



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
เลขที่ 306 หมู่ที่ 5 ถนนพิษณุโลก-วัดโบสถ์
ตำบลหัวรอ อำเภอเมือง
จังหวัดพิษณุโลก 65000

<http://odpc2.ddc.moph.go.th>



วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก

Journal of Disease Prevention and Control : DPC. 2 Phitsanulok

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2559) : Volume 4 No.1 (January – June 2016)

การคัดกรองโลหิตบริจาคด้วยวิธี Nucleic acid amplification test (NAT) เพื่อตรวจหาเชื้อ HIV-1, HCV และ HBV ที่ส่งตรวจ ณ ภาควิชาโลหิตแห่งชาติที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุตรดิตถ์

การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอุตรดิตถ์

คุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่ทะ จ.ลำปาง

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามแนวคตินาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตของ
ชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรง : กรณีศึกษา หมู่ 2 ตำบลป่าแฝก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปี 2556

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

The Office of Disease Prevention and Control 2nd Phitsanulok , Thailand

<http://odpc2.ddc.moph.go.th>

ISSN 2287-0385





วิสัยทัศน์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

“ เป็นองค์กรชั้นนำที่มีมาตรฐาน

ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

เพื่อสนับสนุนเครือข่ายและประชาชน ”

เป้าประสงค์

1. เพื่อให้เครือข่าย ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ทั้งจากโรคตามนโยบาย และโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่

พันธกิจ

1. ส่งเสริม สนับสนุน วิจัย พัฒนา ถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้ และเทคโนโลยี เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ให้เครือข่ายและประชาชนตามมาตรฐานที่กำหนด
2. ประสานงานและปฏิบัติงานร่วมกับเครือข่ายภายในประเทศเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
3. เตรียมความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและภัยพิบัติ
4. พัฒนาระบบการติดตาม ประเมินผลเครือข่าย ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่าย
5. พัฒนาระบบการบริหารจัดการองค์กรให้ก้าวไปสู่องค์กรคุณภาพ

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิชาการและนวัตกรรมด้านสุขภาพ 2. เพื่อเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อกลางการจัดการความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งด้านสาธารณสุขทั่วไป 3. เพื่อเป็นเวทีในการนำเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข	
ขอบเขต	นำเสนอผลงานเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ, ระบาดวิทยา, อนามัยสิ่งแวดล้อม, การแพทย์, การพยาบาลและผลงานวิชาการสาธารณสุขอื่นๆ โดยรับบทความตีพิมพ์ 4 ประเภท คือ บทบรรณาธิการ (Editorial), บทความปริทัศน์(Review Article), รายงานการวิจัย(Research Article) และ รายงานผู้ป่วย(Case Report) หรือ การสอบสวนอุบัติเหตุนานาชาติ	
เจ้าของวารสาร	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก	
ที่ปรึกษา	นพ.อานวย กาจิณะ นพ.สุภชัย ฤกษ์งาม พญ.วรรณ หาญเขาวัววรกุล ดร.นพ.ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์	
บรรณาธิการ	นางสาวอมรา พรหมพิทักษ์	
บรรณาธิการผู้ช่วย	นางสายรุ้ง กันทวรรณ	
กองบรรณาธิการ	ศ.นพ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรหมนารุโณทัย รศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ผศ.ดร.ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์ ผศ.ดร.ปิยรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์ นพ.โกวิท พรหมเชษฐ์ นายวิรัช ประวันเตา ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น ดร.เยาวเรศ วิสูตรโยธิน	พอ.นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร รศ.ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร รศ.ดร.นงนุช โอบะ รศ.ดร.อัญชลี วงษ์วัฒนา ดร.พนารัตน์ เจนจบ นางอัมพาพรรณ นาวาวัฒน์ ดร.ไพรัตน์ อ่อนอินทร์
ผู้จัดการวารสาร	นางวรรณ ภูเฒ	
ฝ่ายประชาสัมพันธ์	นางสุริพร วรศรีหิรัญ	
ฝ่ายศิลปะ	นายขงยุทธ พระเกตุ	
กำหนดการตีพิมพ์	ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม – มิถุนายน , กรกฎาคม – ธันวาคม)	
พิมพ์ที่	บริษัท โฟกัส พรินติ้ง จำกัด จังหวัดพิษณุโลก โทร. 086-428-4710 โทรสาร 055-225-037	

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน กองบรรณาธิการวิชาการ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่าน “วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก” ที่เคารพรัก
ทุกท่าน วารสารวิชาการฉบับนี้ ถือเป็นฉบับที่ 1 ของปีที่ 4 ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงกำหนดการตีพิมพ์จากฉบับ
เดือนตุลาคม-มีนาคม และเมษายน-กันยายน มาเป็นเดือนมกราคม-มิถุนายน และกรกฎาคม-ธันวาคม
เพื่อเพิ่มความสะดวกในการดำเนินงานจัดพิมพ์เผยแพร่ ผลงานวิชาการในฉบับนี้มีสาระที่หลากหลาย
ซึ่งส่งมาจากเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข ส่วนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาล ทั้งภายในและ
ภายนอกเขตสุขภาพที่ 2

บทความวิชาการในฉบับนี้ มีรายงานการวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อ
ประชาชน ได้แก่ เรื่องที่ 1 การคัดกรองโลหิตบริจาคด้วยวิธี Nucleic acid amplification test (NAT) เพื่อตรวจหา
เชื้อ HIV-1, HCV และ HBV ที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการรับเลือด และทำให้โลหิต
มีความปลอดภัยต่อผู้รับเลือด ตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก เรื่องที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติ
ตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งโรคนี้มักเป็นในเด็ก
อายุน้อยกว่า 5 ปี และมองข้ามไม่ได้เพราะถึงส่วนใหญ่ผู้ป่วยแสดงอาการไม่รุนแรง หรือไม่แสดงอาการป่วย
แต่ในรายที่อาการรุนแรงจะมีการทางสมองหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง คล้ายโรคโปลิโอ และอาจเสียชีวิต
การป้องกันควบคุมโรคจึงสำคัญมาก เรื่องที่ 3 การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง การศึกษานี้มุ่งเน้นเพื่อสามารถนำไป
สร้างเป็นกลยุทธ์ในการป้องกันควบคุมโรคที่ยั่งยืนต่อไปได้ เรื่องที่ 4 คุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูง เน้นสอนว่าหากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้ได้รับการดูแลที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
ย่อมทำให้ผลการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมีความสุขทั้งทางกายและทางจิตใจ เรื่องที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง
พฤติกรรมการปฏิบัติตนตามแนวคิดนาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตของชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรง พบว่าผู้ที่มี
พฤติกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับหลักแนวคิดนาฬิกาชีวิตจะมีสุขภาพร่างกายที่ดี และเรื่องที่ 6
การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นเรื่องที่ชุมชนควร
ตระหนักรู้ร่วมกัน และร่วมกันป้องกันควบคุมโรคอย่างจริงจัง

สำหรับการตีพิมพ์บทความวิชาการเผยแพร่ในโอกาสต่อไป กองบรรณาธิการ หวังว่าท่าน
ผู้อ่านจะติดตามบทความของเราอย่างต่อเนื่อง และหวังว่าท่านจะส่งบทความวิจัยมาตีพิมพ์เพื่อเป็น
การเผยแพร่ผลงาน ซึ่งกองบรรณาธิการยินดีรับบทความของท่าน โดยท่านสามารถศึกษาแนวทาง
การส่งผลงานตีพิมพ์ได้ ทางเว็บไซต์ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก และท้ายเล่มนี้ได้ค่ะ

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย		หน้า
การคัดกรองโลหิตบริจาคด้วยวิธี Nucleic acid amplification test (NAT) เพื่อตรวจหาเชื้อ HIV-1, HCV และ HBV ที่ส่งตรวจ ณ ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก	เยาวลักษณ์ วิปสูงเนิน และคณะ	1-10
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็ก ในการควบคุมป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรธานี	มาลี โชคเกิด	11-26
การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอุดรธานี	ประการ เข้มแข็ง นันทยา อ่อนคง มณีนันท์ วงศ์พุ่ม	27-44
คุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่ทะ จ.ลำปาง	ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์	45-54
ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกาปฏิบัติตนตามแนวคตินาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตของชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรง : กรณีศึกษา หมู่ 2 ตำบลป่าแฝก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย	ชัยณรงค์ ทัดนา	55-68
การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ปี 2556	จีระศักดิ์ ทัพพา นายดิเรก ดิษฐเจริญ	69-85
คำแนะนำการส่งบทความตีพิมพ์ สำหรับผู้นิพนธ์		86-90
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก (External Reviewer)		
ประเมินบทความวิชาการ		91

