือมากกว่า ในการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด (purposive sampling) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วม โครงการ (Inclusion criteria)

1. เป็นบุคคลที่รับผิดชอบ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Direct care) และมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด
 2. อายุระหว่าง 20 ปี - 60 ปี อ่านออกและเขียนได้ สามารถเข้าใจสนทนาได้ตอบรู้อเรื่อง
 3. ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
 4. ไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัลในการดูแลผู้ป่วย
 5. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษา
- เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. เมื่อผู้ดูแลไม่ได้อยู่ร่วมกับผู้ป่วย
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

ต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง¹³ มีจำนวนคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกจะได้คะแนนเท่ากับ 1 ถ้าตอบผิดจะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนนเต็ม 12 คะแนน โดยพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งระดับอิงเกณฑ์ที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Bloom¹⁴ ซึ่งแบ่งระดับได้ดังนี้

ระดับความรู้สูง หมายถึง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (10-12 คะแนน)

ระดับความรู้ปานกลาง หมายถึง ร้อยละ 60-79 (7-9 คะแนน)

ระดับความรู้ต่ำ หมายถึง ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-6 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹³ มีจำนวนระดับความสามารถในการทำกิจกรรมทั้งหมด 18 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert's scale) ได้แก่ ปฏิบัติกิจกรรมได้เองทั้งหมด ปฏิบัติกิจกรรมได้เองเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติกิจกรรมได้เองเป็นบางส่วน ไม่สามารถปฏิบัติได้ เกณฑ์ระดับการให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติกิจกรรมได้เองทั้งหมด = 4 คะแนน
 ปฏิบัติกิจกรรมได้เองเป็นส่วนใหญ่ = 3 คะแนน
 ปฏิบัติกิจกรรมได้เองเป็นบางส่วน = 2 คะแนน
 ไม่สามารถปฏิบัติได้ = 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์¹⁵

ค่าเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายถึง มีการปฏิบัติตัว
 ในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายถึง มีการปฏิบัติตัว
 ในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายถึง มีการปฏิบัติตัว
 ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายถึง มีการปฏิบัติตัว
 ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการ
 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และ
 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของคอนบราค ได้
 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ และแบบประเมิน
 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.86
 และ 0.93 ตามลำดับ

ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนการ
 ดำเนินการทดลองโดยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่
 ผู้วิจัยได้จัดขึ้น โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่ง
 ตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura¹¹ โดยจัด
 กิจกรรมตามโปรแกรมที่ตั้งไว้ ใช้เวลาทั้งสิ้น 8
 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 เพื่อสร้างประสบการณ์
 ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience)

1. ผู้วิจัยพบผู้ดูแลผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์
 วิธิดำเนินการวิจัย ระยะเวลา ขั้นตอนการรวบรวม
 ข้อมูล การพิทักษ์สิทธิและให้ผู้ดูแลผู้ป่วยตอบแบบ
 บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้โรค
 หลอดเลือดสมอง และแบบวัดความรู้โรคหลอดเลือด
 สมอง และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ
 กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้ง
 ที่ 1 Pre-test ใช้เวลา 45-60 นาที

2. อธิบายรายละเอียดของโปรแกรมการสร้างเสริม
 สมรรถนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติ
 กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 โดยผู้ดูแลจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด
 สมอง อาการและอาการแสดง การดูแลผู้ป่วยโรค
 หลอดเลือดสมอง

3. แจกคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 สมองสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมที่ 2 เพื่อการสังเกตประสบการณ์
 ของผู้อื่น (vicarious experience) ให้ผู้ดูแลมีโอกาส
 เรียนรู้หรือมีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมดูแล
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing)

2. ใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ การกระตุ้น
 อารมณ์ และการใช้คำพูดชักจูง โดยส่งเสริมการ
 เรียนรู้จากตัวแบบ ให้ตัวแบบที่เคยป่วยด้วยโรค
 หลอดเลือดสมอง พுகุญถึงประสบการณ์การป่วย
 สาเหตุของการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนโรค
 หลอดเลือดสมองที่ตัวแบบเป็น การจัดการ และการ
 ปฏิบัติตนในการดูแลตนเองหลังจากที่ป่วยเป็นโรค
 หลอดเลือดสมอง

3. การให้ความรู้ คำแนะนำ สาธิตทักษะ ฝึกปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 3

กิจกรรมที่ 3 การทบทวนและเพิ่มเติมประสบการณ์ การได้รับคำพูดชักจูงในขอบเขตของความเป็นจริงเพื่อให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเอง (verbal persuasion)

1. สะท้อนความคิด อภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่ม ในรูปแบบแผนภูมิความคิด (mind map) มุ่งเน้นประเด็นสาเหตุปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

2. แต่ละกลุ่มช่วยกันคิดสัญลักษณ์รูปภาพช่วยจำเพื่อช่วยในการสังเกตอาการเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง

3. อธิบายการใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 4-5

กิจกรรมที่ 4-5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. 2ส. เพื่อส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states)

1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหาร การบริหารสมอง ประโยชน์ของการบริหารสมอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. ให้กำลังใจ และชมเชยในการนำเสนอ เพื่อสร้างแรงจูงใจ ความมั่นใจในตนเอง

3. อธิบายการใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สัปดาห์ที่ 6-7

กิจกรรมที่ 6-7 กิจกรรมการดูแลพื้นฐาน และด้านการดูแลทางจิตสังคม เพิ่มความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล

1. เยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจเพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง

2. ใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฝึกการประเมินและฝึกแปลผล

สัปดาห์ที่ 8

กิจกรรมที่ 8 แจ้งการสิ้นสุดการดำเนินการวิจัยแบบทดสอบความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 2 (posttest) ใช้เวลา 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ แจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมใช้สถิติอนุมาน (Inferential Statistic) ได้แก่ paired t – test ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 40.0 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาศึกษา ร้อยละ 33.3 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.3 มีรายได้อยู่

ในช่วง 5,001 - 7,500 บาท ร้อยละ 90.0 ผู้ดูแลผู้ป่วย
ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.0 มีความสัมพันธ์กับ
ผู้ป่วยในฐานะบุตร ร้อยละ 40.0 ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย

ร้อยละ 70.0 ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์การ
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100.0
ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 30)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	10 (33.3)
	หญิง	20 (66.7)
อายุ (ปี)	Mean (S.D)	39.53 (7.31)
	Range	27-52
	≤ 30 ปี	5 (16.7)
	31 - 40 ปี	12 (40.0)
	41 - 50 ปี	11 (36.7)
	≥ 51 ปี	2 (6.7)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	8 (26.7)
	มัธยมศึกษา	10 (33.3)
	อนุปริญญา/อาชีวศึกษา	8 (26.7)
	ปริญญาตรี	4 (13.3)
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3 (10.0)
	งานบ้าน	6 (20.0)
	รับจ้าง	10 (33.3)
	ทำไร่/ทำสวน	5 (16.7)
	ค้าขาย	6 (20.0)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
รายได้ต่อเดือน	
Mean (S.D)	6,933.33 (784.92)
Range	5,000-10,000
ไม่เกิน 5,000 บาท	2 (6.7)
5,001 - 7,500 บาท	27 (90.0)
7,501 - 10,000 บาท	1 (3.3)
โรคประจำตัว	
มีโรคประจำตัว	
ความดัน	4 (13.3)
ไขมันในเลือดสูง	2 (6.7)
ไม่มีโรคประจำตัว	24 (80.0)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
สามี/ภรรยา	5 (16.7)
บุตร	12 (40.0)
หลาน	7 (23.3)
เครือญาติอื่น ๆ	6 (20.0)
ผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย	
ไม่มี	21 (70.0)
มี	9 (30.0)
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	
ไม่เคย	30 (100.0)

ความรู้ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาระดับความรู้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100.0 และภายหลังการทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 และระดับสูง ร้อยละ 46.7 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนการทดลองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.7 และภายหลังการทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.7 ดังแสดงในตารางที่

2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลจำแนกตามคะแนนความรู้ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง (N = 30)

คะแนน	ระดับ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
I.ความรู้			
≥ 80 ขึ้นไป (8-12คะแนน)	ระดับสูง	-	14(46.7)
ร้อยละ 60-79 (7-9คะแนน)	ระดับปานกลาง	-	16(53.3)
< 60 (0-6คะแนน)	ระดับต่ำ	30(100.0)	-
II.การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย			
โรคหลอดเลือดสมอง			
3.26 - 4.00	ระดับดีมาก	-	-
2.51 - 3.25	ระดับดี	-	26 (86.7)
1.76 - 2.50	ระดับพอใช้	10 (33.3)	4 (13.3)
1.00 - 1.75	ระดับต่ำ	20 (66.7)	

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}$ = 4.70; S.D. = 1.66) หลังการทดลองค่าเฉลี่ยระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}$ = 10.30; SD = 0.99) ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	Mean $\pm$ SD		p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	
1. โรคหลอดเลือดสมองมี 3 ประเภท หลอดเลือดสมองตีบ หลอดเลือดสมองแตก หลอดเลือดสมองบวมโป่งพอง	0.13 $\pm$ 0.35	0.90 $\pm$ 0.31	.000
2. โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคติดต่อ	0.40 $\pm$ 0.50	0.90 $\pm$ 0.31	.000
3. ถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งหนึ่งแล้วสามารถจะเกิดได้ซ้ำอีก	0.40 $\pm$ 0.50	0.80 $\pm$ 0.41	.005
4. รู้สึกชาหรือยุบยิบตามแขนหรือขาทันทีทันใดเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	0.40 $\pm$ 0.50	0.83 $\pm$ 0.38	.001
5. ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	0.60 $\pm$ 0.50	0.80 $\pm$ 0.41	.056
6. ปัจจัยส่งเสริมให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีหลายประการ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันสูง โรคอ้วน ความเครียด เป็นต้น	0.37 $\pm$ 0.49	0.80 $\pm$ 0.41	.001
7. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้เบิกบานสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	0.50 $\pm$ 0.51	0.80 $\pm$ 0.41	.010
8. การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	0.57 $\pm$ 0.50	0.87 $\pm$ 0.35	.026
9. คนผอมไม่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	0.30 $\pm$ 0.47	0.90 $\pm$ 0.31	.000
10. การตรวจสุขภาพปีละครั้งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้	0.43 $\pm$ 0.50	0.83 $\pm$ 0.38	.003
11. สูญเสียความทรงจำ ความสามารถคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจลดลง กลืนลำบาก การควบคุมการกลืนปัสสาวะเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง	0.27 $\pm$ 0.45	0.90 $\pm$ 0.31	.000
12. โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากภาวะสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมองก็ได้	0.30 $\pm$ 0.47	0.97 $\pm$ 0.18	.000
รวมทั้งหมด	4.70 $\pm$ 1.66	10.30 $\pm$ 0.99	.000

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ ($\bar{x}$ = 4.70; S.D. = 1.66), ($\bar{x}$ = 1.68; SD = 0.21) ตามลำดับ หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ ($\bar{x}$ = 10.30; SD = 0.99), ($\bar{x}$ = 2.76; SD = 0.21) ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรตาม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	t	p-value
	Mean(S.D)	Mean(S.D)		
ความรู้	4.70(1.66)	10.30(0.99)	-18.79**	.000
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	1.68(0.21)	2.76(0.21)	-20.29**	.000

สรุปผลการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี ร้อยละ 40.0 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.3 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.3 มีรายได้ในช่วง 5,001 - 7,500 บาท ร้อยละ 90.0 ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.0 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร ร้อยละ 40.0 ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 70.0 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย น้อยกว่า 4 เดือน ร้อยละ 56.7 ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอื่น ร้อยละ 100.0 ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง ส่งผลให้มีการพัฒนาด้านความรู้

รวมทั้งทักษะในการปฏิบัติช่วยให้ผู้ดูแลมีโอกาสเรียนรู้ มีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้อง เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และศักยภาพของตนเอง โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีผลทำให้ระดับความรู้ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น อีกทั้งเป็นทางเลือกใหม่ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรับรู้ และเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการคิด การตัดสินใจที่จะนำไปสู่การดูแลตนเองที่ยั่งยืนได้

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ในกิจกรรมสร้างประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) ใช้ตัวแบบ การให้ความรู้คำแนะนำ สาธิตทักษะ ฝึกปฏิบัติ อภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มในรูปแบบแผนภูมิความคิด (mind map) ประเด็นสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน การจัดการเมื่อเกิดอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกัน และการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สัญลักษณ์รูปภาพ ช่วยจำเพื่อช่วยในการสังเกตอาการเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง ใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยให้กำลังใจ ชมเชย และกระตุ้นให้กระทำต่อเนื่อง เยี่ยมบ้าน เป็นตัวเสริมแรงที่นำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura¹¹ กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความสามารถในเชิงปฏิบัติที่ได้กำหนดไว้ เป็นเป้าหมายภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจง เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการกระทำและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่

ปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ

1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) และ 2) ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมใด ๆ ที่กำหนดไว้ได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะความยากง่ายของงานหรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ โดยผันแปรไปตามมิติต่าง ๆ ใน 3 ด้าน 1) ขนาดหรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรมที่ต้องกระทำ (magnitude or level) 2) ความเข้มแข็งหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ (strength) และ 3) ความสามารถในการนำประสบการณ์เดิมที่เคยทำสำเร็จมาใช้กับกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันในสถานการณ์ใหม่ (generality) ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การจัดให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และลงมือปฏิบัติจริงเพื่อฝึกฝนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะและการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลนั้นเพิ่มสูงขึ้น

สอดคล้องกับผลการศึกษาของพัชรภรณ์ สิริรัตนานนท์⁷ ได้ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัยพบว่าหลังการวิจัยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการสอนแนะมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการ

สอนแนะมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาล
ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน
ของผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง
โรงพยาบาลอุดรธานี 2 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้าน
ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ควรมีการ
ส่งเสริมให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และขยายผลไปสู่
ชุมชนอื่นต่อไป

2. ควรนำแนวคิดของโปรแกรมการสร้าง
เสริมสมรรถนะแห่งตน ไปใช้ในผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่ม
โรคอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดัน
โลหิต เป็นต้น เพื่อเป็นการให้ความรู้ เพิ่มทักษะ
เสริมแรงทางบวกในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
และถูกต้องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบของ
โปรแกรมที่มีกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง
เช่น การพัฒนาแนวทางการให้การดูแลเพื่อนำผลวิจัย
มาพัฒนาและปรับปรุงให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับ
ผู้ป่วย ผู้ดูแลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ณรงค์ ฐาตาเดช
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี สนับสนุนการ
พัฒนาศักยภาพของบุคลากรและส่งเสริมให้มี

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการนักวิจัยสู่การปฏิบัติ
ขอบคุณแพทย์หญิงอภาพรรณ นเรนทร์พิทักษ์
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม ที่อนุญาตและ
สนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์
สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 ที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization: (WSO). Campaign
Advocacy Brochures. [internet]. [เข้าถึงเมื่อวันที่
15 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก
http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-017/brochures2017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf
2. American Heart Association. Heart Disease and
Stroke Statistics-2015 update:a report from the
American Heart Association,Calculation
2015; 131: 29-322.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวง
สาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557.
[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึง เมื่อวันที่ 18
พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก
<https://www.udo.moph.go.th/>
4. กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรม
ควบคุมโรค. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18
พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก
<https://www.hfocus.org/content/2019/10/17959>
5. แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุดรธานี. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่
11 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก

<https://www.udo.moph.go.th/docs/temp/plan2561.pdf>

6. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <https://www.pni.go.th/pnigoth/wp-content/uploads/2019/12/cpgforischemicstroke2019.pdf>
7. พัชรภรณ์ สิริรัตนานนท์. โปรแกรมการสอนแนะผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : 2558
8. วาสนา มูลฐิและคณะ. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล 2559; 31: 95-110
9. นิธิมา ศรีจันทร์และคณะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารพยาบาลราชชนนี กรุงเทพ 2560; 26:113-118.
10. อมรรณ กวิภัทรนนท์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย 2556; 25:93-105.
11. Bandura, Albert. Self – efficacy : The exercise of control. New York : W.H. Freeman and company ; 1997.
12. ดร.นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล. หัวข้อสถิติที่น่าสนใจสำหรับการวิจัย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก http://rlc.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=860
13. พรทิพย์พา ชีมายอม. ผลการใช้โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของคนที่มิต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการอัมพาตครึ่งซีก. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ: 2554
14. Bloom, Benjamin. Taxonomy of education obectives the classification of educational Goals handbook I: Cognitive domain. New York : David Mckay; 1970.
15. จินดา รัตนกุล. ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุน ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม 2562; 16: 114-120

การศึกษาศถานการณ์และรูปแบบของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์

นายแพทย์ เบญจวุฒิ คุรุทเมือง

อว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน , อว. เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์

บทคัดย่อ

การศึกษาศถานการณ์และรูปแบบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์ ศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี 2556 ถึง 2559 จำนวน 105 ราย ข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยอื่นๆ เช่น โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา อาการนำ ระยะเวลาตั้งแต่มมีอาการจนวินิจฉัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ สรุป วิจัยนผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ร้อยละ 74.29 เป็นชาย อายุ 50- 59 ปี ร้อยละ 31.43 การศึกษาระดับประถมร้อยละ 86.67 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 66.67 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 60 สิทธิการรักษา UC ร้อยละ 95.24 คำนึงมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./ม² ร้อยละ 55.24 โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.14 ระยะเวลาเริ่มมีอาการจนวินิจฉัยโรคมมากกว่า 4 สัปดาห์ร้อยละ 46.67 สูบบุหรี่ร้อยละ 43.56 ดื่มสุราร้อยละ 41.95 ร้อยละ 27.91 ดิดสุราเรื้อรัง ประวัติการสัมผัสโรคไม่ชัดเจนร้อยละ 82.86 อาการของผู้ป่วยตามระยะเวลาก่อนมาพบแพทย์ คือ 1 สัปดาห์มาด้วยอาการไข้ ตัวร้อน ร้อยละ 18.75 ระยะเวล 2 สัปดาห์มาด้วยอาการไอแห้งร้อยละ 14.29 ระยะเวล 3 สัปดาห์มาด้วยอาการไข้ตัวร้อน ไอมีเสมหะร้อยละ 20 ระยะเวล 4 สัปดาห์มาด้วยอาการไอ มีเสมหะ ไอปนเลือด เหนื่อยหอบ รู้สึกหายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลียและเวียนศีรษะ ร้อยละ 16.67

คำสำคัญ สถานการณ์,วัณโรคปอดรายใหม่,รูปแบบ,อุดรดิตถ์

Study of the situation and patterns of new pulmonary tuberculosis patients.

Thong Saen Khan Hospital, Uttaradit

Benjawut Khrutmuang

Dip. Thai Board Preventive Medicine, Community Mental Health

Dip. Thai Board Family Medicine

Thong Saen Khan Hospital, Uttaradit

Abstract

This research is a retrospective study that was to study the situation and patterns of new pulmonary tuberculosis patients whom admitted at Thong Saen Khan Hospital, Uttaradit by studying and collecting data from patient record of new pulmonary tuberculosis from 2013-2016, 105 cases. The collected data were general characteristics and the others, including co-disease, smoking, drinking, exposure, symptoms duration from initial until diagnosis etc. Data was analyzed with descriptive statistics such as number, percentage.

The study found that new pulmonary tuberculosis patients were most of male, 74.29%, were in the 50-59 age group, 86.67% were graduated in primary education, 66.67% were engaged in agricultural. Most of them have an average income of less than 3,000 Thai Baht per month, accounting for 60%. 95.24% have eligible for UC. 55.24% have body mass index less than 18.5 kg/m^2 , have *co-disease which* hypertension, 24.14%. 44.67% were found to have more than 4 week duration from initial to diagnosis. 43.56% had smoking, 41.95% had drinking of these, 27.91% had alcoholism. 82.86% have unrecognized source of their contacts. Considering the symptoms of the patients by categorize the time before the doctor, it showed that that 1 week ago, 18.75% came with fever. 2 weeks ago, 14.29% came with cough. 3 weeks ago, 20% came with fever and cough with sputum. 4 weeks ago, 16.67% came with cough, sputum, blood cough, rashes, suffocation, fatigue and dizziness.

Keyword situation, new pulmonary tuberculosis, pattern, Uttaradit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานของสำนักวันโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ กล่าวว่าองค์การอนามัยโลกกล่าวถึงประเทศไทยว่าเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาภาระวันโรคสูง (High Burden Country Lists) ทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาระโรควันโรคสูง (TB) 2) ภาระวันโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ 3) วันโรคคือยาหลายขนานสูง(MDR-TB) โดยตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวันโรค (The End TB Strategy) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วันโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ.2578 (2035) ซึ่งประเทศไทยต้องมีอัตราการลดอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปี ในขณะที่ระยะ 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีการอัตราการลดลงของอุบัติการณ์เพียงร้อยละ 2.7 ต่อปี ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติวันโรคจำเป็นต้องเร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และ รายงาน ให้ครอบคลุมร้อยละ 90 สนับสนุนการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวันโรคให้ครอบคลุมร้อยละ 90 และ ดูแลรักษาผู้ป่วยวันโรคที่ตรวจพบทุกรายให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90

ประเทศไทยมีผู้ป่วยวันโรครายใหม่ประมาณ 120,000 คนหรือคิดเป็น 171 ต่อแสนประชากร⁽¹⁾ แต่จากระบบรายงานผลการดำเนินงานวันโรคปีงบประมาณ 2557 มีผู้ป่วยวันโรคขึ้นทะเบียนการรักษา 67,789 ราย คิดเป็นอัตราการตรวจพบ (Detection rate) เพียงร้อยละ 59 และในปีงบประมาณ 2558 มีรายงานผู้ป่วยวันโรคขึ้นทะเบียนรักษา 62,154 รายคิดเป็นอัตราการตรวจพบ (Detection rate)เพียงร้อยละ 55.3 และอัตราการรักษา

สำเร็จ (หายและกินยาครบ) ร้อยละ 80.4(47,267ราย) สาเหตุของอัตราการตรวจพบที่ต่ำเกิดมาจาก ผู้ป่วยวันโรคไม่เข้าสู่ระบบบริการ ผู้ป่วยวันโรคไปรับบริการที่คลินิกโรงพยาบาลนอกระบบสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยวันโรคมารับบริการแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ผู้ป่วยวันโรคได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ถูกรายงาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยวันโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเพิ่มขึ้น โดยในปี 2557 มีรายงานผู้ป่วยวันโรคในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ 3,091 ราย ซึ่งมีการเคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อยเป็นปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมวันโรคในขณะที่ยังขาดการรักษายังต่ำเพียงร้อยละ 81⁽¹⁾จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นแผนงานควบคุมวันโรคจึงกำหนดแนวทางการควบคุมโรคโดยมุ่งเน้น “ ค้นหาให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา ” ทั้งวันโรคที่ไวต่อยา (Drug Susceptible TB : DS-TB) และวันโรคคือยา (Drug Resistant-TB :DR-TB) รวมทั้งการดำเนินงานผสมผสานวันโรคและเอดส์เป็นสำคัญ

ในจำนวนผู้ป่วยวันโรคทั้งหมดของประเทศไทย ประมาณร้อยละ 80⁽⁶⁾ เป็นวันโรคปอด สามารถติดต่อไปสู่คนรอบข้างได้มากกว่าวันโรคแบบนอกปอด ผู้ที่เป็นวันโรคปอดนั้นประมาณร้อยละ 60 ตรวจพบเชื้อวันโรคด้วยการเสมหะหรือเพาะเชื้อจากเสมหะ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำคัญในแง่การควบคุมโรค เนื่องจากเป็นแหล่งกระจายเชื้อให้กับผู้ที่อยู่รอบข้างได้โดยง่าย หน่วยงานของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่ในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยให้การรักษาและติดตามผลจนครบกำหนด รวบรวมประเมินผลการรักษา และติดตามสถานการณ์โดยรวมของทั้งประเทศ กลยุทธ์สำคัญที่

นำมาใช้ช่วยส่งเสริมให้การรักษาเป็นไปตามแผนคือ การให้ผู้ป่วยรับประทานยาภายใต้การกำกับดูแลของ เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครหรือผู้นำในชุมชน หรือสมาชิก ในครอบครัว ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือเป็นอย่างดี จากตัวผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านของสมาชิกของ สังคมแวดล้อมผู้ป่วย จะต้องมิตทัศนคติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับวัณโรค ถ้ามีการป้องกันที่เหมาะสมโรคก็จะ ติดต่อไปคนอื่นได้ยาก การรักษาก็ได้ผลดี ไม่ยุ่งยาก และราคาไม่แพง

อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย 4 ตำบล 49 หมู่บ้าน ประชากรจากการ สำรวจประมาณ 24,000 คน มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรค ปอดรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียน รักษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง 2559 รวมทั้งหมด 105 ราย โดยจำแนกเป็นรายปีคือ 27 , 31 , 21 และ 26 ราย อัตราอุบัติการณ์ต่อแสนประชากร 112.30, 137.69, 88.60 และ 116.20 ตามลำดับ อยู่ในระดับที่ต่ำกว่า อัตราอุบัติการณ์ของประเทศไทย 171 ต่อแสน และ แม้ว่าอัตราความสำเร็จในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ของโรงพยาบาลทองแสนขันสูงร้อยละ 90 แต่ปัญหา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของโรงพยาบาลทองแสน ขันยังคงพบกระจายอยู่ทุกพื้นที่โดยบางพื้นที่มี จำนวนผู้ป่วยและอัตราอุบัติการณ์สูงโดยเฉพาะพื้นที่ ตำบลบ่อทองและตำบลฝักขางที่มีผู้ป่วยสะสม 4 ปี คือ 52 และ 31 รายตามลำดับ แต่อัตราอุบัติการณ์ โดยรวมยังคงต่ำกว่าระดับประเทศรวมถึงผู้ป่วยราย ใหม่พบว่าเสหะเป็นบวกถึงร้อยละ 73.33 แสดงว่า อาจมีผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการคัดกรองที่ทั่วถึง และเนื่องจากวัณโรคปอดสามารถเป็นแหล่ง แพร่กระจายเชื้อให้กับผู้อื่นที่อยู่รอบข้างได้โดยง่าย ผู้ ศึกษาจึงดำเนินการศึกษาสถานการณ์และรูปแบบของ

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในอำเภอทองแสนขันที่ขึ้น ทะเบียนการรักษาวัณโรคในโรงพยาบาลทองแสน ขัน จังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการ พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง การคัดกรอง การป้องกัน และควบคุมวัณโรคปอด แนวทางการเฝ้าระวัง การ สื่อสารประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมให้ความรู้ความ เข้าใจแก่ประชาชนในพื้นที่ และเป็นแนวทาง ดำเนินงานการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่เพื่อเข้าสู่ระบบการติดตามการรักษา เป็นการ ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายวัณโรคปอดของ อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์และเป้าหมายใน การเพิ่มประสิทธิภาพของอัตราความสำเร็จในการ ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลทองแสนขันต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาสถานการณ์และรูปแบบของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษา ของโรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์และนำ ผลการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการ เฝ้าระวังและการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดให้ ครอบคลุมมากขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดย การ ศึกษา ย้อน หลัง (Retrospective Study) ศึกษาและรวบรวมข้อมูลจาก เวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของคลินิกวัณ โรค โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์ ปีพ.ศ. 2556 ถึง ปีพ.ศ. 2559 (ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็น การสืบค้นข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยวัณโรคปอดราย

ใหม่ที่วินิจฉัยและขึ้นทะเบียนการรักษาวัณโรคปอดของโรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 105 ราย ปัจจัยที่ศึกษาคือ ลักษณะข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ปัจจัยอื่นๆที่อาจมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรคปอด ได้แก่ โรคประจำตัวและจำนวนปีของการเป็นโรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสัมผัสโรค ประวัติอาการนำ ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนถึงการวินิจฉัย การตรวจเสมหะ สถานที่ในการวินิจฉัยโรคครั้งแรก ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงผลเป็นจำนวน ร้อยละ และสรุปวิจารณ์ผลการศึกษา

ผลการศึกษา

2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคปอดอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 59.05 และมีประวัติการสัมผัสโรคที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ทราบแหล่งสัมผัสมากถึงร้อยละ 82.86

3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มาพบแพทย์ก่อนได้รับการวินิจฉัยด้วยโรควัณโรคปอดรายใหม่ด้วยอาการไข้ ตัวร้อน และไอมีเสมหะมากที่สุดร้อยละ 13.91 และเมื่อพิจารณาลักษณะอาการของผู้ป่วยแยกตามระยะเวลาก่อนที่จะมาพบแพทย์ พบว่า 3 ระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนมา มาด้วยอาการไข้ ตัวร้อน ร้อยละ 18.75

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ร้อยละ 74.29 เป็นเพศชาย เป็นวัยผู้ใหญ่อายุ 50- 59 ปีมากที่สุดร้อยละ 31.43 สถานภาพสมรสร้อยละ 74.29 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 86.67 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 66.67 อาชีพรับจ้างร้อยละ 25.71 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 60 ใช้สิทธิการรักษา UC /บัตรผู้พิการ/สูงอายุมากถึงร้อยละ 95.24 มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./ม² ร้อยละ 55.24 พบในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.14 และระยะเวลาของการมีโรคประจำตัวก่อนการป่วยเป็นวัณโรคปอดพบมากสุดในช่วง 1-3 ปี มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดรายใหม่มากกว่า 4 สัปดาห์มากที่สุดร้อยละ 46.67 ประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 43.56 ประวัติสุราเรื้อรังร้อยละ 27

3.1 ระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนมา มาด้วยอาการไข้ ตัวร้อน ร้อยละ 18.75

3.2 ระยะเวลา 2 สัปดาห์ก่อนมา มาด้วยอาการไอแห้งร้อยละ 14.29

3.3 ระยะเวลา 3 สัปดาห์ก่อนมา มาด้วยอาการไข้ ตัวร้อน ไอมีเสมหะร้อยละ 20

3.4 ระยะเวลา 4 สัปดาห์ก่อนมา มาด้วยอาการไอ มีเสมหะ ไอปนเลือด เหนื่อยหอบ รู้สึกหายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลียและเวียนศีรษะร้อยละ 16.67

ตารางที่ 1 แสดงระยะเวลาและลักษณะอาการของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มาพบแพทย์จนถึงการวินิจฉัยวัณโรคปอด (n=105)

ลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	จำนวน (n = 105)	ร้อยละ
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดรายใหม่		
1 สัปดาห์	36	34.29
2 สัปดาห์	14	13.33
3 สัปดาห์	4	3.81
4 สัปดาห์	2	1.90
มากกว่า 4 สัปดาห์	49	46.67
ลักษณะอาการ		
ไข้ ตัวร้อน	47	13.91
ไอมีเสมหะ	47	13.91
ไอแห้ง	44	13.02
อ่อนเพลีย	31	9.17
น้ำหนักลด	29	8.58
เหนื่อยหอบ	26	7.69
รู้สึกหายใจไม่อึด	23	6.80
เจ็บ ระบายคอ	21	6.21
ไอปนเลือด	20	5.92
เจ็บหน้าอก แน่นอก	18	5.33
เบื่ออาหาร	17	5.03
เหงื่อออกกลางคืน	6	1.78
เวียนศีรษะ	4	1.18

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากผลการข้อม
 เสมหะของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ พบว่าส่วน
 ใหญ่ร้อยละ 73.33 มีผลการข้อมเสมหะเป็นบวก (B
 +) โดยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่โรงพยาบาลทอง
 แสนขันร้อยละ 68.57

4. พบอุบัติการณ์การเกิดโรควัณโรคปอดราย
 ใหม่ต่อแสนประชากรจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ของ
 อำเภทองแสนขัน ปีพ.ศ. 2556-2559 คือ 112.30,
 137.69, 88.60 และ 116.20 ตามลำดับ พบจำนวน
 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่สะสมทั้ง 4 ตำบล คือ
 ตำบลบ่อทอง ตำบลผักขวง ตำบล ป่าคาย และ

ตำบลน้ำพี โดยพบจำนวนผู้ป่วยสะสมเรียงลำดับมากไปน้อย คือ ตำบลบ่อทอง 52 คน ตำบลผักขง 31 คน ตำบล ปากาย และตำบลน้ำพี ตำบลละ 11 คน
อภิปรายผล

จากที่กล่าวข้างต้นแม้ว่าอัตราการความสำเร็จในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลทองแสนขันสูงร้อยละ 90 แต่ปัญหาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของอำเภอทองแสนขันยังคงพบผู้ป่วยกระจายอยู่ทุกพื้นที่ โดยบางพื้นที่มีจำนวนผู้ป่วยและอัตราอุบัติการณ์สูง แต่อัตราอุบัติการณ์โดยรวมยังคงต่ำกว่าระดับประเทศรวมถึงผู้ป่วยรายใหม่พบว่าสาเหตเป็นบวกถึงร้อยละ 73.33 แสดงว่าอาจมีผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการคัดกรองที่ทั่วถึง ประกอบกับในปัจจุบันอำเภอทองแสนขันเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 21 และมีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น ทำให้อาจมีโอกาที่จะติดเชื้อวัณโรคปอดได้ง่ายขึ้น

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรควัณโรคปอดรายใหม่ที่มารับการตรวจรักษาและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของโรงพยาบาลทองแสนขัน จำนวน 105 ราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2559 แยกเป็นเพศชายร้อยละ 74.29 ซึ่งใกล้เคียงกับภาพของประเทศที่พบอัตราส่วนผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 2.3 : 1⁽⁶⁾ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่โดยช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 31.43 รองลงไปอยู่ในกลุ่มวัยสูงอายุโดยช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 21.90 และช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 17.14 ซึ่งถ้าคิดรวมเป็นกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปี

ขึ้นไปร้อยละ 39.04 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปรองลงมาคือกลุ่มอายุ 55 - 64 ปี^(1,6,7) สอดคล้องกับนโยบายการดำเนินการคัดกรองวัณโรคปอดของเขตสุขภาพที่ 2 โดยให้คัดกรองตามกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทุกรายที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีผลการควบคุม HbA1C ตั้งแต่ 7.5% ขึ้นไป และ 2) ประชาชนที่มีอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปทุกราย ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 74.29 โดยอาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับประวัติการสัมผัสโรคในครอบครัวในการศึกษานี้ถึงร้อยละ 14.29 และกลุ่มตัวอย่างมีประวัติการสัมผัสโรคที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ทราบแหล่งสัมผัสร้อยละ 82.86 ซึ่งต้องวางแผนในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึกในประวัติการสัมผัสโรคตามหลักระบาดวิทยา ระดับการศึกษาประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 86.67 โดยอาจมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับการประเมินระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคปอดในการศึกษานี้ที่มีผลระดับความรู้ความเข้าใจในระดับน้อยถึงร้อยละ 59.05 สอดคล้องกับการศึกษาของนนุช เสือภูมิ⁽⁹⁾ เรื่องปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 66.67 และอาชีพรับจ้างร้อยละ 25.71 ซึ่งแตกต่างจากสถานการณ์ของประเทศที่รายงานกลุ่มอาชีพที่มีสัดส่วนการรายงานผู้ป่วย วัณโรคทุกชนิดมากที่สุดคืออาชีพรับจ้างและรองลงมาคือเกษตรกร⁽⁷⁾ และพบในกลุ่มที่มีเศรษฐ

ฐานะต่ำโดยการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (เฉลี่ยน้อยกว่า 36,000 บาทต่อปี) คิดเป็นร้อยละ 60 และมีรายได้อยู่ระหว่าง 3,000-6,000 บาทต่อเดือน (เฉลี่ย 36,000 – 72,000 บาทต่อปี) เป็นร้อยละ 32.38 สอดคล้องกับนิยามความยากจนหรือผู้มีรายได้น้อยของโครงการ **ลงทะเบียนผู้มีรายได้น้อย**ของกระทรวงการคลังเพื่อนำไปสู่การจัดระบบสวัสดิการรัฐ⁽⁸⁾ โดยเกณฑ์ผู้มีรายได้น้อยเข้าข่ายคือรายได้ไม่เกิน 300 บาทต่อวันหรือไม่เกิน 8 หมื่นบาทต่อปี และสอดคล้องกับการใช้สิทธิการรักษา UC /บัตรผู้พิการ/สูงอายุ ที่มีถึง ร้อยละ 95.24 รวมถึงส่วนใหญ่มีดัชนีมวลถายน้อยกว่า 18.5 กก./ม² ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจและหรืออาการแสดงของวันโรคปอด ส่งผลถึงภาระในการดูแลรักษาผู้ป่วยวันโรคปอดและอัตราความสำเร็จในการรักษาวันโรคปอดของระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐต่อไป

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่พบว่าร้อยละ 55.24 มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังคือโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 24.14 รองลงมาพบที่มีโรคประจำตัวร่วมโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานร้อยละ 13.79 และโรคประจำตัวโรคเบาหวานร้อยละ 10.34 สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศที่พบมากในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^(1,6) เช่น โรคเบาหวาน โดยพื้นที่อำเภอทองแสนขันพบผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ในกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าโรคเบาหวานอธิบายได้จากกลุ่มผู้สูงอายุที่มากขึ้นในพื้นที่ซึ่งเป็นตามแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557⁽¹⁰⁾

ผลการสำรวจพบว่าความชุกในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โรคความดันโลหิตสูงเป็นร้อยละ 24.7 และโรคเบาหวานเป็นร้อยละ 8.9 นอกจากนั้นในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวภาวะดื้อสุราเรื้อรังพบมากถึงร้อยละ 27.91 ซึ่งพบจำนวนมากขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ.2556-2559 คือ 1, 2, 4 และ 5 คนตามลำดับ ซึ่งอาจจะนำมาพัฒนาเป็นแนวทางในการคัดกรองวันโรคปอดในกลุ่มดื้อสุราเรื้อรังและกลุ่มดื่มสุราของพื้นที่อำเภอทองแสนขันต่อไป โดยศึกษาระยะเวลาของการมีโรคประจำตัวก่อนที่จะป่วยเป็นวันโรคปอดพบมากสุดในช่วงระหว่าง 1-3 ปีคิดเป็นร้อยละ 41.38 และช่วงระหว่าง 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.76 และการศึกษาเรื่องระยะเวลาตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวันโรคปอดรายใหม่ระยะเวลา มากกว่า 4 สัปดาห์พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 โดยอาการนำที่มากที่สุด คือ ไอแห้งร้อยละ 15.44 และไอมีเสมหะและน้ำหนักลด ร้อยละ 14.09 ใช้ร้อยละ 12.75 หายใจเหนื่อยหอบร้อยละ 8.05 ตามลำดับ สอดคล้องกับอาการนำของวันโรคปอด⁽⁶⁾ การศึกษาของจากการศึกษาของธัญพร ปานสุวรรณ และคณะ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาถึงปัจจัยและรูปแบบของการแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการวันโรค พบว่าผู้ป่วยในช่วงแรกของการเจ็บป่วยที่อาการของโรคยังไม่รุนแรงและคล้ายหวัดผู้ป่วยมักไปรับบริการที่ร้านยาหรือคลินิก ระยะที่อาการยังคงเรื้อรังจะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เริ่มตระหนักถึงความผิดปกติ เริ่มหาข้อมูลความเจ็บป่วยของตนเองและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภาครัฐหรือเอกชน ผู้ป่วยที่ยังไม่ตระหนักถึงความผิดปกติจะยังคงรับบริการที่ร้านยาหรือคลินิกและเมื่อเข้าสู่ระยะรุนแรงจึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า