การคัดกรองโลหิตบริจาคด้วยวิธี Nucleic acid amplification test (NAT) เพื่อตรวจหาเชื้อ HIV-1, HCV และ HBV ที่ส่งตรวจ ณ ภาควิชาโลหิตแห่งชาติที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก

Nucleic acid amplification test (NAT) screening for Human Immunodeficiency Virus-1, Hepatitis C Virus and Hepatitis B Virus of blood donation at The Regional Blood Centre 9, Phisanulok Province

เยาวลักษณ์ วิปสุ่งเนิน วท.บ.	Yaovaluk Vipsoongnern B.S.
อุไรวรรณ บุญจันทร์ วท.บ.	Uraiwan Boonjan B.S.
วรสุนทรี สารนรมย์ วท.บ.	Worasuntaree Saranrom B.S.
สุรเชษฐ์ อ่อนแสง วท.บ.	Surachedt Onseng B.S.
นวลทิศา ไชยสิทธิ์ วท.บ.	Nuantitha Chaiyasit B.S.
สินีนารถ อุทา วท.ม.	Sineenart Oota M.S.
ทัศนีย์ สกุลดำรงพานิช วท.ม.	Tasanee Sakuldamrongpanich M.S.
ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย	National Blood Centre, Thai Red Cross Society

บทคัดย่อ

ภาควิชาโลหิตแห่งชาติที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก ได้ตรวจคัดกรองโลหิตบริจาคด้วยวิธี nucleic acid amplification test (NAT) แบบรวม 6 ตัวอย่าง เพื่อตรวจหา HIV-1, HCV และ HBV แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการผลิตโลหิตสังเคราะห์แต่คุณสมบัติต่างๆ ยังไม่สามารถทดแทนโลหิตของมนุษย์ได้ เนื่องจากเป็นสารสังเคราะห์ไม่สามารถย่อยสลายได้ตามกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย การตรวจคัดกรองโลหิตบริจาค ด้วยวิธี NAT นี้ จะทำให้โลหิตมีความปลอดภัยต่อผู้รับ ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาอัตราการตรวจพบเชื้อ HIV-1, HCV และ HBV ที่ทดสอบด้วยวิธี NAT (NAT yield rate) เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการรับเลือดและทำให้โลหิตมีความปลอดภัยมากขึ้นอีกระดับหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ซึ่งศึกษาด้วยวิธี ทำการทดสอบ NAT ในตัวอย่างโลหิตบริจาคที่ส่งตรวจที่ภาควิชาโลหิตแห่งชาติที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก โดยพิษณุโลกได้เริ่มนำวิธีการตรวจ NAT เข้ามาใช้ในเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 และเก็บตัวอย่างศึกษาถึงเดือน กันยายน พ.ศ. 2556 โดยเป็นตัวอย่างที่ผลการทดสอบทางซีโรโลยี เป็นลบ จากนั้นมาทำการทดสอบด้วยวิธี NAT แบบรวม 6 ตัวอย่าง (minipool 6) ซึ่งจากจำนวนโลหิตที่ส่งตรวจ NAT 119,335 ตัวอย่าง (คิดเป็นร้อยละ 39.1 ของโลหิตบริจาคที่ส่งตรวจ NAT ที่ภาควิชาโลหิตแห่งชาติที่ 9 จ. พิษณุโลก) ให้ผลการทดสอบทางซีโรโลยี เป็นลบ รวมทั้งสิ้น 115,654 ตัวอย่าง การทดสอบด้วยวิธี NAT ตรวจไม่พบ HIV RNA, ตรวจพบ HCV RNA จำนวน 1 ราย หรือ HCV NAT yield rate 1 : 50,237 ตรวจพบ HBV จำนวน 84 ราย หรือ HBV NAT yield rate 1 : 1,377 ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของเชื้อ HBV และ HCV ในภาคเหนือ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การใช้เทคนิค NAT ร่วมกับการทดสอบด้วยวิธีซีโรโลยี ในการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต มีความจำเป็นและมีประโยชน์ในการเพิ่มความปลอดภัยของโลหิตและส่วนประกอบโลหิตที่จะนำไปช่วยผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: NAT โลหิตบริจาค HIV HCV HBV

Abstract

The National Blood Service Region 9, Phitsanulok screened blood donors by nucleic acid amplification test (NAT), including six samples to detect HIV-1, HCV and HB. At present it has produced synthetic blood but it has various features. There is no substitute for human blood since it is a synthetic non-biodegradable matrix metabolic process of the body ooze. Screening blood donations are made with NAT blood safety to recipients by meeting the standards of the World Health Organization. The purpose of this study was to study the rate of detection of HIV-1, HCV and HBV testing with NAT (NAT yield rate) to reduce the risk of infection, four from the blood and makes blood more secure level. The patients were studied for the benefit of NAT testing on samples of blood specimens donated to the National Blood Service Region 9, Phitsanulok. The NAT Phitsanulok introduced into used in February 2554 and a sample study to September 2556, if an example by the way Serologic test results were negative, it would confirmed with NAT testing included six samples (minipool 6). Based on blood samples NAT, 119,335 samples (representing 39.1 % of blood donors who tested NAT at the National Blood Service at 9 Phitsanulok) The test results Serologic was a negative total of 115,654 samples. The experiment with how NAT cannot detect HIV RNA, detected HCV RNA of one or HCV NAT yield rate 1: 50,237 detectable HBV number 84 or HBV NAT yield rate 1: 1,377 which was consistent with the prevalence of HBV and HCV in Northern. The result demonstrated that the technique used in conjunction with NAT testing methods Serologic in the selection of blood donors it was necessary and useful to enhance the safety of blood and blood components to donate to their patients.

Keywords: NAT, Blood donor, HIV, HCV, HBV

บทนำ

การให้โลหิตแก่ผู้ป่วยเพื่อการรักษานั้น มีความเสี่ยงหลายประการ เช่น การติดเชื้อโรคที่ติดต่อทางโลหิต การตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อในโลหิตบริจาคนั้นเป็นมาตรการสำคัญที่สุดก่อนนำโลหิตไปให้กับผู้ป่วย แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการผลิตโลหิตสังเคราะห์แต่คุณสมบัติต่างๆ ยังไม่สามารถทดแทนโลหิตของมนุษย์ได้ เนื่องจากเป็นสารสังเคราะห์จะถูกเก็บไว้ในอวัยวะที่มีการกรองเกิดขึ้นไม่ย่อยสลาย เช่น คับและม้าม จึงเหมาะสำหรับบางสถานการณ์ เช่น ภาวะที่สมองขาดออกซิเจน เป็นต้น⁽¹⁾ และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติของหลายประเทศในยุโรป สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น ได้เริ่มนำการทดสอบ NAT มาตรวจคัดกรองโลหิตบริจาคนั้นร่วมกับการตรวจทาง serology⁽²⁻⁵⁾ โดยการทดสอบ NAT สามารถตรวจพบสารพันธุกรรมของไวรัส คือ HBV DNA, HCV RNA และ HIV RNA ในช่วงที่ซีโรโลยียังให้ผลลบได้ เป็นการลดช่วง window period ดังนั้นการทดสอบ NAT จึงเป็นการเพิ่มความปลอดภัยของโลหิตและส่วนประกอบโลหิตที่จะนำไปให้ผู้ป่วย ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสลดลง ดังนั้นในปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2544 ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทยได้เริ่มทำการทดสอบ NAT ในตัวอย่างโลหิตบริจาคนที่ซีโรโลยี ให้ผลลบ โดยทดสอบตัวอย่างแบบรวม 24 ตัวอย่าง (minipool 24)⁽⁶⁾ และในปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2551 ได้ศึกษาประเมินการทดสอบ NAT แบบตัวอย่างเดี่ยว (individual test) และการทดสอบแบบรวม 6 ตัวอย่าง (minipool 6)⁽⁷⁾ จากการศึกษาทั้ง 2 ครั้ง ประกอบกับมีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จากการรับโลหิตที่ไม่ได้ตรวจ NAT ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย จึงกำหนดนโยบายบริการโลหิตแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ให้โลหิต

ทุกชนิด ต้องผ่านการตรวจคัดกรองเชื้อที่ถ่ายทอดผ่านทางโลหิต ด้วยวิธีการตรวจทางน้ำเหลืองวิทยา และอนุชีววิทยา ได้แก่การตรวจร่องรอยการติดเชื้อของโรซิฟิลิส คือ Treponemal antibodies ด้วยวิธี Enzyme immunoassay (EIA) หรือ Chemiluminescent immunoassay (CMIA) ที่ครอบคลุมทุกระยะของการติดเชื้อ การตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธีทางน้ำเหลืองวิทยา ที่มีความไวสูงอย่างน้อยด้วยวิธี EIA หรือ CMIA หรือด้วยวิธีที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขว่าสามารถตรวจกรองโลหิตบริจาคนั้นได้ และการตรวจทางอนุชีววิทยา คือ Nucleic acid amplification technology (NAT) สำหรับไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อเอชไอวี^(8,9) รวมถึงมีมาตรการเคร่งครัดในการตรวจคัดกรองผู้บริจาคโลหิตจากแบบสอบถาม

ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 9 จ.พิษณุโลก ให้บริการตรวจคุณภาพโลหิตในผู้บริจาคตามมาตรฐานของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย และเป็นไปตามนโยบายงานบริการโลหิตแห่งชาติ ในเป้าประสงค์นโยบายที่ 3 : ผู้ป่วยต้องได้รับโลหิตที่ปลอดภัย โลหิตทุกชนิดต้องได้รับ 1)การตรวจหมู่โลหิต และ ตรวจกรองแอนติบอดีต่อแอนติเจนบนผิวเม็ดเลือดแดง 2) ตรวจคัดกรองการติดเชื้อที่ถ่ายทอดทางโลหิต (ซิฟิลิส, HIV, HCV, HBsAg) และเป็นอีกวิธีที่กำหนดขึ้นมาใหม่คือ โลหิตทุกชนิดต้องผ่านการตรวจ NAT เพราะเป็นวิธีที่มีความไวและความจำเพาะที่สุดในปัจจุบันนี้ มีเขตพื้นที่รับผิดชอบรวม 6 จังหวัด ได้แก่ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ พิจิตร แพร่ และน่าน รวมทั้งจังหวัดใกล้เคียง ได้แก่ กำแพงเพชร สุโขทัย ตาก และเลย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของโรงพยาบาลในการเลือกใช้บริการ เนื่องจากประเทศไทยเป็น

ประเทศที่มีความชุกของการติดเชื้อ HBV และ HCV สูง จึงจำเป็นมากที่จะนำการตรวจ NAT มาใช้ในการตรวจคัดกรองโลหิต จากผลการศึกษาอัตราการตรวจพบเชื้อ HIV-1, HCV และ HBV ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราการตรวจพบเชื้อ HIV-1, HCV และ HBV ที่ทดสอบด้วยวิธี NAT (NAT yield rate) ในผู้บริจาคโลหิตที่ส่งตรวจที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 9 จ.พิษณุโลก ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2554 ถึง กันยายน 2556 กลุ่มตัวอย่าง โลหิตทุกยูนิตที่โรงพยาบาลประสงค์ตรวจ NAT และเนื่องจากเป็นโรคที่ระบาดในประเทศไทยเรา (Endemic area) ไม่สามารถตรวจพบด้วยวิธีทางซีโรโลยีเพียงวิธีเดียว โดยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านระบาดวิทยาในเขตภาคเหนือตอนล่าง สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

นำไปใช้พัฒนางานด้านการบริการโลหิตให้มีความปลอดภัยสูงสุด

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาในครั้งนี้ดำเนินการระหว่าง 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2554 (เริ่มมีการส่งตรวจ NAT ผ่านภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 9 จ.พิษณุโลก) ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2556 ตัวอย่างโลหิตบริจาคส่งตรวจ NAT ที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 9 จ.พิษณุโลก นำมาทดสอบ HBsAg, anti-HCV, HIV Ag/Ab combi และ syphilis ตัวอย่างโลหิตที่การทดสอบด้วยวิธี ซีโรโลยี ให้ผลลบ จะนำมาทดสอบด้วยวิธี NAT ต่อไป โดยส่งตัวอย่างไปตรวจที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จ.เชียงใหม่ และภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 8 จ.นครสวรรค์

การทดสอบด้วยวิธีซีโรโลยี

ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 9 จ.พิษณุโลก ตรวจการติดเชื้อ HBsAg, anti-HCV, HIV Ag/Ab combi ในตัวอย่างโลหิตบริจาคโดยใช้เทคนิค Chemiluminescence (CMIA) ใช้ชุดทดสอบและเครื่อง ARCHITECT i2000, Abbott Diagnostics, USA

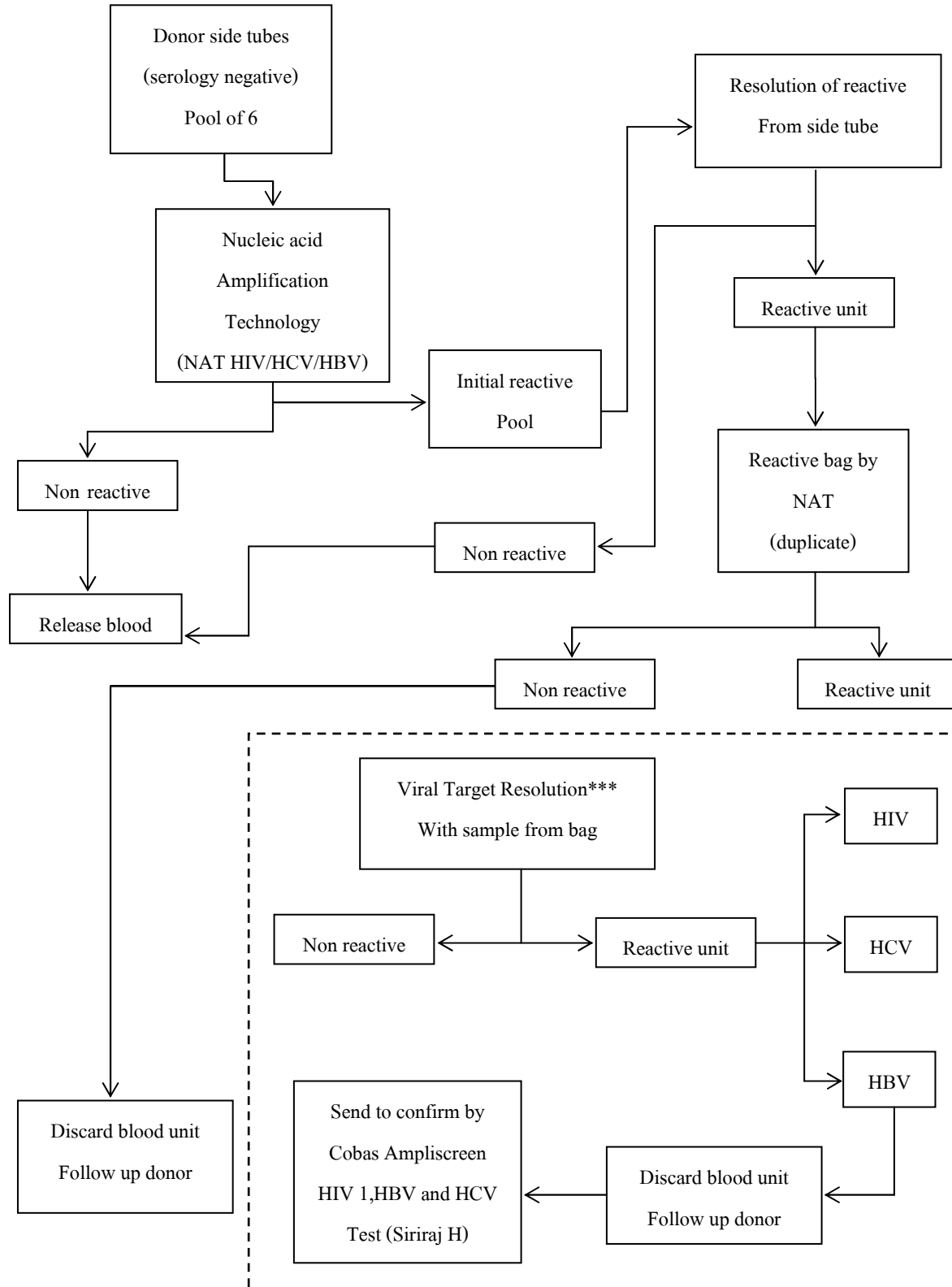


Fig.1 Flow Chart ของการตรวจ NAT ในโลหิตบริจาค

ที่มา: LSP 020 ระเบียบปฏิบัติการตรวจ NAT (NAT screening) ฝ่ายตรวจคัดกรองโลหิต/ภาคบริการโลหิตแห่งชาติ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