ปัจจัยที่ทำให้มารับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า ได้แก่

- 1) อาการเจ็บป่วยระยะแรกที่ยังไม่รุนแรง ส่วนระยะเรื้อรังผู้ป่วยรายที่เริ่มแสวงหาข้อมูลและพบว่ามีอาการคล้ายวันโรคจะรีบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 2) ความรู้สึกลัวคนรอบข้างรังเกียจว่าเป็นวันโรค
- 3) ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายหรือสิทธิรักษาซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไปโรงพยาบาลที่ตนเองมีสิทธิการรักษา ค่าอาหารและค่าเดินทางมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา และในขณะเดียวกันระยะเวลาภายใน 1 สัปดาห์ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวันโรคปอดรายใหม่คิดเป็นร้อยละ 34.29 โดยอาการนำที่มากที่สุดคือ ไข้ร้อยละ 18.75 รองลงมาเป็น ไอมีเสมหะร้อยละ 14.29 ไอปนเลือดร้อยละ 10.71 ไอแห้งร้อยละ 9.82 หายใจหอบเหนื่อยร้อยละ 8.93 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีประวัติไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 57.14 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 42.86 มีประวัติไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 59.05 และดื่มสุราร้อยละ 40.95 โดยในกลุ่มที่มีประวัติดื่มสุรานี้มีร้อยละ 27.91 ที่มีการติดสุราเรื้อรังซึ่งพบแนวโน้มพบมากขึ้นทุกปี และสอดคล้องผลการอภิปรายข้างต้น

เมื่อพิจารณาจากผลการตรวจเสมหะของผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 73.33 มีผลการตรวจเสมหะเป็นบวก (B+) ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยมาเข้ารับการตรวจวินิจฉัยวันโรคปอดที่ค่อนข้างล่าช้าสอดคล้องกับผลของระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการจนถึงการวินิจฉัยโรค ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวันโรคปอดและสอดคล้องกับอาการนำของวันโรคปอด⁽⁶⁾ และการศึกษาของการศึกษาของชัยพร ปานสุวรรณ และคณะ⁽⁵⁾ ดังกล่าวข้างต้น และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกที่โรงพยาบาลทองแสนขันร้อยละ 68.57 โรงพยาบาล

อุดรดิตถ์ร้อยละ 26.67 และ สถานบริการภาคเอกชนร้อยละ 4.67 คิดเป็นสัดส่วนสถานให้บริการสาธารณสุขภาครัฐต่อเอกชนเป็น 20 : 1 ซึ่งอาจอธิบายได้จากอำเภอทองแสนขันมีเขตรอยต่อของการรักษาที่ติดกับโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ในพื้นที่ตำบลน้ำพีและตำบลป่าคาย ผู้ป่วยจึงสะดวกในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์บางส่วน และประชาชนส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพ (UC)

อุบัติการณ์การเกิดวันโรคปอดรายใหม่ในพื้นที่อำเภอทองแสนขันในระยะเวลา 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 105 คน โดยพบจำนวนผู้ป่วยและอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคต่อแสนประชากร คือ (27) /112.30, (31)/137.69, (21)/88.60 และ (26)/116.20 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าอัตราอุบัติการณ์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 ที่มีอัตราอุบัติการณ์ 171 ต่อแสนประชากร^(1,6) อธิบายได้จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นในประเด็นของช่วงอายุในการเกิดโรคที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุดร่วมกับระดับเศรษฐกิจที่ทำให้สภาพครอบครัวผู้สูงอายุถูกละเลยทอดทิ้งโดยกลุ่มวัยแรงงานที่ต้องมีภาระการงานต้องไปประกอบอาชีพในและนอกพื้นที่อำเภอไม่เอื้อต่อการเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษา ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึงการได้รับการวินิจฉัยโรค ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวันโรคปอดซึ่งส่งผลถึงการเข้าถึงและระบบการคัดกรองวันโรคปอดทำให้ได้อุบัติการณ์การเกิดโรคต่ำกว่าค่าความชุกของประเทศ โดยศึกษาอุบัติการณ์ต่อประชากรจากการสำรวจประชากรกลางปีแยกรายตำบลในพื้นที่ของอำเภอทองแสนขันจำนวน 4 ตำบล คือ ตำบลบ่อทอง ตำบลผักขง ตำบลป่าคาย และตำบล

น้ำพี พบจำนวนผู้ป่วยสะสมมากที่สุดคือ ตำบลบ่อทอง จำนวน 52 คน รองมาคือตำบลผักขง จำนวน 31 คน และ ตำบลป่าคาย ตำบลน้ำพี ตำบลละ 11 คน และพิจารณาการกระจายตัวของผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่แยกรายหมู่บ้านในแต่ละตำบล พบว่า พื้นที่ตำบลบ่อทองพบการกระจายของผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่จำนวน 15 หมู่บ้าน โดยหมู่บ้านที่มีจำนวนผู้ป่วยสะสมมากเรียงตามลำดับ คือ หมู่ที่ 1,4 จำนวนหมู่ละ 6 คน หมู่ที่ 2,7 จำนวนหมู่ละ 5 คน หมู่ที่ 10,14 จำนวนหมู่ละ 4 คน และ หมู่ที่ 8,9,13 จำนวนหมู่ละ 3 คนตามลำดับ พื้นที่ตำบลผักขงพบการกระจายของผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่จำนวน 15 หมู่บ้าน โดยหมู่บ้านที่มีจำนวนผู้ป่วยสะสมมากเรียงตามลำดับ คือ หมู่ที่ 3,12 จำนวน หมู่ละ 4 คน หมู่ที่ 1,4,5,7 จำนวนหมู่ละ 3 คน หมู่ที่ 2,6 จำนวนหมู่ละ 2 คนตามลำดับ พื้นที่ตำบลป่าคายพบการกระจายของผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่จำนวน 7 หมู่บ้าน โดยหมู่บ้านที่มีจำนวนผู้ป่วยสะสมมากเรียงตามลำดับ คือ หมู่ที่ 5 จำนวนหมู่ละ 3 คน หมู่ที่ 8 จำนวนหมู่ละ 2 คน และ หมู่ที่ 1,2,3,6,9 จำนวนหมู่ละ 1 คน และพื้นที่ตำบลน้ำพบการกระจายของผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่จำนวน 6 หมู่บ้าน โดยหมู่บ้านที่มีจำนวนผู้ป่วยสะสมมากเรียงตามลำดับ คือ หมู่ที่ 6 จำนวน 4 คน หมู่ที่ 1,2,4,5,8 จำนวนหมู่ละ 1 คน ซึ่งอธิบายได้จากจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ที่มากขึ้นตามแนวโน้มประชากร ความแออัดของลักษณะหมู่บ้านและชุมชนที่อาจส่งผลถึงประสิทธิภาพการสัมผัสโรคในครอบครัวและชุมชน รวมถึงระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวันโรคปอดของประชาชนและการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและระบบการเฝ้าระวัง การคัดกรองของสถานบริการสาธารณสุขของอำเภอทองแสนขัน

อาจจะยังดำเนินการไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสโรค ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยทางคลินิกเรื่องอาการนำที่เฉพาะของผู้ที่สงสัยหรือเข้าข่ายวันโรคปอด ของพื้นที่อำเภอทองแสนขัน เพื่อนำมาพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ระบบการคัดกรอง ระบบการวินิจฉัยที่ครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผลเสหะเป็นลบ

วิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ที่มีดัชนีมวลกายต่ำและผู้ติดเชื้อเรื้อรังในชุมชน โดยจากผลการศึกษาพบว่าเป็นผู้ป่วยวันโรคปอดที่พบในอัตราที่ค่อนข้างสูง ซึ่งพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชและยาเสพติด นักโภชนาการ อาจต้องเข้ามามีบทบาทส่วนร่วมในการดำเนินการทางด้านการโน้มน้าว เสริมแรงบวกทางจิตใจในการรักษา การลดและเลิกดื่มสุราและการดูแลทางด้านโภชนาการรวมถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ต้องเข้ามามีบทบาทส่วนร่วมในการดำเนินการทางด้านสังคมและรายได้ของผู้ป่วยวันโรคปอดรวมถึงครอบครัวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาวิจัยขอขอบคุณคุณสะอาด เทียนสว่าง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้จัดการคลินิกวันโรคโรงพยาบาลทองแสนขัน บุคลากรโรงพยาบาลทองแสนขัน และ บุคลากร คปสอ.ทองแสนขันที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ในการเก็บและสนับสนุนข้อมูลในการดำเนินการวิจัย และ ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น ที่กรุณาช่วยชี้แนะการเรียบเรียงผลงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. เอกสารประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการฯ ปีงบประมาณ 2560 [สื่ออิเล็กทรอนิกส์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2560]; เข้าถึงได้จาก: http://www.tbthailanf.org/_download/Form_Plan_60TBJun17.docx
2. World Health Organization. Global TB Report 2015.[สื่ออิเล็กทรอนิกส์] 2015[เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2560]; เข้าถึงได้จาก :http://www.who.int/tb/publications/global_report_2015
3. วันชัย เดชสมฤทธิฤทัย. วันโรค (Tuberculosis). ใน : วันชัย วะชีวานาจิน,สุทิน ศรีอัยภาพร,วันชัย เดชสมฤทธิฤทัย. บรรณาธิการ.ตำราอายุรศาสตร์ โรคตามระบบ I. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:หมอชาวบ้าน;2552. หน้า 167-186
4. สำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 9. รายงานวันโรค TB08. [สื่ออิเล็กทรอนิกส์]. 2557[เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2560]; เข้าถึงได้จาก : <http://odpc9.ddc.moph.go.th/index.html>
5. รัญพร ปานสุวรรณ, ปิ่นหทัย สุขเมธพร, รัชนิ นามจันทร์. การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยโรคปอดครายใหม่ ก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิกวันโรคโรงพยาบาลสมุทรปราการ. วารสารพยาบาลทหารบก[อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 27 สิงหาคม 2561]; หน้า279-287 เข้าถึงได้จาก : <https://www.rsu.ac.th/nurse/download/thesis&research/20180827-รัญพร.pdf>
6. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. เอกสารเผยแพร่ DDC WATCH เรื่อง วันโรค. ปีที่ 4 ฉบับที่ 3. [สื่ออิเล็กทรอนิกส์]. 2560[เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2560] ;เข้าถึงได้จาก : <http://www.boe.moph.go.th>, <http://203.157.15.110/boe/viewnews.php>
7. Annual Epidemiological. Surveillance Report 2009. ISSN 0857-6521[สื่ออิเล็กทรอนิกส์]. 2009 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2560] ;เข้าถึงได้จาก : <http://www.epid.moph.go.th/>
8. กระทรวงการคลัง. โครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐปี 2559-2560.[สื่ออิเล็กทรอนิกส์].2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2560];เข้าถึงได้จาก : <http://thaipublica.org/2016/10/registration-of-poor-people-6-10-2559/> ,[http:// www.fpo.go.th](http://www.fpo.go.th)
9. นงนุช เสือพุมิ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันวันโรค ปอดของประชาชน ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.(วารสาร พ.ส.) [Internet]2557. *NJPH* [เข้าถึงเมื่อ22 เมษายน 2560];23(2):79-3. เข้าถึงได้จาก:<http://www.tcithaijo.org/index.php/tnaph/article/view/11899>
10. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.[สื่ออิเล็กทรอนิกส์]. 2557[เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2560] ;เข้าถึงได้จาก : <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/7711>

ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสวรรค์โลก

ศิริวรรณ ทองเลิศ ป.พ.ศ.

โรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน และพยาบาลวิชาชีพ 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 2) แบบประเมินอาการรบกวน 3) แบบประเมินผลแพ้การดูแล 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการดูแล 5) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบค่า T (Independent-Samples T Test) ผลการวิจัยพบว่า แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล 1) อาการรบกวนกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการรบกวน ($\bar{X}=3.76$, $S.D=1.05$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X}=4.81$, $S.D=1.13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) 2) ผลแพ้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=22.16$, $S.D=10.56$) และกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=24.43$, $S.D=4.15$) ไม่แตกต่างกัน 3) ความพึงพอใจต่อการดูแล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูแล ($\bar{X}=41.10$, $S.D=2.55$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=35.13$, $S.D=5.77$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) การประเมินแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกับพยาบาลวิชาชีพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทาง และความพึงพอใจต่อการพยาบาลตามแนวทางอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าการนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไปใช้ จะลดอาการรบกวน และเกิดความพึงพอใจต่อการดูแล

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็ง, แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง

Effect of Nursing Practice Guideline among Cancer Patients in Sawankhaloke Hospital

SiriwanThonglert Dip in Nursing Science

Sawankhaloke Hospital Sukhothai Province.

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of nursing practice guideline among cancer patients. Subjects were cancer patients. Sixty subjects were purposively selected and assigned into the control and experimental group, with 30 participants in each group. Subjects in the control group received routine care whereas, those in the experimental group participated in clinical practice guideline for cancer. Research instruments consisted of 1) Clinical Nursing Practice Guideline for cancer 2) Edmonton Symptoms Assessment System 3) Palliative Care Outcome Scale 4) Patient's satisfaction assessment 5) Nursing practice assessment 6) Nurse's satisfaction to clinical nursing guideline assessment. The data were analyzed using descriptive statistic Chi-Square and independent t-test. Research results revealed that: The experimental group had significant lower mean score of disturbance symptoms ($\bar{X}=3.76$, S.D=1.05) than the control group ($\bar{X}=4.81$, S.D=1.13). ($p<.001$) The experimental group had significant higher mean score of patient's satisfactions ($\bar{X}=41.10$, S.D=2.55) than the control group ($\bar{X}=35.13$, S.D=5.77). ($p<.001$) Mean score of palliative care outcomes in the control group ($\bar{X}=22.16$, S.D=10.56) and the experimental group ($\bar{X}=24.43$, S.D=4.15) not significant. Mean score of nursing practice guideline on cancer patients ($\bar{X}=65.77$, S.D=3.36) and mean score of nurse's satisfaction ($\bar{X}=7.63$, S.D=0.49) in high level both. Study results demonstrated that cancer nursing practice guideline is effective in reducing the disturbance symptoms. Nurse should to use clinical nursing practice guideline to reduce severity of comprehensive cancer symptoms that effect satisfaction of nursing.

Key words: Cancer Patients, Cancer Nursing Practice Guideline

บทนำ

โรคมะเร็ง เป็นปัญหาสำคัญทางระบบสุขภาพทั่วโลก อุบัติการณ์โรคมะเร็งเพิ่มขึ้นตามอายุ ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป⁽¹⁾ ประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปัจจุบันแม้ว่าการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งจะมีความเจริญก้าวหน้ามาก ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีชีวิตรอยู่ได้นานขึ้น แต่การรักษาโรคมะเร็งยังก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์มากมายทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาว ทำให้เกิดการตอบสนองต่อการเป็นโรคทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งจะมีอาการร่วมคล้ายกัน ไม่ว่าจะเป็นมะเร็งชนิดใด ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีไข้ อาการซึมเศร้า วิตกกังวล กลัวเกี่ยวกับโรค ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาการปวดซึ่งพบได้บ่อยในระยะลุกลามที่มีการแพร่กระจาย อาการกลืนลำบาก กลืนลำบาก ไอ เจ็บ ท้องผูก ท้องเสีย ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของโรคมะเร็งทางเดินอาหาร นอกจากนี้การเป็นโรคมะเร็งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล ส่วนใหญ่มักเกิดความเครียดและวิตกกังวล กลัวการสูญเสีย และมีหน้าที่เพิ่มขึ้นในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย⁽²⁾

ดังนั้นบุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยเฉพาะพยาบาล จึงต้องให้ความสำคัญและให้การดูแลที่ดีในช่วงระยะของการดำเนินโรคมะเร็งเป็นการดูแลที่มีความจำเพาะในผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย กระบวนการดูแลร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

ศาสนา ในบริบทของวัฒนธรรม ประเพณี ซึ่งการศึกษาของ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิธร⁽³⁾ กล่าวถึง

การดูแลทางการพยาบาลที่เป็นเลิศ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง คือ การดูแลจัดการอาการรบกวน และอาการข้างเคียงจากการรักษาการ สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ การปรับเปลี่ยนความคิดทัศนคติของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจึงต้องพัฒนา และกำหนดแนวทางเพื่อมุ่งสู่การดูแลที่เป็นเลิศ

การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็ง ต้องเป็นไปภายใต้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล มีการใช้กระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ อย่างเป็นองค์รวม มีการประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาล โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ให้ได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ความรู้ผู้รับบริการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ⁽⁴⁾

โรงพยาบาลสวรรค์โลก เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งภายหลังการได้รับการวินิจฉัย และรักษาจากโรงพยาบาลตติยภูมิ จากสถิติเวชระเบียน พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2560, 2561, 2562 จำนวน 131, 149 และ 166 รายตามลำดับ⁽⁵⁾ เป็นโรคสำคัญอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยใน ซึ่งโรคมะเร็งที่รับไว้ในอนในโรงพยาบาลบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ มะเร็งตับในเพศชาย มะเร็งเต้านมในเพศหญิง และ มะเร็งปอดในเพศชายตามลำดับ⁽⁵⁾ ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่มักด้วยอาการที่เกิดจากโรคมะเร็ง หรืออาการข้างเคียงจากการรักษาที่

ได้รับได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปากแห้ง คอแห้ง กลืนลำบาก ปวด หายใจลำบาก ผู้ป่วยมะเร็งยังเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ครอบคลุมการดำเนินชีวิต เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการ และการจัดการอาการ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและให้ความช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ รวมถึงพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและญาติในการประเมินอาการ จัดการกับอาการ และติดตามผลลัพธ์การจัดการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุด แต่ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คือ มีการปฏิบัติ หรือการให้ข้อมูลในการดูแลที่แตกต่างกัน โดยการดูแลเกี่ยวกับอาการรบกวน จะเน้นการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ มีความหลากหลายในการบันทึก และการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ครอบคลุมองค์รวม ขาดระบบการติดตามผลลัพธ์การดูแล ซึ่งทั้งนี้ เกี่ยวข้องกับการที่โรงพยาบาลยังไม่มีแนวทาง ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งอย่างเป็นระบบ

ดังนั้นผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของ ปัญหาในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยสำคัญของ ทีมการดูแลผู้ป่วย จึงมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้มาตรฐานการปฏิบัติการ พยาบาลของสภาการพยาบาลเป็นกรอบ ร่วมกับการ ทบทวนวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลที่เป็นเลิศในการ ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งของวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร⁽³⁾ ที่กล่าวถึงการจัดการอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง และ ใช้แบบจำลอง การจัดการ อาการ ของ ดอดด์ (Dodd's symptom management model)⁽⁶⁾ ที่ประกอบไปด้วยการประเมินอาการ การจัดการ

อาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้พยาบาล สามารถจัดการอาการ ส่งเสริมผู้ป่วยและญาติให้มี ศักยภาพในการประเมินอาการ ติดตามผลลัพธ์ของ การจัดการอาการ มีความพึงพอใจในการดูแล ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี ครอบคลุมองค์ รวมในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลสวรรค์โลก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลสวรรค์โลก ใน ประเด็นผลลัพธ์ทางการพยาบาล ด้านอาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแล และความพึงพอใจของผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพ ในประเด็น การปฏิบัติตามแนวทาง และความพึงพอใจต่อการ พยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง

วัสดุและวิธีการศึกษา

ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษ เป็นผู้ป่วยใน จำนวน 60 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 22 คน ระหว่างเดือน กันยายน 2562 ถึงกุมภาพันธ์ 2563

ประชากร และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ

1. กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ประชากรเป็นผู้ป่วย มะเร็งทุกชนิด ในระยะที่ 3-4 ที่อายุมากกว่า 15 ปี เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวรรค์โลก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในระหว่างเดือน กันยายน 2562 ถึงกุมภาพันธ์ 2563 มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria) คือผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดระยะที่ 3-4 อายุ 15 ปี

ขึ้นไปสามารถพูดสื่อสารได้เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) หรือยุติจากการศึกษาดังนี้ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาน้อยกว่า 3 วัน ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก (ICU) ผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุที่มีความคิดบกพร่อง (cognitive impairment) ไม่มีญาติหรือผู้ดูแล ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามแบบการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้ Power Analysis ตามวิธีของโคเฮน⁽⁷⁾ ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.70 และอำนาจการทดสอบทางสถิติเท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างขนาดกลุ่มละ 26 ราย ผู้วิจัยเพิ่มตัวอย่างอีก 20% เป็นกลุ่มละ 30 ราย การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระหว่างเดือน กันยายน 2562 ถึงกุมภาพันธ์ 2563 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ 2 เวรเป็นต้นไป และสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

1. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง เป็นแนวทางที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิด มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ของสภาการพยาบาลร่วมกับการทบทวนวิชาการที่เป็นเลิศ ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งของวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร⁽³⁾ ด้วยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการอาการรบกวน ของผู้ป่วยมะเร็ง คือ อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการเหนื่อยล้า อาการปากแห้ง คอแห้ง และอาการซึมเศร้า ใช้แบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์⁽⁶⁾

ที่ประกอบไปด้วย การประเมินอาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิดของมะเร็ง และผู้ดูแลหลัก

2. แบบประเมินอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็ง ใช้ Edmonton Symptoms Assessment System (ESAS) ประกอบไปด้วย อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายใจ และอาการเหนื่อยหอบ ระดับการวัดแต่ละอาการจะถูกแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และ เลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด

3. แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ไม่มีอาการ เล็กน้อย นาน ๆ ครั้ง บางครั้งรุนแรง/เป็นส่วนใหญ่ และ มากมายท่วมท้น

4. แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อการดูแลของผู้ป่วยใช้แบบประเมินของกองการพยาบาล⁽⁴⁾ เป็นการประเมินความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างเป็นองค์รวม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด และ ไม่พึงพอใจ

5. แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ประเมินการปฏิบัติซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อย นาน ๆ ครั้ง น้อยที่สุด และไม่ปฏิบัติ

6. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้มาตราวัดความพึงพอใจแบบเส้นตรง (visual rating scale) โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตามแนวทางมีระดับการวัดแบ่งเป็นหมายเลข 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่พึงพอใจ และเลข 10 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรง (validity) ของเครื่องมือ

1. แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน และพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) 2 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำมาหาความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ 0.83

2. แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำมาหาความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ 0.85

การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ แบบประเมินอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็ง (ESAS) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย (POS) และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการ

พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตามแนวทาง นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มาใช้บริการที่คลินิกการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลสวรรค์โลก จำนวน 15 คน สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพ นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก (ICU) และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสวรรค์โลก จำนวน 15 คน นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.93, 0.94 และ 0.84 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน และพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยมะเร็ง และพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมงานวิจัย

1.1 ผู้วิจัย เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม คือผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน โดยการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิดของมะเร็ง ผู้ดูแลหลัก ประเมินอาการรบกวนของผู้ป่วยด้วยประเมินอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็ง (ESAS) ภายหลังนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาครบ 3 วัน ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (POS) ประเมินความพึงพอใจต่อการดูแล และประเมินด้วย ESAS

ซ้ำ ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้ครบจำนวน 30 คน

2. ผู้วิจัย นำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าความเชื่อมั่นแล้ว มาชี้แจงถึงการปฏิบัติ แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน ในการนำแนวทางสู่การปฏิบัติ

3. ผู้วิจัย เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง คือผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน จากที่พยาบาลได้นำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็งด้วย ESAS ประเมินซ้ำภายหลังนอนโรงพยาบาลครบ 3 วัน ร่วมกับประเมินผลลัพธ์การดูแลด้วย POS และประเมินความพึงพอใจต่อการดูแล โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ให้ครบจำนวน 30 คน

3. ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โดยให้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มทดลอง ตั้งแต่ 2 เวน เป็นต้นไป ประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง และประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง โดยเก็บข้อมูลจากพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 22 คน

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) และ สถิติทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ผล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยมะเร็งทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เป็นเพศชายร้อยละ 53.3 เพศหญิงร้อยละ 46.7 มีอายุเฉลี่ย 65.9 ปี (S.D = 16.3) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 75.0 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 80.0 ร้อยละ 43.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรร้อยละ 45.0 รองลงมาเป็นคู่สมสร้อยละ 41.7 เป็นมะเร็งระบบทางเดินอาหาร (ตับ, ลำไส้, หลอดอาหาร) มากที่สุด ร้อยละ 41.7 รองลงมาเป็นมะเร็งระบบนิเวศ (เต้านม ปากมดลูก, รังไข่) มะเร็งระบบทางเดินหายใจ (ปอด, กล่องเสียง) และมะเร็งอื่น ๆ (สมอง, กระดูก, กระเพาะปัสสาวะ) ร้อยละ 23.3, 21.7 และ 13.3 ตามลำดับ ข้อมูลทั่วไปกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ผู้ดูแลหลัก และชนิดของมะเร็ง พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล

อาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็ง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็ง ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าไม่แตกต่างกัน ($t=0.987, p=.330$) โดยอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 2) ภายหลังที่ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนน

เฉลี่ยอาการรบกวน ($\bar{X}=3.76$, $S.D=1.05$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=4.81$, $S.D=1.13$) (ตารางที่ 3)

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่าอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม โดยคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มควบคุม($\bar{X}=22.16$, $S.D=10.56$) และกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=24.43$, $S.D=4.15$) พบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

ความพึงพอใจต่อการดูแล อยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการดูแล ($\bar{X}=41.10$, $S.D=2.55$) สูงกว่า

กลุ่มควบคุม ($\bar{X}=35.13$, $S.D=5.77$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 3 ผลจากการประเมินแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกับพยาบาลวิชาชีพ

พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=65.77$, $S.D=3.36$) และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตามแนวทางอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=7.63$, $S.D=0.49$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม		Chi-	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	Square	
เพศ								
ชาย	18	60.0	14	46.7	32	53.3	1.071	.219
หญิง	12	40.0	16	53.3	28	46.7		
อายุ($\bar{x}$ =65.9,S.D=10.3)								
40-59 ปี	6	20.0	8	26.7	14	23.3		
60-69 ปี	11	36.7	11	36.7	22	36.7	3.404	.333
70-79 ปี	11	36.7	6	20.0	17	28.3		
80 ปีขึ้นไป	2	6.7	5	16.7	7	11.7		
การศึกษา								
ประถม	19	63.3	26	86.7	45	75.0		
มัธยม	9	30.0	3	10.0	12	20.0	4.42	.110
ปวช./ปวส.	2	6.7	1	3.3	3	5.0		
สถานภาพสมรส								
โสด	4	13.3	3	10.0	7	11.7		
คู่	24	80.0	24	80.0	48	80.0	1.163	.559
หม้าย/แยก	2	6.7	3	10.0	5	8.3		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=60) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม		Chi-Square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ								
ไม่ได้ทำอาชีพ	14	46.7	12	40.0	26	43.3	4.04	.817
ค้าขาย /รับจ้าง	7	23.3	9	30.0	16	26.7		
เกษตรกร	9	30.0	9	30.0	18	30.0		
ผู้ดูแลหลัก								
บุตร	16	53.3	11	36.7	27	45.0	1.1926	.382
คู่สมรส	10	33.3	15	50.0	25	41.7		
ญาติพี่น้อง	4	13.3	4	13.3	8	13.3		
มะเร็ง								
ทางเดินหายใจ	8	26.7	5	16.7	13	21.7	2.192	.533
ทางเดินอาหาร	10	33.3	15	50.0	25	41.7		
นรีเวช	7	23.3	7	23.3	14	23.3		
อื่น ๆ	5	16.7	3	10.0	8	13.3		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการรบกวนของผู้ป่วยมะเร็ง ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ระดับ	$\bar{X}$	S. D	t-test	p-value
อาการรบกวน					
กลุ่มควบคุม	ปานกลาง	5.32	1.13	0.983	.330
กลุ่มทดลอง	ปานกลาง	5.04	1.10		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการรบกวนผลลัพธ์การดูแลและความพึงพอใจต่อการดูแล ของผู้ป่วยมะเร็ง
หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ระดับ	$\bar{X}$	S. D	t-test	p-value
อาการรบกวน					
กลุ่มควบคุม	ปานกลาง	4.81	1.13	3.72	.000**
กลุ่มทดลอง	ปานกลาง	3.76	1.05		
ผลลัพธ์การดูแล					
กลุ่มควบคุม	ปานกลาง	22.16	10.56	1.09	.279
กลุ่มทดลอง	ปานกลาง	24.43	4.15		
ความพึงพอใจต่อการดูแล					
กลุ่มควบคุม	สูง	35.13	2.55	5.17	.000**
กลุ่มทดลอง	สูง	41.10	5.77		

** p<.001

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง และ
ความพึงพอใจต่อการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ของพยาบาลวิชาชีพ (n=22)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	$\bar{X}$	S. D	ระดับ
การปฏิบัติตามแนวทาง	16 - 80	65.77	3.36	สูง
ความพึงพอใจต่อการพยาบาล	0 - 10	7.63	0.49	สูง

วิจารณ์/ อภิปรายผล

1. ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล
ผู้ป่วยมะเร็งต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่
อาการรบกวน จากผลการวิจัยที่พบว่าการใช้
แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งทำให้อาการ
รบกวนของผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ อาการปวด อาการ

คลื่นไส้ อาเจียน อาการเหนื่อยล้า อาการปากแห้ง
คอแห้ง และอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ (p<.001) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การพยาบาลตาม
แนวทางปฏิบัติที่มีการใช้กระบวนการพยาบาล ด้วย
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยและ
บุคลากรมีการประเมินอาการรบกวน ปฏิบัติทางการ

พยาบาล และประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ทำให้อาการรบกวนต่าง ๆ ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลามของ สุภารัตน์ บุตรลักษณ์, รัชณี นามจันทร์ และ วารินทร์ บินโฮเซ็น⁽⁸⁾ ที่พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ประกอบด้วยการบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษา การดูแลประคับประคองด้านอารมณ์ ทำให้คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่าง และหลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล น้อยกว่าคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์การดูแลอยู่ในระดับปานกลางไม่แตกต่างกันทั้งการดูแลตามแนวทางปกติ และการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งอาจเนื่องมาจากผลลัพธ์การดูแลเป็นการประเมินคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ที่ประกอบด้วยการควบคุมอาการรบกวนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ความวิตกกังวลของครอบครัว และการสิ้นเปลืองเวลาในการดูแลรักษา⁽⁹⁾ ซึ่งหมายถึงว่าคุณภาพการดูแลเหล่านี้พยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นไปภายใต้มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล⁽¹⁰⁾ ปัญหาสุขภาพ และปัญหาที่เกี่ยวข้อง ได้รับการแก้ไขโดยพยาบาลที่มีการปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐาน มีการใช้กระบวนการพยาบาลแก่ผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม จึงทำให้ผลลัพธ์การดูแลไม่แตกต่าง แต่เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์การดูแลรายข้อ ในทั้งสองกลุ่มพบว่า

ข้อที่ได้คะแนนต่ำ คือ ความรู้สึกดีกับตัวเอง และการเสียเวลาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ความมีคุณค่าของผู้ป่วย เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดอาการรบกวน หรือภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรคทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ ที่ต้องใช้เวลาในการดูแลสุขภาพ จึงทำให้ผลลัพธ์การดูแลในทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง

ความพึงพอใจต่อการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นถึง ประสิทธิภาพในด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทาง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ภาวดี วิมลพันธุ์, พรทิศา คำวรรณ, นลินี แฉ่งสาริกิจ และ กัตติกา พิงคงสัน⁽¹¹⁾ ที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูง

2. ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่

การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระดับสูง และความพึงพอใจต่อการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตามแนวทางอยู่ในระดับสูงด้วย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ร่วมกับการสนับสนุน สร้างความเข้าใจ ทำให้

พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง มีกรอบแนวทางในการพยาบาลตามมาตรฐาน มีการใช้กระบวนการพยาบาล ประเมินผลลัพธ์ บันทึกทางการพยาบาลใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในการประเมินอาการที่เกิดจากโรคมะเร็ง มีการปฏิบัติทางการพยาบาล ติดตามผลลัพธ์ของการจัดการอาการ

ความพึงพอใจต่อการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตามแนวทาง ของพยาบาลที่อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากการมีแนวทางที่ชัดเจน เป็นไปตามหลักวิชาการพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งของ วรจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร⁽³⁾ ทำให้พยาบาลปฏิบัติตามได้ส่งผลทำให้เกิดความพึงพอใจต่อแนวทางดังกล่าวที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา อุบลพงศ์, ภิรมพร ชาวขมิ้น, อรทัย พงษ์อำไพและ ชนิตา พันผา⁽¹²⁾ ที่พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผลลัพธ์ในการนำรูปแบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย พบว่าพยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยกับการนำไปใช้ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการพยาบาลอยู่ในระดับดี

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งทำให้อาการรบกวนของมะเร็งลดลงจากเดิม ผู้ป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจต่อการดูแล พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทาง และมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง แสดงให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งมีประสิทธิภาพลดอาการรบกวนของโรคได้

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ควรนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งไปใช้ในการดูแลเพื่อลดอาการรบกวนของมะเร็งที่ครอบคลุม ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการดูแล

2. ผู้บริหารการพยาบาล ควรส่งเสริมคุณภาพบริการพยาบาล และส่งเสริมเอกสิทธิ์ในการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ให้เป็นทิศทางเดียวกันในการปฏิบัติของทุกหน่วยงานทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

จากผลการศึกษาที่พบว่าแม้จะมีการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแล้ว แต่ผลลัพธ์การดูแลที่ได้ยังอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น

1. ควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยการมีส่วนร่วมทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์

2. ศึกษาถึงแนวทางการเสริมสร้างความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดสุโขทัย เลขที่โครงการ/รหัส IRB 36 / 2562

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วิชัย วรรัตน์วิจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรคโลก ที่สนับสนุน ขอบคุณพว.วันทนีย์ อิศระไพจิตร รองผู้อำนวยการ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสุโขทัย ที่ให้คำแนะนำ
ด้านกระบวนการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Cancer Research UK. Annual report and accounts [Internet]. Cancer Institute in May 2017 [cited 2020 Jun 10]. Available from https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/cruk_annual_report_2016-17.pdf
2. สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรปราการ: สันทวิกิจพริ้นติ้ง; 2555.
3. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2554.
4. กองการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
5. หน่วยเวชระเบียน. รายงานสถิติประจำปี. สวรรคโลก: งานเวชระเบียนโรงพยาบาลสวรรคโลก; 2562.
6. Dodd, M., Janson, S., Facione, N. Advancing the science of symptom Management. Journal of Advanced Nursing, 2001; 33: 668-676.
7. Cohen, J. Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
8. สุดารัตน์ บุตรลักษณ์ รัชนิ นามจันทร์ และ วารินทร์ บินโฮเซ็น. ประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะลุกลาม. วารสารสภาการพยาบาล; 2560: 10: 74-86.
9. ลดารัตน์ สาภินันท์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. เชียงใหม่: กลางเวียง; 2556.
10. กองการพยาบาล. การประกันคุณภาพการพยาบาล. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์; 2562.
11. ภาวดี วิมลพันธุ์, พรทิwa คำวรรณ, นลินี แข็งสารกิจ และกัตติกา พิงคงสัน. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2555; 5: 2-6.
12. กาญจนา อุบลพงศ์, ธิฆัมพร ชาวขมื่น, อรทัย พงษ์อำไพ และชนิดา พื้นผา. การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม โรงพยาบาลสระบุรี. วารสารกองการพยาบาล; 2555: 39: 51-64.

การสังเคราะห์ข้อมูลระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอส ในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ปีพ.ศ.2551-2561

นิธิพัฒน์ มิโกลสม สม.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการรวบรวมผลการศึกษาในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอสในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ตั้งแต่ ปีพ.ศ.2551-2561 โดยการศึกษาจะทดสอบความไวต่อสารที่มีฟอสของลูกน้ำยุงลาย ตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก โดยเก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลาย ทั้งในและนอกเขตเทศบาลเมือง ของจังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย

จากสถานการณ์ พบว่า ยุงลายในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง ในเขตเทศบาลเมืองมีความไวต่อสารที่มีฟอสที่ความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร ในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง (อัตราการตายระหว่างร้อยละ 58-100) ส่วนลูกน้ำยุงลายนอกเขตเทศบาลเมืองมีระดับความไวต่อสารเคมีอยู่ในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง (อัตราการตายระหว่างร้อยละ 36-100)

สรุปได้ว่า ยุงลายในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง มีพัฒนาการความต้านทานต่อสารที่มีฟอส อาจเนื่องมาจากสารที่มีฟอสมีการนำมาใช้กำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นเวลานาน และการใส่ทรายที่มีฟอสในภาชนะขังน้ำในอัตราส่วนที่ไม่ถูกต้อง จึงมีโอกาสดังกล่าวที่ลูกน้ำยุงลายได้รับสารที่มีฟอสในขนาดที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ลูกน้ำยุงลายมีพัฒนาการให้ต้านทานต่อสารที่มีฟอสได้ จึงควรทำความเข้าใจกับประชาชนที่ใช้สารที่มีฟอสในการกำจัดลูกน้ำยุงลายให้เข้มงวดและระมัดระวังในการใส่ทรายที่มีฟอสในภาชนะขังน้ำในอัตราส่วนที่ถูกต้อง

คำสำคัญ : ระดับความไวต่อสารเคมี ยุงลาย สารที่มีฟอส

Temephos Susceptible of *Aedes aegypti* In lower part of Northern, Thailand. 2008-2018

Nithipat Mipoksom MPH

Office of Diseases Prevention Control 2 Phitsanulok Province

Abstract

The chemicals approach to control the ***Aedes Aegypti***, vector of Dengue Hemorrhagic fever (DHF), is still one of the measures to prevention and control of DHF endemic. Temephos sand granules have been widely used as larviciding in Thailand. The resistance of larvae to the temephos may occur from exposing to dilution of the chemicals in the domestic-used water containers. During 2008–2018. Surveillance susceptibility level of larval mosquitoes to chemicals using WHO susceptibility kits were done in urban and rural areas of the lower part of Northern Thailand eg. Phitsanulok, Uttaradit, Sukhothai, Tak and Phetchaboon.