การทดสอบ NAT

ขั้นตอนการทดสอบวิธี NAT ได้แสดงไว้ดังรูปที่ 1 ตัวอย่างโลหิตที่ผ่านการทดสอบทางซีโรโลยีแล้ว ให้ผลลบ นำมาตรวจ NAT ซึ่งเป็นการทดสอบเชิงคุณภาพด้วยเทคนิค real-time PCR สามารถตรวจเชื้อทั้ง 3 ชนิดได้พร้อมกันในครั้งเดียว คือ ตรวจหา HIV-1 RNA (group M และ O), HIV-2, HCV RNA, และ HBV DNA ทดสอบแบบรวม 6 ตัวอย่าง ด้วยเครื่อง Roche cobas s 201 system ตัวอย่างรวมชุดที่ให้ผลบวก ทำการทดสอบแยกแต่ละรายเพื่อหาตัวอย่างที่ให้ผลบวก गुणพลาสมา ของตัวอย่างที่ให้ผลบวกจะส่งมาทดสอบแยกชนิดของไวรัสที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติฯ นำพลาสมาจากยูนิตที่ตัวอย่างโลหิตให้ผลบวกทำการทดสอบซ้ำคู่ (duplicate test) หากพลาสมาให้ปฏิกิริยาบวก นำมาทดสอบแยกชนิดของเชื้อด้วยเครื่อง COBAS AmpliScreen test หากการแยกชนิดของเชื้อตรวจไม่พบ (Target not detected) จะส่งตัวอย่างพลาสมาไปทำการทดสอบที่ธนาคารเลือดโรงพยาบาลศิริราช โดยวิธี Manual โดยนำตัวอย่างพลาสมาขึ้นด้วยความเร็วสูง ก่อนทดสอบแยกชนิดของเชื้อ หากตัวอย่างพลาสมาให้ผลการทดสอบ NAT ซ้ำ เป็นลบอีก ถือว่าเป็นผลบวกปลอม

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงผลการทดสอบ NAT ด้วยระบบรวม 6 ตัวอย่าง ปีงบประมาณ 2554, 2555 และ 2556 ในตัวอย่างโลหิตที่ส่งตรวจที่ภาคบริการโลหิต

แห่งชาติที่ 9 จ.พิษณุโลกที่ให้ผลการทดสอบทางซีโรโลยีเป็นลบ จำนวน 18,914, 46,467 และ 50,273 ตัวอย่าง ตามลำดับ พบว่าความถี่ในการตรวจพบ HIV RNA, HCV RNA และ HBV DNA ในแต่ละปีใกล้เคียงกัน คือ ตรวจ HIV RNA ยังไม่พบ ตรวจพบ HCV RNA 0, 0, 1 คือ ตรวจพบ HCV yield rate เท่ากับ 0, 0 และ 1 : 50,273 ตามลำดับ ตรวจพบ HBV DNA 20, 36 และ 28 คือตรวจพบ HBV yield rate เท่ากับ 1 : 946, 1 : 1,291 และ 1 : 1,795 ตามลำดับ ในระยะเวลาเกือบ 3 ปี ระหว่าง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 ถึง กันยายน พ.ศ. 2556 ในตัวอย่างที่ผลการทดสอบทางซีโรโลยี 295,720 ตัวอย่าง คิดเชื้อ 9,961 ตัวอย่าง (คิดเป็นร้อยละ 3.7 ของโลหิตบริจาคที่ส่งตรวจที่ภาคฯ พิษณุโลก) และ ส่งตรวจ NAT 119,335 ตัวอย่างให้ผลการทดสอบทางซีโรโลยีเป็นลบ รวมทั้งสิ้น 115,654 ตัวอย่าง (คิดเป็นร้อยละ 39.1 ของโลหิตบริจาคที่ส่งตรวจ NAT ที่ภาคฯ พิษณุโลก) พบว่าการทดสอบวิธี NAT ยังตรวจไม่พบ HIV RNA ตรวจพบ HCV RNA จำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตราตรวจพบเชื้อ HCV 1 ราย ต่อตัวอย่างทดสอบ 50,273 ราย (HCV NAT yield rate เท่ากับ 1 : 50,273) หรือ สามารถตรวจพบโลหิตติดเชื้อ HCV 20 ยูนิตในตัวอย่างทดสอบทุก 1,000,000 ตัวอย่าง ตรวจพบ HBV DNA จำนวน 84 ราย คิดเป็น HBV NAT yield rate เท่ากับ 1 : 1,377 หรือ สามารถตรวจพบโลหิตติดเชื้อ HBV 726 ยูนิตใน 1,000,000 ตัวอย่างที่ทดสอบ

ตาราง 1 สถิติการตรวจ NAT ในโลหิตผู้บริจาค ปีงบประมาณ 2554 – 2556 ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 9 จ.พิษณุโลก

ปีงบประมาณ	ยอดส่งตรวจ NAT ทั้งหมด	ผลการตรวจแยกเชื้อ						ตาม Bag ไม่ได้
		HIV RNA		HCV RNA		HCV DNA		
		NAT	NAT yield	NAT	NAT yield	NAT	NAT yield	
		positive	rate	positive	rat	positive	rat	
2554	18,914	0	-	0	-	20	1:946	11
2555	46,467	0	-	0	-	36	1:1,291	23
2556	50,273	0	-	1	1:50,273	28	1:1,795	27
Total	115,654	0	-	1	1:50,273	84	1:1,377	61

*** ตาม Bag ไม่ได้ จำนวน 61 รายนี้ ไม่ได้ทำการตรวจซ้ำตามกระบวนการตาม Fig.1 ออกผลเป็น Reactive ไม่ให้นำเลือดยูนิตนี้ไปใช้

วิจารณ์

ในระหว่างปีงบประมาณ 2554 ถึง 2556 ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก ให้บริการตรวจคุณภาพโลหิตในผู้บริจาคประมาณ 110,000 ยูนิตต่อปี ในปัจจุบันโลหิตที่นำไปให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น แต่การติดเชื้อจากการรับโลหิตยังมีปัญหาอยู่ ทางบริษัทผู้ผลิตน้ำยาตรวจได้พัฒนาน้ำยาให้มีความไวมากขึ้น และหาเทคนิคใหม่ๆ เพื่อทำให้โลหิตปลอดภัย ลดความเสี่ยงจากการรับเลือดให้ใกล้เคียงศูนย์ ดังนั้นในช่วงระยะเวลา 3 ปี ที่ภาคฯ พิษณุโลก ได้เริ่มทำการทดสอบโดยวิธี NAT แบบรวม 6 ตัวอย่างด้วยน้ำยา Roche cobas TaqScreen MPX test ในตัวอย่างที่ทำการทดสอบซีโรโลยีให้ผลลบ รวมทั้งสิ้น 115,654 ตัวอย่าง ซึ่งประมาณร้อยละ 39.1 ของโลหิตที่ส่งตรวจที่ภาคฯ พิษณุโลก พบว่าการทดสอบวิธี NAT ตรวจพบเชื้อ 2 ชนิด คือ HCV จำนวน 1 หรือ NAT yield rate HCV เท่ากับ 1:50,273 และ HBV จำนวน 84 หรือ NAT yield rate HBV เท่ากับ 1:1,377 เป็นอย่างน้อย

เนื่องจากยังมีโลหิตบริจาคอีก 61 ตัวอย่างที่ให้ผลบวก แต่ไม่มีพลาสมาให้ทดสอบแยกชนิดเชื้อไวรัส อัตราการตรวจพบ NAT yield ครั้งนี้ HCV ต่ำกว่า และ HBV สูงกว่าในทางตอนเหนือของประเทศ ปากีสถานพบ NAT yield rate HCV เท่ากับ 1:13,609 และ NAT yield rate HBV เท่ากับ 1:2367⁽¹⁰⁾ อัตราการตรวจพบ NAT yield HBV ต่ำกว่าในประเทศจีน พบ yield rate HBV เท่ากับ 169:178,447 (1:1,056)⁽¹¹⁾ และพบอัตราการตรวจพบ NAT yield สูงกว่าที่มีรายงานในประเทศอินเดีย พบ NAT yield rate HBV เท่ากับ 1:2,000⁽¹²⁾ และที่ Qingdao central blood bank ของประเทศจีนพบ NAT yield rate HBV เท่ากับ 38:65,800 (1:1,732)⁽¹³⁾ ในประเทศไทยพบว่า มีอัตราตรวจพบ NAT yield สูงกว่า มีรายงานของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ NAT yield rate HCV เท่ากับ 1:277,784 และ NAT yield rate HBV เท่ากับ 1:2,409⁽¹⁴⁾ อัตราการตรวจพบด้วย NAT ของ HBV สูงกว่าโลหิตบริจาคในกรุงเทพฯ ถึง 3 เท่า ซึ่งการตรวจพบ NAT yield rate นี้ สอดคล้องกับ

การศึกษาของศูนย์บริการโลหิต ใน Hospital in Northeastern region (RBC 5, 6 & 7) พบ NAT yield rate HBV เท่ากับ 1:1,244 ใน Hospital in Northern region (RBC 8, 9 & 10) พบ NAT yield rate HBV เท่ากับ 1:1,077⁽¹⁴⁾ และของธนาคารเลือดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งพบ HBV yield rate เท่ากับ 1:800⁽¹⁵⁾