The results showed that there variations of susceptibility among larval mosquitoes in urban and rural areas of the percentage mortality rate were 36-100. Urban area of the ***Aedes Aegypti*** larvae in Phitsanulok and Tak sensitive to the Temephos (the mortality rate of 80-100%). Additionally; 3 areas (Uttaradit, Sukhothai, and Phetchaboon) resisted to the chemicals clearly (the percentage mortality rate of 58-74%). Rural area of the ***Aedes Aegypti*** larvae in

Sukhothai, Phitsanulok and Tak sensitive to the Temephos (the mortality rate of 82-100%). Additionally; 2 areas (Uttaradit, and Phetchaboon) resisted to the Temephos clearly (the percentage mortality rate of 36-65%). This can be concluded that *Aedes aegypti* larvae in Uttaradit province and Phetchaboon province mostly resisted to the Temephos in controlling dengue fever. Therefore, controlling mosquito larvae in these province should be strictly used the Temephos up to standardize recommendation by the WHO, or 1 gram per 10 liters of water. Moreover; it should be combined with the other methods.

Keywords: Susceptibility test, *Aedes aegypti*, Temephos

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย นับตั้งแต่พบการระบาดในประเทศไทยปีพ.ศ.2551 เป็นต้นมา สาเหตุของการเกิดโรคจากเชื้อไวรัสเด็งกี(dengue virus) มียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะหลักและยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะรอง โรคไข้เลือดออกมักมีการระบาดเป็นระยะๆ ทุกๆ 2-3 ปี⁽¹⁾ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร.2 พิษณุโลก ตั้งแต่ปี 2549 พบผู้ป่วยทุกปี แนวโน้มของโรคเพิ่มขึ้น ทำให้โรคไข้เลือดออกมีความสำคัญมากในงานสาธารณสุข เนื่องจากเป็นโรคที่ได้แพร่ระบาดจากเขตเมืองสู่ชนบทกระจายไปทั่วประเทศ

ยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) พาหะหลักนำโรคไข้เลือดออก เป็นยุงที่มีชีวนิสัยชอบใกล้ชิดกับคน ระยะไข่ ลูกน้ำ และตัวโม่่ง พบได้ในภาชนะเก็บกักน้ำในครัวเรือนทั้งในบ้านและนอกบ้าน ชอบกัดกินเลือดคน (Anthropophilic) การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีความสำคัญกับมาตรการลดแหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลาย โดยวิธีทางกายภาพ และทางเคมีภาพ คือการใช้สารเคมีที่มีฟอสฟอรัสชนิดเคลือบผิวทราย แต่เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น ก็จำเป็นต้องกำจัดยุงตัวเต็มวัย สารเคมีที่ใช้กำจัดยุงตัวเต็มวัยในปัจจุบันคือสารเคมีกลุ่มไพรีทรอยด์สังเคราะห์ และออร์แก

โนฟอสฟอรัส⁽²⁾ แต่สารเคมีกลุ่มไพรีทรอยด์สังเคราะห์ และออร์แกโนฟอสฟอรัส เริ่มมีการรายงานการสร้างความต้านทานของยุงลายบ้านและยุงลายสวนแถบหมู่เกาะแคริบเบียน สำหรับประเทศไทยอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการสร้างการต้านทานต่อสารเคมีกำจัดแมลงของยุงลาย เพราะมีการใช้สารเคมีกำจัดแมลงอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลาเกือบ 60 ปี โดยไม่ระมัดระวังเรื่องความเข้มข้น และมีการใช้ความเข้มข้นและปริมาณของสารที่ต่ำกว่าหรือสูงกว่าองค์การอนามัยโลกแนะนำ

ในส่วนของการใช้ฟอสฟอรัสกำจัดลูกน้ำที่ใช้ยู่ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่แน่ชัดเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการกำจัดลูกน้ำยุงลายที่ลดลงนั้น เกิดจากคุณภาพของทรายที่มีฟอสที่ใช้ไม่ได้มาตรฐาน ปริมาณทรายที่ใช้ไม่เป็นไปตามปริมาณและความเข้มข้นที่กำหนด วิธีใช้ไม่ถูกต้อง หรือเกิดการสร้างความต้านทานของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอส ดังนั้นเพื่อให้ดำเนินงานควบคุมยุงลาย โดยใช้สารเคมีกำจัดลดลงที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับความไวของยุงลายต่อสารเคมีกำจัดแมลงในแต่ละพื้นที่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำมาใช้วางแผนการใช้สารเคมี และเพื่อเป็นการยืนยันถึงการสร้างความต้านทานของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอส

วิธีการศึกษา

การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันยังให้ความสำคัญกับมาตรการกำจัดลูกน้ำยุงลายบ้านพาหะหลักนำโรคไข้เลือดออก โดยการใช้น้ำที่มีฟอสฟอรัสชนิดเกลือฟิวทราควมกำจัดลูกน้ำยุงลาย เนื่องจากยุงลายบ้านมีแหล่งเพาะพันธุ์อยู่ในภาชนะใส่น้ำต่างๆ ในครัวเรือน และพบได้ทุกชุมชนทั่วประเทศ ประเทศไทยใช้น้ำที่มีฟอสในการใส่น้ำในภาชนะกักเก็บน้ำอย่างแพร่หลายตั้งแต่ปีพ.ศ. 2515 ขนาดที่แนะนำคือ ที่มีฟอส 1% SG ใช้ในขนาด 1 กรัม ต่อน้ำ 10 ลิตร สามารถออกฤทธิ์ควบคุมไม่ให้มีลูกน้ำได้นาน 3 เดือน แต่ในสภาพที่เป็นจริง พบว่าประชาชนมีการใช้น้ำ ตักออกและเติมเข้า ทำให้ความเข้มข้นของสารที่มีฟอสลดลงเรื่อยๆ จนไม่สามารถกำจัดลูกน้ำได้ แล้วการที่ลูกน้ำได้รับสารเคมีในระดับต่ำและรอดชีวิตนั้นสามารถทำให้เกิดพัฒนาการด้านทานต่อสารที่มีฟอสได้ และส่งผลกระทบต่อการจัดและควบคุมลูกน้ำยุงลาย ดังนั้นถ้าลูกน้ำยุงลายมีความไวต่อสารเคมีที่มีฟอสลดลงหรือเกิดการพัฒนาการด้านทานต่อสารเคมีที่มีฟอสแล้ว ทำให้ประสิทธิภาพในการกำจัดลูกน้ำยุงลายลดลง และมีผลกระทบต่อ การควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ โดยจะดำเนินการศึกษารวบรวมข้อมูลระดับความไวของยุงลายต่อสารที่มีฟอสในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ตรวจสอบและสอบถามจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงที่ 2.1-2.3 เกี่ยวกับข้อมูลระดับความไวของยุงลายต่อสารที่มีฟอสในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย ย้อนหลัง 10 ปี (ปี พ.ศ. 2551-2561)

2. เก็บรวบรวมข้อมูลระดับความไวของยุงลายต่อสารที่มีฟอสในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย ย้อนหลัง 10 ปี (ปีพ.ศ.2551-2561) จากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงที่ 2.1-2.3

3. ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูลระดับความไวของยุงลายต่อสารที่มีฟอสในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย ย้อนหลัง 10 ปี (ปีพ.ศ.2551-2561) โดยตรวจสอบความถูกต้องของการนับจำนวนตายและการคำนวณอัตราตายของลูกน้ำยุงลายแล้วแปลผลตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก⁽³⁾ ที่ได้กำหนดไว้ว่า

- อัตราตายระหว่างร้อยละ 98-100 หมายถึง ยุงที่มีความไวต่อสารเคมีกำจัดแมลงในระดับสูง

- อัตราตายระหว่างร้อยละ 80-97 หมายถึง ยุงที่มีความไวต่อสารเคมีกำจัดแมลงในระดับปานกลาง

- อัตราตายต่ำกว่า 80 หมายถึง ยุงที่มีความไวต่อสารเคมีกำจัดแมลงในระดับต่ำหรือด้านทานต่อสารเคมีกำจัดแมลง

เวลาดำเนินการ

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระดับความไวของยุงลายต่อสารที่มีฟอสในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย ย้อนหลัง 10 ปี เริ่มตั้งแต่พ.ศ.2551 ถึงพ.ศ.2561 ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกันยายนของทุกปี

สถานที่ทำการศึกษา/เก็บข้อมูล

การรวบรวมระดับความไวของยุงลายต่อสารที่มีฟอส
เพื่อใช้ในการศึกษา

เก็บรวบรวมข้อมูลระดับความไวของ
ยุงลายต่อสารที่มีฟอสในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก
อุดรดิตถ์ ตาก เพชรบูรณ์ และสุโขทัย ย้อนหลัง 10 ปี
เริ่มตั้งแต่พ.ศ.2551 ถึงพ.ศ.256 โดยแต่ละจังหวัดทำ
การทดสอบความไวของยุงลาย ต่อสารที่มีฟอสใน
เขตเทศบาลเมือง 1 จุด และนอกเขตเทศบาลเมือง 1
จุด

วิเคราะห์ข้อมูล

การทดสอบความไวของลูกน้ำยุงลายต่อ
สารที่มีฟอส แปลผลโดยใช้ตามเกณฑ์การประเมิน
ความไวของยุงต่อสารเคมีขององค์การอนามัย ดังนี้

- อัตราตายระหว่างร้อยละ 98-100 หมายถึง
มีความไวต่อสารเคมีระดับสูง

- อัตราตายระหว่างร้อยละ 80-97 หมายถึง
มีความไวต่อสารเคมีระดับปานกลาง

- อัตราตายน้อยกว่า 80 หมายถึง มีความไว
ต่อสารเคมีระดับต่ำ (หรือต้านต่อสารเคมีกำจัดแมลง)
ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ผล

1. อัตราตายของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอส ที่ระดับ
ความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร (ในเขตเทศบาล)

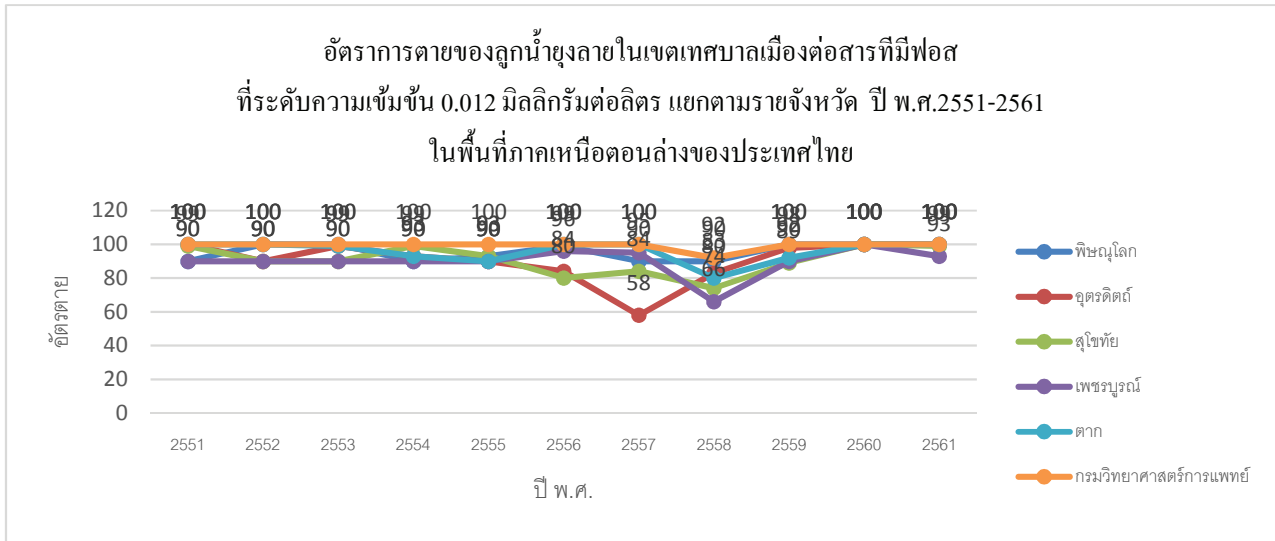
สารที่มีฟอสที่ระดับความเข้มข้น 0.012
มิลลิกรัมต่อลิตร ซึ่งเป็น diagnostic concentration
สำหรับการเฝ้าระวังความไวของแมลงพาหะนำโรค
ต่อสารเคมีขององค์การอนามัยโลก โดยตั้งแต่ปี พ.ศ.
2551-2561 ลูกน้ำยุงลายในเขตเทศบาลเมืองของ
ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย มีระดับความไว
ต่อสารเคมีอยู่ในระดับต่ำถึงระดับสูง คือ อัตราตาย
ระหว่างร้อยละ 58-100 โดยในเขตเทศบาลเมือง
จังหวัดพิษณุโลกมีอัตราตายระหว่างร้อยละ 90-100
จังหวัดตากมีอัตราตายระหว่างร้อยละ 80-100
จังหวัดสุโขทัยมีอัตราตายระหว่างร้อยละ 74-100
จังหวัดเพชรบูรณ์มีอัตราตายระหว่างร้อยละ 66-100
และจังหวัดอุดรดิตถ์มีอัตราตายระหว่างร้อยละ 58-
100 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการตายของลูกน้ำยุงลายในเขตเทศบาลเมืองต่อสารที่มีฟอส ที่ระดับความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร แยกตามรายจังหวัด ปี พ.ศ.2551-2561 ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

จังหวัด	จำนวน ลูกน้ำ ทดสอบ (ตัว)	อัตราการตาย (%) ของลูกน้ำยุงลายที่ระดับความเข้มข้นของสารที่มีฟอส ที่ความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร										
		ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
พิษณุโลก	100	90	100	100	90	93	99	90	90	100	100	100
อุดรดิตถ์	100	100	90	99	93	90	84	58	83	98	100	100
สุโขทัย	100	99	90	90	99	93	80	84	74	89	100	99
เพชรบูรณ์	100	90	90	90	90	90	96	95	66	90	100	93
ตาก	100	100	100	99	93	90	100	100	80	92	100	100
กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์	100	100	100	100	100	100	100	100	92	100	100	100

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความไวของลูกน้ำยุงลายในเขตเทศบาลเมืองที่สารที่มีฟอส ที่ระดับความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร แยกตามรายจังหวัด ปี พ.ศ.2551-2561 ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

จังหวัด	จำนวน ลูกน้ำ ทดสอบ (ตัว)	ระดับความไวของลูกน้ำยุงลายที่ระดับความเข้มข้นของสารที่มีฟอส ที่ความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อ ลิตร										
		ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
พิษณุโลก	100	ปาน กลาง	สูง	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	สูง	สูง
อุดรดิตถ์	100	สูง	ปานกลาง	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปาน กลาง	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูง	สูง
สุโขทัย	100	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	ปานกลาง	ปาน กลาง	ปานกลาง	ต่ำ	ปาน กลาง	สูง	สูง
เพชรบูรณ์	100	ปาน กลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปาน กลาง	ปานกลาง	ต่ำ	ปาน กลาง	สูง	ปาน กลาง
ตาก	100	สูง	สูง	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	สูง	สูง	ปานกลาง	ปาน กลาง	สูง	สูง
กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์	100	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง	ปานกลาง	สูง	สูง	สูง



ภาพที่ 1 อัตราการตายของลูกน้ำยุงลายในเขตเทศบาลเมืองต่อสารที่มีฟอสที่ระดับความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร แยกตามรายจังหวัด ปี พ.ศ.2551-2561 ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

2. อัตราตายของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอส ที่ระดับความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร (นอกเขตเทศบาล)

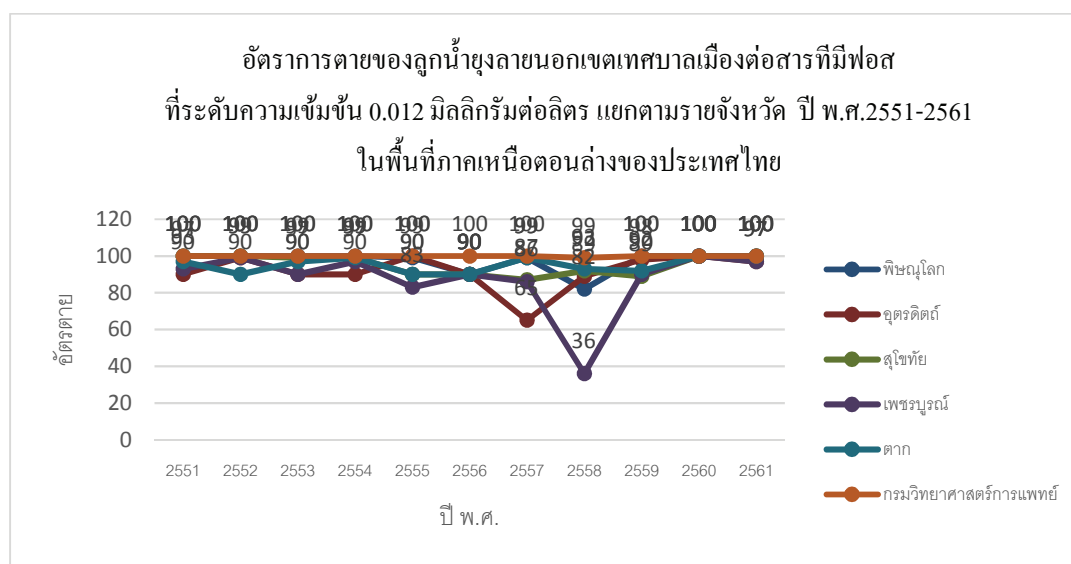
ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551-2561 ลูกน้ำยุงลายนอกเขตเทศบาลเมืองของภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย มีระดับความไวต่อสารเคมีอยู่ในระดับต่ำถึงระดับสูง คือ อัตราตายระหว่างร้อยละ 36-100 โดยในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดตากมีอัตราตายระหว่างร้อยละ 90-100 จังหวัดสุโขทัยมีอัตราตายระหว่างร้อยละ 87-100 จังหวัดพิษณุโลกมีอัตราตายระหว่างร้อยละ 82-100 จังหวัดอุตรดิตถ์มีอัตราตายระหว่างร้อยละ 65-100 และจังหวัดเพชรบูรณ์มีอัตราตายระหว่างร้อยละ 36-100 (ตารางที่2)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการตายของลูกน้ำยุงลายนอกเขตเทศบาลเมืองต่อสารที่มีฟอส ที่ระดับความเข้มข้น 0.012มิลลิกรัมต่อลิตร แยกตามรายจังหวัด ปีพ.ศ.2551-2561 ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

จังหวัด	จำนวน ลูกน้ำ ทดสอบ (ตัว)	อัตราการตาย (%) ของลูกน้ำยุงลายที่ระดับความเข้มข้นของสารที่มีฟอส ที่ความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร										
		ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
พิษณุโลก	100	100	100	100	100	99	90	99	82	100	100	100
อุตรดิตถ์	100	90	99	90	90	100	90	65	89	98	100	97
สุโขทัย	100	100	100	99	99	90	90	87	92	89	100	100
เพชรบูรณ์	100	93	99	90	97	83	90	86	36	90	100	97
ตาก	100	97	90	97	99	90	90	99	93	92	100	100
กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์	100	100	100	100	100	100	100	100	99	100	100	100

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการตายของลูกน้ำยุงลายนอกเขตเทศบาลเมืองต่อสารที่มีฟอส ที่ระดับความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร แยกตามรายจังหวัด ปีพ.ศ.2551-2561 ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

จังหวัด	จำนวน ลูกน้ำ ทดสอบ (ตัว)	ระดับความไวของลูกน้ำยุงลายที่ระดับความเข้มข้นของสารที่มีฟอส ที่ความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร										
		ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
พิษณุโลก	100	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง	ปาน กลาง	สูง	ปาน กลาง	สูง	สูง	สูง
อุดรดิตถ์	100	ปาน กลาง	สูง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	สูง	ปาน กลาง	ต่ำ	ปาน กลาง	สูง	สูง	ปาน กลาง
สุโขทัย	100	สูง	สูง	สูง	สูง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	สูง	สูง
เพชรบูรณ์	100	ปาน กลาง	สูง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	ต่ำ	ปาน กลาง	สูง	ปาน กลาง
ตาก	100	ปาน กลาง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	สูง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	สูง	ปาน กลาง	ปาน กลาง	สูง	สูง
กรม วิทยาศาสตร์ การแพทย์	100	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง	สูง



ภาพที่ 2 อัตราการตายของลูกน้ำยุงลายนอกเขตเทศบาลเมืองต่อสารที่มีฟอสที่ระดับความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร แยกตามรายจังหวัด ปี พ.ศ.2551-2561 ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

วิจารณ์ สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

วิจารณ์ผลการศึกษา

การทดสอบความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอส
ที่ระดับความเข้มข้น 0.012 มิลลิกรัมต่อลิตร

สารที่มีฟอสที่ระดับความเข้มข้น 0.012
มิลลิกรัมต่อลิตร ซึ่งเป็น diagnostic concentration
สำหรับการเฝ้าระวังความไวของแมลงพาหะนำโรค
ต่อสารเคมีขององค์การอนามัยโลก โดยตั้งแต่ปี
พ.ศ.2551-2561 ลูกน้ำยุงลายในและนอกเขตเทศบาล
เมืองของภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย มีระดับ
ความไวต่อสารเคมี อยู่ในระดับต่ำถึงระดับสูง โดยใน
เขตเทศบาลเมืองจังหวัดพิษณุโลกมีระดับความไวต่อ
สารเคมีอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับสูง จังหวัด
อุดรดิตถ์มีระดับความไวต่อสารเคมีอยู่ในระดับต่ำถึง
ระดับสูง จังหวัดสุโขทัยมีระดับความไวต่อสารเคมี
อยู่ในระดับต่ำถึงระดับสูง จังหวัดเพชรบูรณ์มีระดับ
ความไวต่อสารเคมีอยู่ในระดับต่ำถึงระดับสูง และ
จังหวัดตากมีระดับความไวต่อสารเคมีอยู่ในระดับ
ปานกลางถึงระดับสูง

สำหรับลูกน้ำยุงลายนอกเขตเทศบาลเมือง
จังหวัดพิษณุโลกมีระดับความไวต่อสารเคมีอยู่ใน
ระดับปานกลางถึงระดับสูง จังหวัดอุดรดิตถ์มีระดับ
ความไวต่อสารเคมีอยู่ในระดับต่ำถึงระดับสูง จังหวัด
สุโขทัยมีระดับความไวต่อสารเคมีอยู่ในระดับปาน
กลางถึงระดับสูง จังหวัดเพชรบูรณ์มีระดับความไว
ต่อสารเคมีอยู่ในระดับต่ำถึงระดับสูง และ จังหวัด

ตากมีระดับความไวต่อสารเคมีอยู่ในระดับปานกลาง
ถึงระดับสูง

โดยในปี พ.ศ.2557-2558 ลูกน้ำยุงลายใน
และนอกเขตเทศบาลเมืองของภาคเหนือตอนล่างของ
ประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัดอุดรดิตถ์ จังหวัด
สุโขทัย และจังหวัดเพชรบูรณ์ มีอัตราการตายต่ำ และ
มีความไวในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะอาจเกิดจากกลุ่ม
ตัวอย่าง ที่ในแต่ละพื้นที่ เก็บตัวอย่างของลูกน้ำยุงลาย
คนละสถานที่ และในปี พ.ศ.2557 - 2558 สารเคมีที่
ใช้ทดสอบมีจำนวนจำกัด ทำให้ต้องหมุนเวียนการใช้
หรืออาจเก็บรักษาไม่ดี หรืออาจเกิดเทคนิคการเจือ
จางสารเคมีมีปัญหา ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาหลายๆ
อย่างรวมกัน น่าจะเป็นการคลาดเคลื่อนในการ
ทดสอบแต่ละกระบวนการในปีดังกล่าว

สำหรับในปี พ.ศ.25560 - 2561 ลูกน้ำยุงลาย
ในและนอกเขตเทศบาลเมืองของภาคเหนือตอนล่าง
ของประเทศไทย มีอัตราการตายสูง และมีความไวใน
ระดับสูง อาจเป็นเพราะในปีพ.ศ.2559 สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ได้ทำ
หนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ระมัดระวังการใส่ทรายที่มี
ฟอสในอัตราส่วนที่เหมาะสม ในภาชนะขังน้ำใน
พื้นที่ เพราะพบการต้านทานของลูกน้ำยุงลายต่อสาร
ที่มีฟอสในปี พ.ศ.2557-2558 อาจทำให้หน่วยงาน
ดังกล่าวมีการดำเนินงานการใส่ทรายที่มีฟอสใน
อัตราส่วนที่ถูกต้อง

สรุปได้ว่า ลูกน้ำยุงลายในเขตเทศบาล
น่าจะมีพัฒนาการความต้านทานต่อสารที่มีฟอสเฟตเร็ว
กว่าและมากกว่าลูกน้ำยุงลายนอกเขตเทศบาล

สรุปข้อเสนอแนะหลังบทสรุป

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ ทำการสังเคราะห์
ข้อมูลการทดสอบความไวต่อสารที่มีฟอสเฟตของลูกน้ำ
ยุงลายบ้านระหว่างปี พ.ศ. 2551-2561 ที่ดำเนินการ
ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย คือ
จังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย เพชรบูรณ์ และ
ตาก ทั้งในเขตเทศบาลเมืองและนอกเขตเทศบาลเมือง
ผลการศึกษา ในปี พ.ศ.2561 พบว่า อัตราการตายของ
ลูกน้ำยุงลายไม่สัมพันธ์กับพื้นที่ศึกษา หรืออาจกล่าว
ได้ว่า ลูกน้ำยุงลายในเขตเทศบาลเมืองและนอกเขต
เทศบาลเมืองตายไม่แตกต่างกัน แล้วจากการศึกษา
ระดับความไว พบว่าลูกน้ำยุงลายใน 5 จังหวัดของ
ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ทั้งในเขต
เทศบาลเมืองและนอกเขตเทศบาลเมือง มีการ
พัฒนาการต้านทานต่อสารที่มีฟอสเฟตในระดับสูง แต่มี
แนวโน้มการพัฒนาการต้านทานต่อสารที่มีฟอสเฟต
เพิ่มขึ้น โดยแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่จังหวัด ซึ่ง
การพัฒนาการต้านทานต่อสารที่มีฟอสเฟตเป็นสิ่งที่
เกิดขึ้นได้เสมอ หากมีการใช้สารที่มีฟอสเฟตอย่าง
ต่อเนื่องในพื้นที่ โดยเฉพาะสารที่มีฟอสเฟตที่ใช้ในทราย
กำจัดลูกน้ำนั้น ถูกลำบากใช้ในการควบคุมโรค
ใช้เลือดออกในประเทศไทยมานานมากกว่า 50 ปี

สรุปได้ว่า ลูกน้ำยุงลายในเขตเทศบาลเมือง
และนอกเขตเทศบาลเมืองในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง
ของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2561 มีความไวต่อสารที่มี
ฟอสเฟตในระดับสูง มีเพียงลูกน้ำยุงลายในเขตเทศบาล
เมืองและนอกเขตเทศบาลเมืองในพื้นที่ของจังหวัด
เพชรบูรณ์ ที่มีความไวต่อสารที่มีฟอสเฟตในระดับปาน
กลาง มีการพัฒนาการต้านทานต่อสารกำจัดลูกน้ำ
ที่มีฟอสเฟต อาจเนื่องมาจากสารที่มีฟอสเฟตมีการนำมาใช้
กำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นเวลานาน และการใส่ทรายที่มี
ฟอสเฟตในภาชนะขังน้ำในอัตราส่วนที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น
มีโอกาสดังกล่าวที่ลูกน้ำยุงลายได้รับสารที่มีฟอสเฟตในขนาดที่
ไม่เหมาะสม อาจทำให้ลูกน้ำยุงลายมีการพัฒนาให้
ต้านทานต่อสารเคมีชนิดนี้ได้ เนื่องจากปัจจุบันมีการ
ใช้สารที่มีฟอสเฟตหลากหลายชนิด ในการควบคุมการ
ระบาดของไข้เลือดออก จึงควรมีการทดสอบความไว
ของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอสเฟต ความเข้มข้นต่างๆ
ให้มากขึ้น และมีการทดสอบอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ
เพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของระดับความไวและ
ระดับความต้านทานของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอสเฟต
นำไปใช้เป็นข้อมูลในการศึกษากลไกการสร้างความ
ต้านทานต่อสารเคมี และนำข้อมูลมาใช้ตัดสินใจ
เลือกใช้สารเคมีในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย และเป็น
ข้อมูลที่ใช้แนะนำหน่วยงานที่จัดซื้อสารเคมีในการ
กำจัดแมลง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
โรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทำการติดตามความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอส และทำการทดสอบซ้ำในพื้นที่เดิม เมื่อพบว่าความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอสลดลงหรือเกิดการต้านทาน เนื่องจากอาจเกิดความคลาดเคลื่อน ในการทดสอบ แต่ละกระบวนการในปีดังกล่าว

2. ควรมีศึกษาและตรวจสอบกลไกการสร้างควมต้านทานต่อสารที่มีฟอสของลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ซึ่งจะเป็ข้อมูลทีบอกว่าลูกน้ำยุงลายสร้างควมต้านทานและกลไกการสร้างควมต้านทานเป็นอย่างไร เพื่อนำมาใช้เลือกสารเคมีทีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างออกไป และมีประสิทธิภาพสูงสุคในการควบคุมลูกน้ำยุงลายต่อไป

3. การใช้ทรายที่มีฟอสกำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นเพียงมาตรการหนึ่งเท่านั้นทีนำไปใช้เพื่อควบคุมการแพร่เชื้อลดการระบาดของไข้เลือดออก ยังมีมาตรการด้านอื่นอีกทีสามารถนำมาใช้ร่วมกันเพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น การใช้วิธีทางชีวภาพทางกายภาพ และวิธีทางด้านสังคมจิตวิทยาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ควรนำมาตรการอื่นมาใช้ควบคู่หรือใช้การควบคุมแบบผสมผสาน เพื่อชะลอการต้านทานต่อที่มีฟอสในพื้นที่ทีลูกน้ำยุงลาย ยังมีความไวต่อสารเคมี

เอกสารอ้างอิง

1. สิวิกา แสงธาราทิพย์. ระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออก. ใน:สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก. โรคไข้เลือดออก ฉบับประกิยรณก กรุงเทพมหานคร :ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545. หน้า11-6.
2. สมศักดิ์ วสาการวะ. สารเคมีกำจัดแมลง. ใน:สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก. โรคไข้เลือดออก ฉบับประกิยรณก. 2545. กรุงเทพมหานคร :ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545. หน้า 89-98.
3. World Health Organization. 1997. Insecticides resistance in mosquito vector of disease. Report of a region working group meeting, Salatiga (Indonesia), 5-8 August New Delhi: World Health Organization regional office for south east Asia; 1998.
4. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. ไข้เลือดออก. รายงานประจำปี 2556. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2556.
5. สมบูรณ์ เถาว์พันธ์, กองแก้ว ยะอุป. การศึกษาประสิทธิภาพทรายเคลือบที่มีฟอส 2% ในภาชนะชงน้ำทีมีการใช้น้ำหมุนเวียนในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลาย. วารสารมาลาเรีย. 2544;36:8-12.

6. วาสนา สอนเพ็ง, มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล, ปารณีย์ เคนกุล. การศึกษาความต้านทานของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่7จังหวัดอุบลราชธานี 2550;5:13-9.
7. กิตติภรณ์ มานูจำ, สุพร สาระกุล, อวยชัย แว่นแก้ว, สมชาย ปรีชาชาญ, ชาติชาย เจริญเสียง. การเฝ้าระวังความไวของยุงลายตัวเต็มวัยและลูกน้ำ (*Aedes aegypti* Linn.) ต่อสารเคมีกำจัดแมลง. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์. 2551;2:24-34.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่างในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน

วาสนา อธิรเสนา พ.บ.

โรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (case- control study) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่างในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในโรงพยาบาลชุมชนโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและสอบถามเพิ่มเติมในผู้ดูแลเด็ก 0-5 ปี ที่มารับบริการโรงพยาบาลนาหม่อมระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562- 30 กันยายน 2562 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง คือเด็กที่มาด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง 88 คน กลุ่มควบคุม คือเด็กที่มา รับวัคซีนหรือรับบริการด้วยโรคอื่น 90 คนวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่(Frequency) ร้อยละ (Percentage)วิเคราะห์เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของเด็กและผู้ดูแลกับการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ด้วย chi squared, Odds ratio 95% confidence interval ผลการศึกษา พบว่า เด็กอายุเฉลี่ยน้อยกว่า 4 ปีมีอัตราการเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่าเด็กอายุ 4 ปีขึ้นไป ($P < .05$) และเด็กมีโรคประจำตัวหืดมีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง มากกว่าเด็กที่ไม่มีโรคประจำตัว($OR = 14.8, 95\%CI = 5.01-44.2$) ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแลพบว่า เด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวสูบบุหรี่มีโอกาสที่จะเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่าเด็กที่คนในครอบครัวไม่ได้สูบบุหรี่ ($OR=3.263, 95\% CI =0.93-3.24$)

คำสำคัญ : การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ผู้ดูแล เด็ก 0-5 ปี

Factor associated Acute Lower Respiratory Infection in children in Community Hospital

Wasana Achirasena MD.

Namom Hospital, Songkhla Province

Abstract

This case control research aims to study the factors related to Acute Lower Respiratory Infection among the children who are less than five years old in community hospitals. Data were collected from each hospital registration unit while the children below 5 years and their caregiver who received Namom hospital service from 1st January 2019 to 30th September 2019 were interviewed. The sample groups were divided into an experimental 88 children with Acute lower respiratory infection and a control group of 90 children who visited the hospital for other treatments. The descriptive statistics – frequency distribution, percentages – was used to analyze the data. The analysis focused on comparing the relationship between the children's and their caregiver information to the children's acute lower respiratory infection by using chi squared, odds ratio 95% confidence interval. Based on the research, it was found that the children who were less than four years old more highly risked to the infection than the ones who were four years and up ($P < .05$). The children who had asthma had more risk to the infection ($OR = 14.8$, 95% $CI = 5.01 - 44.2$). In terms of the factor from the guardians, it was found that the children who lived with the family of smokers risked to the infection more than the children who lived with the family of non-smokers ($OR = 3.263$, 95% $CI = 0.93 - 3.24$).

Keywords: Lower Respiratory Infection, Caregiver, Children below 5 years

1. บทนำ

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (Acute respiratory infection) เป็นโรคที่พบบ่อยทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว และเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีมีอัตราป่วยและอัตราตายสูงสุด ประเมินการจาก WHO ว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลกเสียชีวิตจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันมากกว่าร้อยละ 20 ในปี ค.ศ. 2009^{1,2} และในปี 2012 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจถึง 935,000 คน ซึ่งสูงถึงร้อยละ 15 ของการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก³ และในปี 2015 มีอัตราการการเสียชีวิตของเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีจำนวน 704,000 คน⁴ โรคปอดอักเสบยังคงเป็นสาเหตุการติดเชื้อสูงสุดของการเสียชีวิตในหมู่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทำให้เด็กเสียชีวิตประมาณ 2,400 คนต่อวัน⁴ แม้ในปัจจุบันอัตราตายจากโรคปอดอักเสบได้ลดลงอย่างรวดเร็วในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ในประเทศกำลังพัฒนา อัตราการตายยังลดลงช้ามากในกานาทั้งท้องเสียและการติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ได้รับการระบุว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทารก และเป็นสามอันดับโรคแรกของการเจ็บป่วยและการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี⁵ ในประเทศไทยโรคปอดอักเสบเป็นโรคที่มีอัตราการตายเป็นอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากรายงานการป่วยพ.ศ. 2555 การกีดกันข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและ

ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่างเป็นการเจ็บป่วยลำดับต้นๆในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และจากรายงานการเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบของประเทศไทย พบว่าเป็นผู้ป่วยเด็กต่ำกว่า 5 ปีถึงร้อยละ 59.04 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในปีพ.ศ. 2556 โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุการตายร้อยละ 52 ของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งอัตราการตายจากโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ก็ลดลงอย่างช้าจาก 15/100000 ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 9.6/100,000 ในปี พ.ศ. 2557⁶ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ไทยโรงพยาบาลนาหม่อม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ซึ่งโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กก็เป็นโรคติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดของโรคในเด็กที่มาับการรักษาที่โรงพยาบาล และโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งได้แก่ pneumonia , acute bronchitis และ acute bronchiolitis พบว่าเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของเข้ารับการรักษาตัวภายในโรงพยาบาลนาหม่อมของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 35 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เข้ารับการรักษาภายในรพ.นาหม่อม ปี 2562 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในปี 2559 , 2560, 2561 และ 2562 มีจำนวน 48 , 95, 124 และ 136 ราย⁷ ซึ่งปรากฏว่าเพิ่มมากถึง 3 เท่าตัวในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา และพบเป็นสาเหตุหลักในการเกิดทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีของรพ.นาหม่อม

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีในพื้นที่อำเภอนาหม่อมซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำมาปรับปรุงพัฒนาการบริการในโรงพยาบาลต่อไป

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กกับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจส่วนล่าง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กกับการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

1.2 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม (Case control study) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ได้รับการรักษาที่รพ.นาหม่อม จ.สงขลา โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนในระบบ Hos.xp. ของโรงพยาบาลนาหม่อม และแบบสอบถามผู้ดูแลเด็ก โดยผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นมารดาหรือผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 2 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มเด็กที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนาหม่อมระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 30 กันยายน 2562 ด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (; J200-J209) หลอมลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน (J210-J219) และโรคปอด

อักเสบ(J180- J189) มีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 163 คน (Case)

2. กลุ่มเด็กที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนา

หม่อมมีประชากรจำนวนทั้งสิ้น 288 คน (Control)

2. วิธีการวิจัย

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม (case control study) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลย้อนหลัง(Retrospective) ประชากรคือ เด็กและผู้ดูแลเด็ก ที่เข้ารับการรักษารพ.นาหม่อมระหว่าง 1 มกราคม-30 กันยายน 2562 จำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้ โปรแกรมในแอปพลิเคชัน n4studies⁸ ที่กำหนดอำนาจ การทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ระดับ นัยสำคัญที่ .05 ค่าเฉลี่ยกลุ่ม 1 เท่ากับ 8.89 (S.D.=.91) ค่าเฉลี่ยกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 9.775 (S.D.=1.17) ทำให้ได้ตัวอย่างกลุ่มละประมาณ 70 ราย ได้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 178 คน เลือกทั้งหมดได้เป็นกลุ่มศึกษา(case) 88 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ (control) 90 คน

2.2 วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการผู้วิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.2.1 ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลา เพื่อเข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในโปรแกรม Hos.xp ข้อมูลที่นำมาศึกษา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของเด็ก คือ อายุ เพศ โรคประจำตัว ประวัติการ

คลอดและการรับวัคซีน และปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก รายได้ การสูบบุหรี่ การเผาขยะรอบบ้าน

2.2.2 นำข้อมูลจากเวชระเบียนที่ได้มาตรวจสอบขั้นต้น โดยทำการตรวจสอบข้อมูลตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแลด้วย ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive research) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างข้อมูลพื้นฐานของเด็กและผู้ดูแลด้วย chi squared, Odds ratio 95% confidence interval การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาเมื่อ 18 ธันวาคม 2562 หมายเลขรับรอง 5/2563

3.ผลการวิจัย

3.1 ปัจจัยด้านผู้ดูแล

ปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็ก พบว่าผู้ดูแลเด็กมีอายุเฉลี่ย คือ 34 ปีส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาซึ่งไม่แตกต่าง

กันในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ ($p > .05$) รายได้ของครัวเรือน กลุ่มศึกษามีรายได้มากกว่า 10,000 บาท 43 คน (24.2) น้อยกว่า 10,000 บาท 45 คน (25.3) กลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้มากกว่า 10,000 บาท 46 คน (25.8) น้อยกว่า 10,000 บาท 44 คน (24.7) ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) การศึกษาของผู้ดูแลเด็ก กลุ่มศึกษามีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 61 คน (37.6) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 21 คน (11.8) กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 59 คน (33.1) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 31 คน (17.4) ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) การสูบบุหรี่ของคนในบ้าน กลุ่มศึกษาการสูบบุหรี่ของคนในบ้าน 62 คน (34.8) ไม่มีการสูบบุหรี่ของคนในบ้าน 26 คน (14.6) กลุ่มเปรียบเทียบมีการสูบบุหรี่ของคนในบ้าน 38 คน (21.3) ไม่มีการสูบบุหรี่ของคนในบ้าน 52 คน (29.2) ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 1 ปัจจัยด้านผู้ดูแลการเผาขยะบริเวณรอบบ้าน กลุ่มศึกษาที่มีการเผาขยะรอบบริเวณบ้าน 57 คน(32) ไม่มีการเผาขยะรอบบ้าน 31 คน (17.4) กลุ่ม เปรียบเทียบมีการเผาขยะรอบบริเวณบ้าน 47 คน (26.4) ไม่มีการเผาขยะรอบบ้าน 43 คน (24.2) ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ปัจจัย		Case (%) (n = 88)	Control (%) (n = 90)	P value
อายุเฉลี่ย(mean)		34.6	34.8	.706
1.ความเกี่ยวข้องกับเด็ก	- บิดา/มารดา	71(39.9)	79(44.4)	.137
	- ไม่ใช่บิดา/มารดา	17(9.6)	11(6.2)	
2. รายได้ของครัวเรือน	- ต่ำกว่า 10,000 บาท	45(25.3)	44(24.7)	.440
	- 10,000 บาทขึ้นไป	43(24.2)	46(25.8)	
3.การศึกษา	- ต่ำกว่าปริญญาตรี	67(37.6)	59(33.1)	.082
	- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	21(11.8)	31(17.4)	
4.การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว	- สูบ	62(34.8)	38(21.3)	.0001
	- ไม่สูบ	26(14.6)	52(29.2)	
5.การเผาขยะบริเวณรอบบ้าน	- มี	57(32)	47(26.4)	.061
	- ไม่มี	31(17.4)	43(24.2)	

* $P < .05$

3.1 ปัจจัยด้านเด็ก

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 178 คน แบ่งเป็นเพศชาย 84 คน(47.19) เพศหญิง 94 คน (52.8)โดยกลุ่มศึกษามีเพศชายทั้งหมด 42 คน(23.6) เพศหญิง 42 คน (23.6) กลุ่มเปรียบเทียบมีเพศชายทั้งหมด 46 คน (25.8) เพศหญิง 48 คน(27) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($p > .05$) อายุเฉลี่ย กลุ่มศึกษา 3.4 ปี กลุ่มเปรียบเทียบ 4 ปี มีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$) ประวัติการคลอด กลุ่มศึกษา คลอดปกติ 58 คน (32.6) คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 65 คน(16.9)กลุ่ม

เปรียบเทียบ คลอดปกติ 65 คน (36.5) คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 25 คน(14.0)ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($p > .05$) น้ำหนักแรกคลอด กลุ่มศึกษา น้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม 18 คน (10.1) น้อยกว่า 2,500 กรัม 70 คน(39.3)

กลุ่มเปรียบเทียบ น้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 2,500 กรัม 10 คน(5.6) น้อยกว่า 2,500 กรัม 80 คน (44.9) ซึ่งพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($p > .05$) ประวัติการกินนมแม่อย่างเดียวนาน 4 เดือน กลุ่มศึกษามีประวัติการกินนมแม่อย่างเดียวนาน 4 เดือน 51 คน (28.7)

และ ไม่ได้กินนมแม่อย่างเดียวน 37 คน (20.8) กลุ่มเปรียบเทียบมีประวัติการกินนมแม่อย่างเดียวน 4 เดือน 55 คน(30.9) และ ไม่ได้กินนมแม่อย่างเดียวน 35 คน (19.7) ซึ่งพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($p>.05$) ประวัติโรคประจำตัวหอบหืด กลุ่มศึกษามีประวัติโรคประจำตัวหอบหืด 36 คน(20.2) และไม่มีโรคประจำตัว 52 คน(29.6) กลุ่มเปรียบเทียบมีประวัติโรคประจำตัวหอบหืด 4 คน(2.2) และไม่มีโรคประจำตัว 86 คน(48.3) พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ประวัติการรับวัคซีนครบตามเกณฑ์ กลุ่มศึกษาได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ 86 คน (48.3) ไม่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ 2 คน(1.1) กลุ่มเปรียบเทียบได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ 89 คน(50)

ไม่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ 1 คน(0.6) ซึ่งพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ประวัติการรับวัคซีนไขหวัดใหญ่ กลุ่มศึกษาได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ 37 คน(20.8) ไม่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ 51 คน(28.7) กลุ่มเปรียบเทียบได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ 40 คน (22.5) ไม่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ 50 คน(28.1) พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($p>.05$) ประวัติการรับวัคซีน IPD กลุ่มศึกษาได้รับวัคซีน IPD 30 คน(16.9) ไม่ได้รับวัคซีน IPD 58 คน(32.6) กลุ่มเปรียบเทียบได้รับวัคซีนIPD 39 คน(21.9) ไม่ได้รับวัคซีนIPD 51 คน(28.7) ซึ่งพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($p>.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านเด็ก

ปัจจัย		Case (%) (n= 88)	Control(%) (n= 90)	P value
1.เพศ	- ชาย	42(23.6)	42(23.6)	.887
	- หญิง	46(25.8)	48(27)	
2. อายุเฉลี่ย (mean)		3.4	4	.001
3.ประวัติการคลอด	- คลอดปกติ	58(32.6)	65(36.5)	.362
	- ผ่าตัดคลอด	30(16.9)	25(14.0)	
4.น้ำหนักแรกคลอด	- น้อยกว่า 2,500 กรัม	18(10.1)	10(5.6)	.087
	- มากกว่า 2,500 กรัม	70(39.3)	80(44.9)	
5.กินนมแม่อย่างเดียวน 4 เดือน	- ใช่	51(28.7)	55(30.9)	.668
	- ไม่ใช่	37(20.8)	35(19.7)	
6.ประวัติหอบหืด	- ใช่	36(20.2)	4(2.2)	.000
	- ไม่ใช่	52(29.2)	86(48.3)	
ปัจจัย		Case (%) (n=88)	Control (%) (n=90)	P value
7. ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์	- ใช่	86(48.3)	89(50.0)	.547
	- ไม่ใช่	2(1.1)	1(0.6)	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	Case (%) (n= 88)	Control (%) (n= 90)	P value
8. ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ประจำปี - ใช่	37(20.8)	40(22.5)	
-ไม่ใช่	51(28.7)	50(28.1)	.747
9. ได้รับวัคซีนนิวโมคอคคัส(IPD) - ใช่	30(16.9)	39(21.9)	
-ไม่ใช่	58(32.6)	51(28.7)	.206

$P < .05$

ดังนั้นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่

- 1.อายุเฉลี่ยของเด็ก น้อยกว่า 4 ปี
- 2.ประวัติโรคประจำตัวหอบหืดของเด็ก
- 3.ประวัติการสูบบุหรี่ของคนในบ้าน

อายุเฉลี่ยของเด็ก น้อยกว่า 4 ปีมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่าเด็กอายุ 4 ปี ขึ้นไปเมื่อนำมาคำนวณค่า Odds ratio พบว่า เด็กประวัติการสูบบุหรี่ของคนในบ้านมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่าเด็กที่ไม่มีผู้สูบบุหรี่ในบ้าน 3 เท่า($OR=3.263$ 95% $CI=0.93-3.24$) เด็กที่มีโรคประจำตัวหอบหืดมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่าเด็กที่ไม่มีโรคประจำตัว 14 เท่า($OR=14.88$ 95% $CI=5.01-44.2$)

4.วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็ก 0-5 ปี ในอำเภอนาหม่อมพบว่าเด็กที่อายุน้อยกว่า 4 ปี มีโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

ส่วนล่างมากกว่าเด็กอายุ 4 ปีขึ้นไปสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้าน สังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมต่อการเกิดภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในรายวันคาซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คือ ช่วงอายุของเด็ก และการศึกษาปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ ALRI ที่รุนแรงตามลำดับได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดน้อย, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่าปกติ, สภาพครอบครัวมีคนอยู่ร่วมกัน มากกว่า 7 คนต่อครัวเรือน การสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ การได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ไม่ครบ การขาดสารอาหารทำให้น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ อายุุน้อยกว่า 2 ปี⁹

ในด้านโรคประจำตัวพบว่า เด็กที่มีโรคประจำตัวหอบหืดมีโอกาสติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่าเด็กที่ไม่มีโรคประจำตัวพบว่าเด็กที่มีการติดเชื้อ HIV อยู่ก่อนมีโอกาสติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่าเด็กที่ไม่มีโรคประจำตัว¹⁰

ส่วนในด้านปัจจัยของผู้ปกครอง พบว่า เด็กที่คนในครอบครัวสูบบุหรี่มีโอกาสที่เด็กจะเกิดโรค

ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่าเด็กที่คนในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของการสูบบุหรี่ของผู้ปกครองต่อการต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจในเด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี พบว่าการสูบบุหรี่ของมารดาเพิ่มความเสี่ยงในการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากความเจ็บป่วยทางเดินหายใจส่วนล่าง นอกจากนี้ความเสี่ยงของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลสำหรับโรคทางเดินหายใจส่วนบนหรือล่าง, โรคระบบหายใจส่วนล่างและหลอดลมฝอยอักเสบเพิ่มขึ้นเมื่อแม่สูบบุหรี่มากกว่า 19 มวนต่อวัน เพราะฉะนั้นการสูบบุหรี่ของผู้ปกครองโดยเฉพาะการสูบบุหรี่ของแม่มีผลต่อสุขภาพของเด็กเพิ่มความเสี่ยงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคทางเดินหายใจในช่วง 2 ปีแรกของชีวิต และการศึกษาในเด็กวัย 6 เดือน ถึง 5 ขวบ จำนวน 240 ราย ที่มีภาวะหอบเฉียบพลันและหายใจมีเสียงวี๊ดหรือโรคหอบหืด พบว่า ในระยะเวลา 1 ปี เด็กกลุ่มดังกล่าว ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลฉุกเฉินซ้ำจากภาวะหอบเฉียบพลันฯ มากถึงร้อยละ 67.5 และที่จำเป็นต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล มีจำนวนร้อยละ 32.3 ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์นำไปสู่การเข้ารับการรักษาฉุกเฉินของเด็ก คือ สภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จากควันบุหรี่ภายในบ้าน โดยมีการสูบบุหรี่ในบ้านมากถึงร้อยละ 45^{11,12}

ในขณะที่ปัจจัยของผู้ดูแลด้านอื่น เช่นการเผาขยะรอบบ้าน ระดับการศึกษา รายได้ของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวในบังคลาเทศ (cross-sectional study) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กต่ำกว่า 5 ปี พบมากขึ้นในครอบครัวยากจน การใช้เชื้อเพลิงชีวมวลที่ทำให้เกิดการอักเสบเฉียบพลันทางเดินหายใจของเด็กต่ำกว่า 5 ปี¹¹

ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กในเรื่องเพศ ประวัติการคลอด ประวัติการได้รับนมแม่ ประวัติการรับวัคซีนไม่มีความแตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันรุนแรงในเด็ก – การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ระบุปัจจัย 36 ปัจจัย การศึกษาพบ 19 ปัจจัยเสี่ยงสำหรับ ALRI และมี 7 ปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ ALRI ที่รุนแรงตามลำดับได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดน้อย, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่าปกติ, สภาพครอบครัวมีคนอยู่ร่วมกัน มากกว่า 7 คนต่อครัวเรือน, การสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ, การได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ไม่ครบ, การขาดสารอาหารทำให้น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ อายุต่ำกว่า 2 ปี และการศึกษา ความชุกเฉพาะเรื่องเพศและแนวโน้มของการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีในไนจีเรียพบว่า ความชุกของอาการที่เกี่ยวข้องกับ ARI ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมีแนวโน้มลดลง จาก 6.7% ในปี 1990 เป็น 11.6% ในปี 1999 จากนั้นเป็น 3.8% ในปี 2013

ในการสำรวจปี 2003 มี ARI ผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิงในกลุ่มที่มีน้ำหนักน้อย และมีลักษณะแคะแกระน ในทำนองเดียวกันการสำรวจในปี 2008 พบว่าเด็กผู้ชาย (5.8%) มากกว่าเด็กผู้หญิง (5.4%)^{13,14}

5.สรุป

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีในพื้นที่อำเภอหนองหุ้มซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและสอบถามเพิ่มเติมในผู้ป่วยเด็ก 0-5 ปีและผู้ดูแล ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลนาหม่อมในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2562-30 กันยายน 2562 ผลการศึกษา พบว่า อายุเฉลี่ยน้อยกว่า 4 ปีมีอัตราการเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่าเด็กอายุ 4 ปีขึ้นไป ($P < .05$) และหากเด็กมีโรคประจำตัวหอบหืดมีโอกาสดเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง มากกว่าเด็กที่ไม่มีโรคประจำตัว ($OR = 14.8$, $95\%CI = 5.01-44.2$) ส่วนในด้านปัจจัยของผู้ปกครองพบว่า เด็กที่อาศัยอยู่ในครอบครัวสูบบุหรี่มีโอกาสดเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่าเด็กที่คนในครอบครัวไม่ได้สูบบุหรี่ ($OR=3.263$, $95\% CI=0.93-3.24$)

6.กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาหม่อม นายแพทย์ปพน ดีไชยเศรษฐ สำหรับความอนุเคราะห์การเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนในการทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้

7. เอกสารอ้างอิง

- 1.สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก.แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด;2562
2. World Health Organization [WHO]. Global Health Observatory data repository: acute lower respiratory infections. [Internet]. Geneva.2009[cited 2019 Sep 20]; Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.CM1002015WORLD->
3. World Health Organization [WHO]. Acute respiratory infections in children. [Internet].2009[cited 2019 Sep 20]; Available from: http://www.who.int/fch/depts/cah/resp_infections/en
4. Whitney CG. Measuring progress on preventing pneumonia deaths: are we there yet? [Internet].2017[cited 2019 Sep 20]; Available from www.thelancet.com/infection
5. Global Burden of Disease [GBD].2015 Eastern Mediterranean Region Lower Respiratory Infections Collaborators. Burden of lower respiratory infections in the Eastern

- Mediterranean Region between 1990 and 2015. *Int. J. Public Health*; 2018.63(1): 97–108
- 6.สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การเจ็บป่วยในเด็กไทย; 2556. [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพมหานคร: [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th>.
7. โปรแกรม Extreme Platform for Hospital Information (Hos Xp) ของรพ.นาหม่อม ปี 2562 Hos xp รพ.นาหม่อม
8. Gerald Van BELLE, L., Belle, G., Heagerty, P. & Lumley, et al. *Biostatistics: A methodology for the health sciences* (2nd ed.) ; 2004. John Wiley & Sons, 723.
9. Harerimana, J., Nyirazinyoye, L., Thomson, D.R. et al. Social, economic and environmental risk factors for acute lower respiratory infections among children under five years of age in Rwanda. *Arch Public Health*; 2016.74(19) doi:10.1186/s13690-016-0132-1
10. Stewart Jackson, Kyle H. Mathews, Dražen Pulanić, Rachel Falconer, Igor Rudan, Harry Campbell, and Harish Nair. Risk factors for severe acute lower respiratory infections in children – a systematic review and meta-analysis. *Croat Med J.*; 2013.54:110-21
11. Pardo Crespo MR, Pérez Iglesias R, Llorca J, Rodrigo Calabia E, Alvarez Granda L, Delgado Rodríguez M. Influence of parental smoking on pediatric hospitalization for respiratory illness among children aged less than 2 years. *An Esp Pediatr*; 2000.53(4):339-45
12. Sanni Yaya and Ghose Bishwajit. Burden of Acute Respiratory Infections Among Under-Five Children in Relation to Household Wealth and Socioeconomic Status in Bangladesh. *Tropical Medicine and Infectious Disease*; 2019.4(36)
13. Stewart Jackson, Kyle H. Mathews, Dražen Pulanić, Rachel Falconer, Igor Rudan, Harry Campbell, and Harish Nair. Risk factors for severe acute lower respiratory infections in children – a systematic review and meta-analysis. *Croat Med J.*; 2013.54:110-21
14. Orimadegun AE, Myer L. Sex-specific prevalence and trends in acute respiratory infection episodes among children less than 5 years in Nigeria. *Niger J Clin Pract.*; 2019 Nov.22(11): 1590-1599. doi: 10.4103/njcp.njcp_34_19

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่าง ๆ กำหนดเผยแพร่ในรอบ 4 เดือน คือ มกราคม- เมษายน, พฤษภาคม- สิงหาคม และ กันยายน-ธันวาคม งานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 จะต้องไม่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น

กองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอ่านให้มีคุณภาพและมีความเหมาะสม ก่อนลงตีพิมพ์ ซึ่งข้อความต่างๆ ที่ผู้เขียนบทความนำเสนอ ถือเป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป ผู้ที่มีความประสงค์ส่งผลงานเพื่อลงตีพิมพ์ ต้องเตรียมผลงานต้นฉบับให้ได้มาตรฐาน ตามข้อกำหนดของประเภทบทความ ดังคำแนะนำต่อไปนี้

1. จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ว่า 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-เม.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์ สัปดาห์แรก ของ เดือน พ.ค.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พ.ค.-ส.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์ สัปดาห์แรก ของ เดือน ก.ย.

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน ก.ย.-ธ.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์ ตีพิมพ์ สัปดาห์แรก ของ เดือน ม.ค.

2. กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายใน เดือน ม.ค. ฉบับที่ 2 ภายใน เดือน พ.ค.ฉบับที่ 3 ภายในเดือน ก.ย.

1.บทความที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 3 ประเภท

นิพนธ์ต้นฉบับ การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 14 หน้าพิมพ์

รายงานการสอบสวนโรค รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงานผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรม

เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 14 หน้าพิมพ์

บทความพื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจเขียน วิเคราะห์หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ทันสมัยไม่เกิน 10 ปี ความยาวไม่เกิน 14 หน้าพิมพ์

2. การจัดส่งบทความต้นฉบับ

1.ส่งบทความต้นฉบับ 1 ฉบับ ที่เว็บไซต์

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs>

2) เรื่องที่รับไว้ บรรณาธิการจะแจ้งตอบรับเบื้องต้น ให้เจ้าของผลงานทราบ

3. ขั้นตอนการส่งบทความ

<http://bit.ly/2uvkSYQ>

4) บรรณาธิการจะจัดส่งบทความกลับคืนเจ้าของผลงานกรณีที่มีการแก้ไข

5) การรับบทความลงตีพิมพ์จะอยู่ในดุลพินิจของกองบรรณาธิการ โดยผลงานที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์จะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง เป็นหนังสือราชการ และเมื่อตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนจะได้รับวารสารฉบับจริง 1 ฉบับหรือเท่าจำนวนผู้เขียนบทความโดยจะส่งให้ผู้เขียนคนแรก ในทางตรงกันข้ามหากผลงานพิจารณาแล้วไม่รับลงตีพิมพ์ จะแจ้งให้ทราบทางe-mail

3. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

การเตรียมบทความ ให้เจ้าของผลงานพิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16 ใน Microsoft Word 97-2003 ขึ้นไป ใส่กระดาษหน้าเดียว ลงบนกระดาษขนาด A4 พิมพ์เนื้อหาแบบสองแถว (2Column) มีเลขกำกับหน้าที่มุมขวาบนทุกหน้า ตั้งขอบกระดาษทุกด้าน 2 เซนติเมตร จำนวนหน้าโดยรวมทั้งหมด ไม่เกิน 14 หน้าตามคำแนะนำเพิ่มเติมดังนี้

ชื่อเรื่อง อ่านเข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 18

ชื่อผู้นิพนธ์และที่อยู่ผู้นิพนธ์ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เขียนชื่อ นามสกุล ด้วยอักษรรูปการศึกษาศงสูงศศ พิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16

บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยชน์ และเป็นร้อยแก้ว ให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดหรือไม่เกิน 250 คำประกอบด้วย บทนำ (ความสำคัญและความเป็นมา) วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

Abstract วิธีการเขียนไวยากรณ์

<https://bit.ly/2IT7Hx1>

บทความนี้ใช้ภาษาอังกฤษ ถูกต้องตามไวยากรณ์ ผู้ส่งบทความสามารถเริ่มต้นการเขียนบทความโดยให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดหรือไม่เกิน 250 คำประกอบด้วย บทนำ/ความสำคัญและความเป็นมา Background information ใช้ present simple tense/present perfect tense วัตถุประสงค์ วัสดุ กลุ่มตัวอย่าง Objectives ใช้ present simple tense/past simple tense วิธีการศึกษา Methodology ใช้ past simple tense ผลการศึกษา Results past simple tense/present simple tense และ บทสรุป หรือ ข้อเสนอแนะ Conclusions (อย่างย่อ) present simple tense/tentative verbs/modal ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทความ ห้ามใส่รูปหรือตารางในส่วนของบทคัดย่อนี้บทความนี้

คำสำคัญ ควรเป็นคำที่สื่อถึงงานวิจัย เพื่อให้ผู้ที่สนใจในบทความสามารถสืบค้น ผลงานวิจัย 3-5 คำ คั่นด้วยจุลภาค (,) เช่น รูปแบบบทความ, ขนาดตัวอักษร, รูปแบบตัวอักษร

บทนำ อธิบายถึงที่มาของปัญหา ทฤษฎี และกรอบแนวคิด การย่อหน้าข้อความทั่วไป เว้นจากเส้นขอบหน้า 1.50 ซม. ในส่วนนี้แบ่งบทความเป็น 2 คอลัมน์

วัสดุ และ วิธีการ ศึกษา อธิบายถึงวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรฐาน หรือวิธีการที่ใช้ ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ผล อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่

ค้นพบ หรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้ อ่านทำความเข้าใจ ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ สามารถเตรียมส่งรูป Postcard สี/ขาว-ดำ 3*5 นิ้ว บันทึกรูปปนามสกุล .JPEG

วิจารณ์/อภิปรายผล (ถ้ามี) ควรเขียนการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด เหมือนหรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะสำคัญและใหม่ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาใน

บทสรุป ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) ข้อจำกัดในการศึกษาและข้อเสนอแนะที่นำผลการไปใช้ประโยชน์หรือสำหรับวิจัยต่อไป

ข้อเสนอแนะหลังบทสรุป ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป ควรสั้นกะทัดรัด

กิตติกรรมประกาศ(ถ้ามี) เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงานหรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1) สำหรับบทความที่ตีพิมพ์กองบรรณาธิการ กำหนดให้ผู้เขียนรวบรวมเอกสารอ้างอิงเฉพาะรายการเอกสารที่ถูกอ้างไว้ในส่วนเนื้อเรื่องเท่านั้น ภายใต้หัวข้อ “เอกสารอ้างอิง” สำหรับบทความภาษาไทย และ “References” สำหรับบทความภาษาอังกฤษ หลักเกณฑ์การเขียนเอกสารอ้างอิง กำหนดให้ผู้เขียนใช้แบบ The Vancouver style 2008

ขึ้นไป และผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง

2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ index medicus <http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng> การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกต้องแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียน เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

คำสำคัญ เขียนเป็นคำหรือวลีสั้นๆ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 3-5 คำ ที่เกี่ยวข้องกับงานของท่านเพื่อเพิ่มคุณค่าทางวิชาการการอ้างอิง (Citation)

4. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

1. บทนำ

การย่อหน้าข้อความทั่วไป เว้นจากเส้นขอบหน้า 1.50 ซม. ในส่วนนี้แบ่งบทความเป็น 2 คอลัมอธิบายความสำคัญของปัญหา ผลการวิจัยจากแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อสรุปมาบ้างแล้ว วัตถุประสงค์สมมุติฐาน(ถ้ามี) และขอบเขตการวิจัย จำนวนไม่เกิน 14 หน้า

2. วิธีการ

ระบุรูปแบบการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

3. ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ผล

อธิบายข้อค้นพบ แปลผลจากการวิเคราะห์ มุ่งเน้นตามวัตถุประสงค์ อาจมีตาราง ภาพประกอบตามความจำเป็น ไม่เกิน 4-6 ตารางหรือภาพ รูปภาพ

ทั้งหมดควรมองเห็นชัดเจนเมื่อบทความถูกพิมพ์ด้วยเครื่องพิมพ์ขาวดำ

1.1 ภาษาให้ใช้ภาษาไทย อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้เฉพาะที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรม ฯ โดยใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นเป็นชื่อเฉพาะที่ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

1.2 ตัวเลข กรณีการเขียนค่าสถิติร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1-2 ตำแหน่ง

1.3 การพิมพ์หัวข้อ
พิมพ์หัวข้อใหญ่ที่นี้

พิมพ์หัวข้อย่อยที่นี้ โดยมีเลขกำกับหัวข้อหรือไม่ก็ได้

หัวข้อย่อย ในกรณีที่หัวข้อย่อยมีเลขกำกับหัวข้อ หัวข้อย่อยให้เริ่มหัวข้อหรือเลขกำกับหัวข้อที่อักษรตัวแรกของหัวข้อย่อย ดังนี้ (เครื่องหมาย ✓ แทนการเว้น 1 ช่วงตัวอักษร)

1. ✓✓

1.1 ✓✓

1.1.1 ✓✓

1.4 ตารางและรูปภาพ ให้พิมพ์รวมในเนื้อหาบทความ และให้มีความสมบูรณ์ในตัว อ่านเข้าใจง่าย ไม่ซ้ำซ้อนหรือมากเกินไปจนความจำเป็น ระบุหมายเลขกำกับ มีชื่อตารางและชื่อรูปภาพ โดยสามารถเชื่อมโยงกับเนื้อหาให้ตรวจสอบได้สะดวก

1.4.1 รูปภาพ

จะต้องวางไว้ตำแหน่งกลางคอลัมน์ หรือในกรณีจำเป็นจริงๆ เพื่อรักษารายละเอียดในภาพอาจยอมให้มีความกว้างได้เต็มหน้ากระดาษ ตัวอักษรทั้งหมดในรูปภาพ จะต้องมีขนาด 16 จุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถอ่านได้สะดวก โดยรูปภาพทุกรูปจะต้องมีหมายเลขแสดงลำดับและคำบรรยายได้ภาพ หมายเลขและคำบรรยายรวมกันแล้วควรจะมีขนาดยาวไม่เกิน 2 บรรทัด ควรจะเว้นบรรทัด 1 บรรทัด เหนือขอบของ

รูปภาพและได้คำอธิบายภาพ ตัวอย่างการจัดวางรูปดังแสดงในรูปที่ 1



ภาพที่ 1 นักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นเข้าร่วมการประชุมวิชาการ

หมายเหตุ: ใส่หมายเหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

กรณีชื่อภาพมีความยาวมากกว่า 1 บรรทัด อักษรตัวแรกในบรรทัดต่อไปให้วางตรงกับอักษรตัวแรกของชื่อภาพส่วนของการแสดงภาพให้เว้นบรรทัด 1.5 จากข้อความส่วนบนและส่วนล่าง

1.4.2 การเขียนสมการ

สมการทุกสมการต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ และเรียงลำดับที่ถูกต้อง ตำแหน่งของหมายเลขสมการต้องอยู่ชิดขอบด้านขวาของคอลัมน์ ดังตัวอย่างนี้

$$a + b = c \quad (1)$$

MERGEFORMAT เริ่มเขียนคำอธิบายตั้งแต่บรรทัดนี้

3.3 การจัดทำตาราง

ตารางควรมีจำนวนไม่เกิน 4-5 ตาราง ทุกตารางจะต้องมีหมายเลข และคำบรรยายกำกับเหนือตาราง และคำอธิบายเพิ่มเติมให้เขียนเป็น footnote ได้ตาราง เช่น

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมายเหตุ: ใส่หมายเหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

โดยปกติให้ใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 pt โดยพิมพ์ตัวหนาสำหรับหัวข้อและหมายเลขของตาราง และตัวพิมพ์ธรรมดาสำหรับคำอธิบายตาราง ถ้ามีข้อมูลฟุตโน้ตด้านล่างของตารางให้ใช้ตัวหนังสือเป็นแบบเดียวกันหากแต่ขนาดตัวอักษรเป็น 16 pt

ในกรณีที่จำนวนข้อมูลในตารางมีปริมาณน้อย ตารางควรมีขนาดความกว้างไม่เกิน 7 ซม. ตารางขนาดใหญ่อาจยอมให้มีความกว้างได้ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ

หากเกิน 1 หน้ากระดาษ ให้ พิมพ์ตารางที่ 1(ต่อ)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หมายเหตุ: ใส่หมายเหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

ใส่ตารางทั้งหมดไว้หลังหัวข้อรูปภาพ โดยทุกตารางที่ใส่ไว้ท้ายบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างในเนื้อหาบทความทุกตาราง

4.วิจารณ์

เขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานหรือไม่ สอดคล้องกับทฤษฎี หรืองานวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ผสมผสานกับข้อเสนอแนะทางวิชาการ

5.สรุป

เขียนสรุปเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาการวิจัย สรุปผลให้ตรงประเด็นตามคำถามวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

6.กิตติกรรมประกาศ

เขียนขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ หน่วยงานที่สนับสนุนทุนวิจัย ด้วยเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน

7.บทสรุป

ผู้เขียนบทความควรตรวจสอบความถูกต้องรอบคอบ ก่อนส่งให้กรรมการพิจารณา จะทำให้บทความของท่านมีคุณภาพสูงและผ่านการพิจารณาได้ง่ายขึ้น

8.กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้ความร่วมมือรักษาระเบียบการเขียนบทความอย่างเคร่งครัด

*** การพิสูจน์อักษร เจ้าของผลงานต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบความถูกต้อง

9. รูปแบบการเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

9.1 การอ้างอิงในเนื้อหา

เอกสารอ้างอิงต้องมีภาษาอังกฤษ(reference) ประกอบ ใช้ระบบThe Vancouver style 2008 ขึ้นไป โปรดอ้างอิงวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลกฉบับก่อนๆในเนื้อหาที่ท่านทำวิจัยอยู่ จักขอบคุณยิ่งเพราะช่วยให้วารสารเป็นที่รู้จักเป็นประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุขไทย และผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บเป็นตัวยก⁽¹⁾ หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของบทความที่อ้างถึง โดยใช้เลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ

สอดคล้องกับลำดับการอ้างอิงท้ายบทความและควรเป็นรายการที่มีการอ้างอิงไว้ในเนื้อหาเท่านั้น

9.2 เอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษให้เรียงตามลำดับโดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุลใช้เครื่องหมาย, หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า “et al.” (เครื่องหมาย ✓ แทนการเว้น 1 ช่วงตัวอักษร)

10. การอ้างอิงจากวารสาร

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้แต่ง (Author). ✓ ชื่อบทความ (Title of the article). ✓ ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); ✓ เล่มที่ของวารสาร (Volume): ✓ หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

1.1 บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1. วิทยา สวัสดิภูมิพงษ์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ในกลุ่มสตรีอายุ 15-49 ปี กรุงเทพมหานคร ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-26.

2. Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, Children household contacts of adult with AIDS, JAMA 1987; 257: 640-644

1.2 บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author) ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน เช่น

1. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in

the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002; 26:541-5.

2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัย และ แนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ ทางกายของโรคระบบการหายใจ เนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538; 24: 190-204.

1.3 บทความที่ผู้แต่งมีทั้งเป็นบุคคลและเป็นหน่วยงาน

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและหน่วยงานตามที่ปรากฏในเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น

4. Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. N Engl J Med 2009; 360: 2302-9.

2. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

2.1 การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้แต่ง (Author). ✓ ชื่อหนังสือ (Title of the book). ✓ ครั้งที่พิมพ์ (Edition). ✓ เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): ✓ สำนักพิมพ์ (Publisher); ✓ ปี (Year).

2.1.1 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

1. รังสรรค์ ปัญญาญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

2.1.2 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

2.1.3 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

3. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้พิมพ์. ✓ ชื่อเรื่องใน. ✓ ใน: ✓ ชื่อ
บรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ. ✓ ชื่อ
หนังสือ. ✓ ครั้งที่พิมพ์. ✓ เมืองที่พิมพ์:
สำนักพิมพ์; ✓
ปีที่พิมพ์. ✓ หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่.
ใน: มนตรี ตูจันดา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
เรือนแก้วการพิมพ์; 2550. หน้า 424-7.

2. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. pp. 465-78.

3. รายงานการประชุม/สัมมนา

หมายเลข. ✓ ชื่อบรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ. ✓ ชื่อ
เรื่อง. ✓ ชื่อการประชุม; ✓ วัน เดือน ปี
ประชุม; ✓ สถานที่จัดประชุม. ✓ เมืองที่
พิมพ์; ✓ สำนักพิมพ์; ✓ ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, งามจิตต์ จันทราธิติ,
บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ..
เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ:
บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม

2551; ณ โรงแรมโอบีเวิลด์ทาวน์. กรุงเทพมหานคร:
ดีไซร์; 2551.

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

3.1 บทความในการประชุมสัมมนา (Conference paper)

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้รายงาน. ✓ ชื่อบทความ. ✓ ใน:
ชื่อบรรณาธิการ, ✓ บรรณาธิการ. ✓ ชื่อ
การประชุม; ครั้งที่ประชุม. ✓ วัน เดือน ปี
หรือปีเดือนวัน พร้อมรายละเอียดอื่นๆ (ถ้า
มี); สถานที่ประชุม; ✓ ผู้รับผิดชอบในการ
พิมพ์;
ปีที่พิมพ์. ✓ หน้า.

1. พิทักษ์ พุทธวรชัย, กิตติ บุญเลิศนิรันดร์, ทนง
ศักดิ์ มณีวรรณ, พงาม เดชคำรณ, นภา ชันสุภา.
การใช้เอทีฟอน กระตุ้นการสุกของพริก. ใน:
เอกสารการประชุมสัมมนาทางวิชาการ สถาบัน
เทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 15 สถาบันวิจัยและ
พัฒนา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล.
กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนา
สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล; 2541. หน้า 142-9.

2. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. pp. 182-91.

4. รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

หมายเลข.✓ ชื่อผู้สนับสนุน.✓ ชื่อเรื่อง.✓ เมืองที่พิมพ์:
✓ หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน;✓ ปีที่
พิมพ์.✓ เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย
การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ ใน
ระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม.
กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การอนามัย
โลก; 2540.

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable
medical equipment billed during skilled nursing
facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of
Health and Human Services (US). Office of
Evaluation and Inspections; 1994. Report No. :
HHSIGOEI69200860.

5. วิทยานิพนธ์

หมายเลข.✓ ชื่อผู้สนับสนุน.✓ ชื่อเรื่อง (ประเภท
ปริญญา).✓ ภาควิชา คณะ.✓ เมือง:
มหาวิทยาลัย;✓ ปีที่ได้ปริญญา.

1. ชมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของ
โรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4
โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์
ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต).

ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;
2530.

2. Kaplan SJ. Post-hospital home health care:
the elderly's access and utilization (dissertation).
St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

6. สิ่งพิมพ์อื่นๆ

6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

หมายเลข.✓ ชื่อผู้เขียน.✓ ชื่อเรื่อง.✓ ชื่อ
หนังสือพิมพ์
วัน เดือนปีที่พิมพ์;✓ ส่วนที่:✓ เลขหน้า
(เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่
๓๐ สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).

2. Lee G. Hospitalizations tied to ozone
pollution: study estimates 50,000
admissions annually. The Washington Post
1996 Jun 21; Sect.A:3 (col.5).

6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศ
กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532,
ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลง
วันที่ 15 สิงหาคม 2532).

2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub
L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14,
1993).

6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์
ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์;
2538. หน้า 555.

2. Stedman's medical dictionary. 26th ed.
Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
Apraxia; p. 199-20.

7. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ Web based / online Databases

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้แต่ง (Author). ✓ ชื่อบทความ (Title of the article) ✓ [ประเภทของสื่อ]. ✓ ปีพิมพ์ ✓ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่].
✓ เข้าถึงได้จาก/ Available from:
http://.....

1. Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from:
http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-Quick-Interpretation/dp/3540777717#reader_3540777717

2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>

7.1. กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from: URL: <http://rarediseases.org/>

7.2 บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

หมายเลข. ✓ ชื่อผู้แต่ง (Author). ✓ ชื่อบทความ (Title of the article). ✓ ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ✓ [ประเภทของสื่อ]. ✓ ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ✓ ปีที่:
เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ✓ เข้าถึงได้จาก/ Available from: http://.....

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010[cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from:
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

2. วันดี สันติวุฒิเมธี. การแพทย์พาณิชย์ อาชญากรรมที่มองไม่เห็น. สารคดี [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2556];188-9 เข้าถึงได้จาก: <http://www.sarakadee.com/feature/2000/10/doctor.htm>

เลขที่ 306 ถ.พิษณุโลก-วัดโบสถ์ หมู่ 5 ต.หัวรอ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000 โทร. 0-5521-4615-7