จากการศึกษาข้อมูลในครั้งนี้ สามารถป้องกันผู้ป่วยไม่ให้ติดเชื้อ HCV 1 ราย และ HBV 84 ราย เป็นอย่างน้อย ซึ่งโลหิต 1 ยูนิตนำไปเตรียมส่วนประกอบโลหิต 2 ถึง 4 ชนิต ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้บริจาคโลหิต และผู้ปฏิบัติงานมีมาตรการที่เข้มงวดในการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตก็จะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสเหล่านี้เพิ่มขึ้นได้

สรุป

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้เทคนิค NAT สามารถตรวจพบการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในระดับโมเลกุล (RNA และ DNA) ร่วมกับการทดสอบทางซีโรโลยี และการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตที่มีความเสี่ยงต่ำ ในการตรวจคัดกรองโลหิต

เอกสารอ้างอิง

1. Ball P. Blood Supply. In Made to Measure : New Materials for the 21st Century. USA: Princeton University Press; 1997:217-221.
2. Stramer SL, Caglioti S, Strong DM. NAT of the United States and Canadian Blood supply. Transfusion. 2000; 40: 1165-8.
3. Coste J, Reesink HW, Engelfried CP, et al. Implementation of donor screening for infectious agents transmitted by blood by

บริจาคในงานบริการโลหิตในประเทศไทย มีความจำเป็นและมีประโยชน์อย่างยิ่ง เป็นการเพิ่มความปลอดภัย และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส เอชไอวี, ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบี เพราะสามารถตรวจพบตัวเชื้อได้โดยตรง มีความไว และความจำเพาะมากกว่าวิธีทางน้ำเหลืองวิทยา (ซีโรโลยี) ใช้ปริมาณในการตรวจน้อยมาก ดังนั้นการคัดเลือกผู้บริจาคโลหิตและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงมีความสำคัญในการจัดหาโลหิตที่ปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์, เจ้าหน้าที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่, เจ้าหน้าที่ฝ่ายคัดกรอง ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ที่ช่วยดำเนินการและประสานงานการตรวจ NAT , ทนพญ.จิรภัท ทองบุศน์ และผู้อำนวยการ, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ไว้วางใจใช้บริการภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ 9 จ.พิษณุโลก

nucleic acid technology: update to 2003.

Vox Sang. 2005; 88: 289-303.

4. Seed CR, Cheng A, Ismay SL, et al. Assessing the accuracy of three viral risk models in predicting the outcome of implementing HIV and HCV NAT donor screening Australia and the implications for future HBV NAT. Transfusion. 2002; 42: 1365-72.

5. Murokawa H, Yoshikawa A, Ohnuma H, et al. Epidemiology of blood donors in Japan. Positive for hepatitis B virus and hepatitis C virus by nucleic acid amplification testing. Vox sang. 2005; 88:10-6.
6. Tanprasert S. Nucleic Acid Technique Screening: Feasibility study in Thailand. J Hematol Transfus Med. 2001; 11: 173-7.
7. Phikulsod S, Oota S, Tirawatnpong T, et al. and the working Group for NAT Study in Thai Blood Donations. One-year experience of nucleic acid technology testing for human immunodeficiency virus Type 1, hepatitis C virus, and hepatitis B virus in Thai blood donations. Transfusion. 2009; 49: 1126-35.
8. Department Of Disease Control, Ministry Of Public Health. National Blood Policy. 2nd ed. 2010: 17-8.
9. The National Blood Centre, The Thai Red Cross Society. Standards for Blood Banks and Transfusion Services. 2nd ed. 2008: 15-6.
10. Niazi SK, Bhatti FA, Salamat N, et al. Impact of nucleic acid amplification test on screening of blood donors in Northern Pakistan. Transfusion. 2015; Feb 4.
11. Dong J, Wu Y, Zhu H, et al. A pilot study on screening blood donors with individual-donation nucleic acid testing in China. Blood Transfus. 2014; 12(2): 172-9.
12. Chigurupati P, Murthy KS. Automate nucleic acid amplification testing in blood banks : An additional layer of blood safety. Asian J Transfus Sci. 2015; 9(1): 9-11.
13. Yang Z, Xu L, Liu L, et al. Routine screening of blood donations at Qingdao central blood bank, China, for hepatitis B virus(HBV) DNA with a real-time, multiplex nucleic acid test for HBV, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus Types 1 and 2. Transfusion. 2013; 53(10 pt 2): 2538-44.
14. Tasanee Sakuldamrongpanich, Sineenart Oota, Patcharakorn Kramkratok, et al. NAT Screening for Human Immunodeficiency Virus-1, Hepatitis C Virus and Hepatitis B Virus in Blood Donations at the National Blood centre and Regional Blood Centres of the Thai Red Cross. Journal of Hematology and Transfusion Medicine. 2012; 22: 93-100.
15. Nantachit N, Thaikruea L, Thongsawat S, et al. Evaluation of a multiplex human immunodeficiency virus-1, hepatitis C virus and hepatitis B virus nucleic acid testing assay to detect viremic blood donors in northern Thailand. Transfusion. 2007; 47: 1803-8.

กวาดล้าง โปลิโอ

ร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งช่วยทำให้เด็กไทยมีสุขภาพดี
ปลอดโรคโปลิโอและกวาดล้างโรคนี้ให้หมดไปจากโลก

ประเทศไทยปลอดโรคโปลิโอแล้ว แต่เด็กไทยยังคงมีความเสี่ยง!

ประเทศไทยนำวัคซีนโปลิโอชนิดหยอดมาให้บริการเด็กไทยตั้งแต่วันที่ 2520
ปัจจุบันประเทศไทยไม่พบผู้ป่วยโรคโปลิโอแล้วตั้งแต่วันที่ 2540
แต่ยังคงมีความเสี่ยงที่จะมีโรคระบาดโดยการรับเชื้อจากประเทศอื่นๆ

**การให้บริการวัคซีนในประเทศไทย
เพื่อเป้าหมายกวาดล้างโปลิโอในจากสุดท้าย**

หยอดวัคซีนโปลิโอ (OPV) 5 ครั้ง ตามกำหนดการเดิมของเด็ก
แต่จะเสริมวัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV) 1 เข็ม ให้แก่เด็กอายุ 4 เดือน

เริ่ม 1 ธันวาคม 2558

กำหนดการให้วัคซีนโปลิโอ

ครั้งที่	อายุ	ชนิดของวัคซีนโปลิโอ
1	2 เดือน	OPV1 และ DTP-HB1
2	4 เดือน	IPV, OPV2 และ DTP-HB2
3	6 เดือน	OPV3 และ DTP-HB3
4	1 ปี 6 เดือน	OPV4 และ DTP4
5	4 ปี	OPV5 และ DTP5

หมายเหตุ : กรณีที่เด็กมารับวัคซีน OPV ครั้งแรกล่าช้าหลังอายุ 4 เดือน เป็นไป ขอให้ฉีดวัคซีน IPV พร้อมกับหยอดวัคซีน OPV ในครั้งแรกที่พบ และหยอดวัคซีน OPV ต่ออีก 4 ครั้ง ตามกำหนดเดิม



ขอขอบคุณข้อมูลจาก WHO ,US CDC
สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
Bureau of Risk Communication
and Health Behavior Development

DDC 1422
สายด่วนกรมควบคุมโรค

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรค มือ เท้า ปาก
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรธานี

The factors associated with Hand Foot and Mouth Disease Prevention for
Caregiver Role Performance of Early Childhood Center in Uttaradit Province

มาลี โชกเกิด ส.บ.

Malee Chokekerd B.P.H

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี

Tron District Public Health Office, Uttaradit Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรธานี ในการควบคุมป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ทำการศึกษาในกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ในพื้นที่ 9 อำเภอ ได้ตัวแทนพื้นที่ คือ อำเภอบ้านโคก อำเภอท่าปลา และอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี โดยศึกษาในประชากรกลุ่มตัวอย่างทุกคนใน 3 อำเภอ จำนวน 115 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือน พฤษภาคม ถึง กันยายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.8 มีอายุเฉลี่ย 39 ปี ร้อยละ 73.9 มีสถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 72.2 ได้รับการศึกษาในระดับปริญญาตรี โดยเฉลี่ยประสบการณ์การทำงานอยู่ที่ 12.79 ปี ร้อยละ 53.1 เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากมาแล้ว สำหรับการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 2.76, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22) วิเคราะห์ปัจจัยนำด้านความรู้ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 13.31, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.66) ทักษะอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.22, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45) ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.91, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.25) การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.92, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20) ปัจจัยเอื้อด้าน ความเพียงพอของทรัพยากรในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรธานีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.15, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24) ตัวแปร การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเพียงพอของทรัพยากรไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

คำสำคัญ: บทบาทการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

The purpose of this cross-sectional, descriptive, correlational study was to describe the relationships among factors that relates to caregiver role performance of early childhood center in Uttaradit province for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD) prevention. A probability sample of 115 participants was recruited from early childhood center in Uttaradit Province. The performance of at least one year was in the nine districts. The representatives were including, Ban Khok district and Tha Pla,Tron district, Uttaradit. The samples in all three districts. Data were collected during May to September 2558.

Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, average, standard deviation (SD). A total of 115 participants were interviewed; 87.8% were females. A total of 73.9% of the participants included in the study were married. 72.2 % hold the bachelor degree. The average work experience was 12.79 years, 53.1 % had undergone training on HFMD ago. To fulfill the role of child care in the prevention and control of HFMD was a good level ($\bar{X} = 2.76$, $SD = 0.22$); factors leading knowledge was moderate ($\bar{X} = 13.31$, and $SD = 2.66$); attitude at a high level ($\bar{X} = 4.22$, $SD = 0.45$); factor in obtaining the support of a health care team was low ($\bar{X} = 1.91$, $SD = 0.25$) and was supported by local governments were moderate ($\bar{X} = 1.92$, $SD = 0.20$); factors contributing to the adequacy of resources for prevention and control of HFMD Care Center Uttaradit were a moderate level ($\bar{X} = 2.15$, $SD = 0.24$) variables supported by the local administration and the adequacy of resources not related to the fulfillment of the role of child care in controlling HFMD.

Key words: Caregiver Role Performance, Early Childhood Center

บทนำ

โรคมือเท้าปากเป็นโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุเกิดจากไวรัสเอนเทอโร ซึ่งเป็นโรคที่พบได้ทั่วโลกในแถบเขตร้อน พบบ่อยในช่วงอากาศเย็นและชื้นและเพิ่มมากขึ้นในฤดูฝน มักพบมีการติดต่อของโรคในกลุ่มเด็กทารกและเด็กเล็กตามสถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียนอนุบาล รายที่มีอาการรุนแรงจะมีการทางสมอง หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง คล้ายโรคโปลิโอ และอาจเสียชีวิต แต่ส่วนใหญ่มักพบผู้ป่วยแสดงอาการไม่รุนแรง หรือไม่แสดงอาการป่วย⁽¹⁾

สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ในภาพรวมของประเทศไทย ข้อมูลเฝ้าระวังโรค ปี 2558 พบผู้ป่วย 41,392 ราย จาก 77 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 63.56 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 3 ราย อัตราส่วน เพศชายต่อเพศหญิง 1: 0.75 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ 1 ปี (ร้อยละ 29.1) 2 ปี (ร้อยละ 25.3) 3 ปี (ร้อยละ 17.6) สัญชาติเป็นไทยร้อยละ 97.7 อื่นๆร้อยละ 1.4 พม่าร้อยละ 0.7 กัมพูชาร้อยละ 0.1 ลาวร้อยละ 0.0 จีน/ฮ่องกง/ไต้หวันร้อยละ 0.0 มาเลเซียร้อยละ 0.0 อาชีพส่วนใหญ่ ไม่ทราบอาชีพ/ในปกครองร้อยละ 89.6 นักเรียนร้อยละ 9.2 อื่นๆร้อยละ 0.4

ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคเหนือ 79.39 ต่อแสนประชากร ภาคใต้ 77.44 ต่อแสนประชากร ภาคกลาง 69.29 ต่อแสนประชากร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 43.28 ต่อแสนประชากร⁽²⁾

จังหวัดอุดรดิตถ์ เป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยของโรคมือ เท้า ปาก จากการรวบรวมรายงานของงานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ.2558 พบผู้ป่วยจำนวน 161, 414,

490, 294 และ 155 คน โดยคิดอัตราป่วยเป็น 34.78, 89.80, 106.22, 63.73 และ 36.67 ต่อแสนประชากรตามลำดับ แต่ยังไม่มียางานผู้เสียชีวิต⁽³⁾ จังหวัดอุดรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 155 ราย ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 17 ราย อายุระหว่าง 1-2 ปี 48 ราย อายุระหว่าง 2-3 ปี 47 ราย อายุระหว่าง 3-4 ปี 23 ราย อายุระหว่าง 4-5 ปี 7 ราย อายุระหว่าง 5-6 ปี 6 ราย อายุระหว่าง 6-7 ปี 2 ราย อายุระหว่าง 7-9 ปี 7 ราย และอายุระหว่าง 9-14 ปี 1 ราย⁽⁴⁾ สำหรับพื้นที่อำเภอที่ผู้วิจัยคัดเลือกเป็นพื้นที่เป้าหมายคือ อำเภอดรอน โดยที่อำเภอ บ้านโคกพบผู้ป่วยจำนวน 22, 17, 20, 7 และ 10 คน คิดอัตราป่วยเป็น 153.65, 118.73, 139.33, 48.77 และ 69.67 ต่อแสนประชากร อำเภอท่าปลา พบผู้ป่วยจำนวน 11, 17, 79, 20 และ 7 คน คิดอัตราป่วยเป็น 29.94, 35.54, 179.46, 45.43 และ 15.90 ต่อแสนประชากร อำเภอดรอน พบผู้ป่วยจำนวน 5, 28, 33, 16 และ 6 คน คิดอัตราป่วยเป็น 14.30, 80.30, 94.74, 45.93 และ 17.23 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽⁵⁾ โดยจะเริ่มค้นพบผู้ป่วยมีการระบาดเริ่มจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเสมอๆ โดยจะพบผู้ป่วยในพื้นที่ในทุกปี และมีแนวโน้มที่จะเกิดการระบาดของโรคมือ เท้า ปากในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก เพื่อหาแนวทางการป้องกัน และช่วยลดภาวะเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคเพิ่มขึ้นในอนาคตและเพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการบริหารงานและกำกับดูแลสำหรับการวางแผนการปฏิบัติงานการควบคุมป้องกัน และเฝ้าระวังโรคมือ เท้า ปาก

ของจังหวัดอุดรดิตถ์ รวมถึงภาวสุขภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการระบาดของโรคที่มีลักษณะของการระบาดใกล้เคียงกันด้วย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรดิตถ์
3. เพื่อศึกษาความเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก
4. เพื่อศึกษาการสนับสนุนการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก จากทีมสุขภาพในพื้นที่
5. เพื่อศึกษาการสนับสนุนการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
6. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรดิตถ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรดิตถ์

สมมติฐานของการศึกษา

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติเรื่องโรคมือ เท้า ปาก มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามบทบาทการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในจังหวัดอุดรดิตถ์

2. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามบทบาทการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดอุดรดิตถ์

3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในการป้องกันโรค ระยะเวลาการปฏิบัติงานของผู้ดูแลเด็ก มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามบทบาทการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในจังหวัดอุดรดิตถ์

วิธีการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ประชากร ที่นำมาศึกษาเป็นผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดอุดรดิตถ์ ที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ในพื้นที่ 9 อำเภอ จำนวน 1,620 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ถูกเลือกแบบสุ่มอย่างมีระบบ โดยสุ่มจับสลากพื้นที่อำเภอตัวแทนที่มีผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในความรับผิดชอบของโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ประถมศึกษาอุดรดิตถ์ เขต 1 และ 2 สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดอุดรดิตถ์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง ในจังหวัดอุดรดิตถ์ ได้อำเภอที่ได้รับการสุ่มคัดเลือก ได้แก่ อำเภอบ้านโคก อำเภอท่าปลา และอำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ได้กลุ่มตัวอย่างประชากรที่นำมาศึกษาเป็น

ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่ปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า 1 ปี ในพื้นที่ 3 อำเภอที่เป็นตัวแทนทุกคน จำนวน 115 คน เก็บข้อมูลระหว่าง พฤษภาคม ถึง กันยายน 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตาม บทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพ การศึกษา การได้รับการอบรม ระยะเวลาการทำงานเป็นผู้ดูแลเด็ก

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ สาเหตุการเกิดโรค การติดต่อ อาการและอาการแสดง การป้องกันและควบคุมโรค มีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่และไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ความคิดเห็นหรือความพร้อมที่จะปฏิบัติตามการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก มีลักษณะคำถามประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 3 คำตอบ คือ มาก ปานกลาง และน้อย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 3 คำตอบ คือ มาก ปานกลาง และน้อย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 3 คำตอบ คือ มากเพียงพอ ปานกลาง และ ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการปฏิบัติตาม บทบาทในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ สม่าเสมอ/บางครั้ง และไม่ปฏิบัติตาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective Congruence: IOC) และพิจารณาแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ นำข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .6 ขึ้นไปมาใช้ในการศึกษา

2. ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำไปวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้ทำวิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กในเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 ราย นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ การตรวจสอบดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก ไปวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงด้วยวิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) โดยความเที่ยงตรง (Reliability) เท่ากับ .74

2.2 ทศนคติต่อโรคมือ เท้า ปาก การได้รับสนับสนุนจากทีมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น ความเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคมือ เท้า ปาก และการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็ก ไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรง (Reliability) ทั้งฉบับ ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงเท่ากับ .66 โดยรายละเอียด ดังนี้ ทศนคติต่อโรคมือ เท้า ปากของผู้ดูแลเด็ก ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75 การได้รับการสนับสนุนการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก จากทีมสุขภาพ

ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 การสนับสนุนการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 ความเพียงพอของทรัพยากรในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ได้ค่าความเที่ยง.86 ด้านการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมโรคมือ เท้า ปากของผู้ดูแลเด็ก ได้ค่าความเที่ยง .77

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย จัดเก็บจากผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ในอำเภอเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง และรวบรวม ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล นำมาวิเคราะห์ต่อไป

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรธานี (n=115)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	14	12.2
หญิง	101	87.8
2. อายุ (ปี)		
20 – 30 ปี	35	30.4
31 – 40 ปี	36	31.3
41 – 50 ปี	26	22.6
51 ปี ขึ้นไป	18	15.7
อายุเฉลี่ย 35.25 ปี ต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 57 ปี		
4. การศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	10	8.7
อนุปริญญา/ปวส.	15	13.0
ปริญญาตรี	83	72.2
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	7	6.1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

5. ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็ก		
1 – 5 ปี	12	10.4
6 – 10 ปี	35	30.4
10 – 15 ปี	37	32.2
15 ปี ขึ้นไป	31	27.0
6. การอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อในเด็ก		
เคยรับการอบรม	89	77.4
ไม่เคยรับการอบรม	26	22.6

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.8 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 31.3 อายุเฉลี่ย 32.25 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72.2 มีเพียงร้อยละปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กระหว่าง 10-15 ปี ร้อยละ 32.2 โดยมีประสบการณ์ระหว่าง 8.89 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 26 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อในเด็ก ร้อยละ 77.4

ในส่วนของ จำนวน ร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดอุตรดิตถ์พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดอุตรดิตถ์ จำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนต่ำสุด ได้แก่ ข้อ (5) โรคมือ เท้า ปาก ส่วนใหญ่ผู้ปวยมีอาการไม่รุนแรงหายเองได้ ตอบได้ถูกต้อง ร้อยละ 56.5 ข้อที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ข้อ (20) โรงเรียนและศูนย์เด็กเล็กพบว่ามักมีการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ตอบได้ถูกต้อง ร้อยละ 100

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดอุตรดิตถ์ (n = 115 คน)

ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก	จำนวน	ร้อยละ
สูง (16 – 20 คะแนน)	32	27.8
ปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	74	64.4
ต่ำ (1 – 11 คะแนน)	9	7.8
รวม	115	100.00

X = 13.31 คะแนน SD. = 2.66 คะแนน Min = 9 คะแนน Max = 18 คะแนน

จากตารางที่ 2 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดอุตรดิตถ์

อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 7.8 คะแนนเฉลี่ย 13.31 คะแนน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเพียงพอของทรัพยากรในการควบคุม
ป้องกันโรคมือ เท้า ปาก (n = 115 คน)

ความเพียงพอของทรัพยากร	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1. ห้องน้ำ-ห้องส้วม	2.54	.62	มาก
2. อ่างล้างหน้า-มือ	2.55	.38	มาก
3. สนุ่สำหรับใช้ล้างมือ	2.04	.96	ปานกลาง
4. พงซักฟอก/น้ำยาฆ่าเชื้อโรค/น้ำยาทำความสะอาดทั่วไป	2.41	.75	มาก
5. แอลกอฮอล์ หรือ เจล	1.54	1.08	น้อย
6. บุคลากร	2.42	.48	มาก
7. งบประมาณ	1.85	.92	ปานกลาง
โดยรวม	2.15	.23	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่า ความเพียงพอของทรัพยากรในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรดิตถ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.15$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก
จากทีมสุขภาพในพื้นที่ (n = 115 คน)

การสนับสนุนการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปาก จากทีมสุขภาพในพื้นที่	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1. ความรู้และวิธีควบคุมป้องกันโรค	2.55	.61	มาก
2. คำชมเชยหรือรางวัลในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก	1.65	1.06	ปานกลาง
3. ทีมสุขภาพช่วยแก้ปัญหาและควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปากและให้คำแนะนำเป็นอย่างดี	2.32	.92	ปานกลาง
4. ทีมสุขภาพสนับสนุนให้ท่านไปศึกษาดูงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่น	1.67	.89	ปานกลาง
5. การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปากจากทีมสุขภาพ เช่น น้ำยาฆ่าเชื้อโรค แอลกอฮอล์/เจล	1.76	1.02	ปานกลาง
โดยรวม	1.92	.25	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า การสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก จากทีมสุขภาพในพื้นที่ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.92$)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ การสนับสนุนการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้าปาก จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (n = 115 คน)

การสนับสนุนการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปาก จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1. ได้รับคำชมเชยจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อปฏิบัติหน้าที่ดูแลเด็กเป็นอย่างดี	1.98	.97	ปานกลาง
2. เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับฟัง ความคิดเห็นและคำแนะนำการปฏิบัติงานของท่าน	2.15	.68	ปานกลาง
3. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้รางวัล เมื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นอย่างดี	1.67	1.18	ปานกลาง
4. ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมป้องกัน โรคมือ เท้า ปาก เช่น สบู่ น้ำยาทำความสะอาดทั่วไป	2.54	.62	มาก
5. ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณในการควบคุม ป้องกันโรคมือ เท้า ปาก	1.64	.99	ปานกลาง
6. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนให้จัดหา สถานที่ให้มีอากาศถ่ายเทสะดวกเพื่อป้องกันการระบาดของ โรคมือ เท้า ปาก	2.14	.65	ปานกลาง
7. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนให้จัด สิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ถูกสุขลักษณะ	2.65	.48	มาก
8. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนให้เข้ารับ การฝึกอบรม	2.15	.92	ปานกลาง
9. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนให้ศึกษาต่อ	2.64	.62	มาก
10. การได้รับประกาศเกียรติคุณ รางวัล หรือค่าตอบแทนอื่น ในฐานะเป็นบุคคลผู้เสียสละให้กับส่วนรวมของชุมชนจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2.22	.91	ปานกลาง
โดยรวม	1.92	.20	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า การสนับสนุนการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้าปาก จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.92$)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุตรดิตถ์ (n= 115 คน)

การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
1. การติดตามเยี่ยมเด็กที่ป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก	1.96	.96	ปานกลาง
2. นำวิธีการกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ มาใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.45	.84	ปานกลาง
3. การสอนวิธีการล้างมือให้เด็กด้วยน้ำและสบู่เป็นประจำหลังขับถ่าย และก่อนรับประทานอาหาร	2.21	.91	ปานกลาง
4. ทานดูแลเล็บมือเล็บเท้าเด็กให้สะอาดอยู่เสมอ	2.79	.32	มาก
5. การรณรงค์ป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.31	.84	ปานกลาง
6. ให้ความรู้เด็กเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.45	.62	ปานกลาง
7. เข้าร่วมประชุมชี้แจงข่าวสารเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ในที่ประชุม ผู้ปกครองเด็ก	2.35	.98	ปานกลาง
8. เมื่อได้รับแจ้งว่ามีเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นโรคมือ เท้า ปาก จะรีบแจ้งผู้ปกครองเด็กช่วยกันควบคุมป้องกันทันที	2.65	.45	มาก
9. แยกของใช้ส่วนตัวของเด็กโดยการติดป้ายชื่ออย่างชัดเจน	2.78	.64	มาก
10. แยกภาชนะใส่อาหารของเด็กแต่ละคน	2.98	.16	มาก
11. ให้เด็กแต่ละคนใช้แก้วน้ำส่วนตัวทุกครั้งและไม่ให้ใช้แก้วน้ำร่วมกัน	2.84	.34	มาก
12. ทำความสะอาดของเด็กเล่นทุกวัน	2.64	.42	มาก
13. ทำความสะอาดห้องน้ำห้องส้วมด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อห้องน้ำทุกวัน	2.54	.62	มาก
14. ดูแลให้เด็กขับถ่ายลงในโถส้วม	2.98	.16	มาก
15. ผ้าปูที่นอนเด็กมีการซักและตากแดดเป็นประจำทุกสัปดาห์	2.96	.34	มาก
16. นำที่นอนเด็กผึ่งแดดเป็นประจำทุกสัปดาห์	2.94	.11	มาก
17. จัดสถานที่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้อากาศถ่ายเทสะดวก	2.56	.36	มาก
18. การเข้าร่วมประชุมเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากหรือด้านสุขภาพอื่นๆ	1.96	1.02	ปานกลาง
19. แนะนำให้ผู้ปกครองเด็กที่มีอาการไข้ มีจุดแดงอักเสบที่ลิ้น กระพุ้งแก้ม มีตุ่มแดงที่ฝ่ามือ นิ้วมือฝ่าเท้าไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1.87	1.24	ปานกลาง
20. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานโครงการหรือแนวทางการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและนำปัญหาการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปากจัดทำแผนงานโครงการหรือแนวทางในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.01	.65	ปานกลาง
โดยรวม	2.72	.23	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในจังหวัดอุตรดิตถ์

โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72$)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุตรดิตถ์ (n=115 คน)

การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1. การติดตามเยี่ยมเด็กที่ป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก	1.96	.96	ปานกลาง
2. นำวิธีการกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ มาใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.45	.84	ปานกลาง
3. การสอนวิธีการล้างมือให้เด็กด้วยน้ำและสบู่เป็นประจำหลังขับถ่าย และก่อนรับประทานอาหาร	2.21	.91	ปานกลาง
4. ท่านดูแลเล็บมือเล็บเท้าเด็กให้สะอาดอยู่เสมอ	2.79	.32	มาก
5. การรณรงค์ป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.31	.84	ปานกลาง
6. ให้ความรู้เด็กเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.45	.62	ปานกลาง
7. เข้าร่วมประชุมชี้แจงข่าวสารเกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ในที่ประชุม ผู้ปกครองเด็ก	2.35	.98	ปานกลาง
8. เมื่อได้รับแจ้งว่ามีเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นโรคมือ เท้า ปาก จะรีบแจ้งผู้ปกครองเด็กช่วยกันควบคุมป้องกันทันที	2.65	.45	มาก
9. แยกของใช้ส่วนตัวของเด็กโดยการติดป้ายชื่ออย่างชัดเจน	2.78	.64	มาก
10. แยกภาชนะใส่อาหารของเด็กแต่ละคน	2.98	.16	มาก
11. ให้เด็กแต่ละคนใช้แก้วน้ำส่วนตัวทุกครั้งและไม่ให้ใช้แก้วน้ำร่วมกัน	2.84	.34	มาก
12. ทำความสะอาดของเด็กเล่นทุกวัน	2.64	.42	มาก
13. ทำความสะอาดห้องน้ำห้องส้วมด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุกวัน	2.54	.62	มาก
14. ดูแลให้เด็กขับถ่ายลงในโถส้วม	2.98	.16	มาก
15. ผ้าปูที่นอนเด็กมีการซักและตากแดดเป็นประจำทุกสัปดาห์	2.96	.34	มาก
16. นำที่นอนเด็กผึ่งแดดเป็นประจำทุกสัปดาห์	2.94	.11	มาก
17. จัดสถานที่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้อากาศถ่ายเทสะดวก	2.56	.36	มาก
18. การเข้าร่วมประชุมเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปากหรือด้านสุขภาพอื่นๆ	1.96	1.02	ปานกลาง
19. แนะนำให้ผู้ปกครองเด็กที่มีอาการไข้ มีจุดแดงอักเสบที่ลิ้น กระพุ้งแก้ม มีตุ่มแดงที่ฝ่ามือ นิ้วมือฝ่าเท้าไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1.87	1.24	ปานกลาง
20. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน โครงการหรือแนวทางการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและนำปัญหาการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปากจัดทำแผนงาน โครงการหรือแนวทางในการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2.01	.65	ปานกลาง
โดยรวม	2.72	.23	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแล
เด็กของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในจังหวัด

อุดรดิตถ์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72$)

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก
ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรดิตถ์

ตัวแปร	(X1)	(X2)	(X3)	(X4)	(X5)	(X6)	(Y)
ความรู้โรคมือ เท้าปาก (X1)	1.00	.102	.111	-.080	.241*	.212*	.287*
ทัศนคติต่อโรค มือ เท้า ปาก (X2)		1.00	.388**	.279**	.173	.229*	.238*
การสนับสนุนของทีมสุขภาพ (X3)			1.00	.260**	.264**	.332**	.350**
การสนับสนุนขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (X4)				1.00	.425**	.367**	.156
ความเพียงพอของทรัพยากร(X5)					1.00	.689**	.524**
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (X6)						1.00	.506**
การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็ก (Y)							1.00

จากตารางที่ 8 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง
ตัวแปร 6 ตัว ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ด้านทัศนคติ
ด้านการได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ
ด้านการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ด้านความเพียงพอของทรัพยากรและ
ด้านระยะเวลาการปฏิบัติงานมีค่าอยู่ระหว่าง

-0.080 ถึง 0.689 ส่วนตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม
มีความสัมพันธ์กันระหว่าง .156 - .524 ข้อมูลชุดนี้
มีความเหมาะสมกับการใช้เทคนิคถดถอยพหุแบบ
ขั้นตอน คือ ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามมี
ความสัมพันธ์ไม่เกิน .80 ⁽⁶⁾ และตัวแปรอิสระต้อง
มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 9 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กต่อการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ดูแลเด็กเล็ก
ในศูนย์เด็กเล็ก จังหวัดอุดรดิตถ์

ตัวแปร	B	β	t	sig
ค่าคงที่	39.652		11.241	<.001
การได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ	.623	.464	5.413	<.001
ทัศนคติ	.152	.228	2.655	.009

$$R^2 = 0.323 \quad SEE = 3.284, F = 23.618 \quad Sig = <.001$$

จากตาราง 9 พบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก คือ การได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและทัศนคติ โดยตัวแปรการได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ พยากรณ์การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมโรคมือ เท้า ปาก

อภิปรายผล

1. การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมโรคมือ เท้า ปาก อยู่ในระดับดี เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกิจวัตรประจำวันที่กำหนดเป็นมาตรฐานการดูแลเด็กของศูนย์เด็กเล็กตามระเบียบคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ นอกจากนั้นยังมีแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ศูนย์เด็กเล็กต้องยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติด้วยและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็กมาแล้ว น่าจะเป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปากและมีความพร้อมในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาวิจัยเรื่อง บทบาทและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในตำบลป่าจั่ว อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดสุโขทัย⁽⁷⁾

2. ปัจจัยนำด้านความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลเด็กได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็กมาแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของมารดา

ได้ดีที่สุด ส่วนตัวแปรความรู้ การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและความเพียงพอของทรัพยากรไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

เด็ก กรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็ก ตำบลประชาสุขสันต์ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร⁽¹⁰⁾ ด้านทัศนคติอยู่ในระดับมากอาจเนื่องจากทัศนคตินั้นมีรากฐานมาจากความเชื่ออาจส่งผลต่อพฤติกรรมเพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่งๆไม่ว่าในรูปวาจาหรือการเขียนซึ่งจะไตร่ตรองถึงความเหมาะสมตามสภาพการณ์ทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร⁽⁸⁾

3. ปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากภาระหน้าที่งานประจำของทีมสุขภาพ ข้อจำกัดด้านงบประมาณ ความรู้และระดับการศึกษาของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน⁽¹¹⁾ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากงบประมาณที่จำกัดและความรู้ความเข้าใจของผู้บริหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน⁽⁹⁾

4. ปัจจัยเอื้อด้านความเพียงพอของทรัพยากรอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากงบประมาณและบุคลากรที่มีอย่างจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมกำบังมือ เท้า ปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน⁽⁹⁾

5. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพาการณการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรดิตถ์พบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก คือ การได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและทัศนคติ โดยตัวแปรการได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ พยากรณ์การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ได้ดีที่สุด รองลงมาคือทัศนคติและตัวแปรทั้งหมดร่วมพยากรณ์การปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ได้ร้อยละ 32.3 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์พยาบาล ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ ได้เข้ามาสนับสนุนให้บริการอย่างสม่ำเสมอและผู้ดูแลเด็กจะต้องพัฒนาตนเองเป็นมาตรฐานการดูแลเด็กของศูนย์เด็กเล็กตามระเบียบคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ เพื่อต้องการให้เกิดผลลัพธ์ด้านการพัฒนาระบบของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมกำบังมือ เท้า ปากของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาและการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 จากผลการศึกษา การได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและทัศนคติของผู้ดูแลเด็กมีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งสำนักงานควบคุมโรคระดับเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรสนับสนุนเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เพื่อให้คำปรึกษาด้านสาธารณสุขแก่ผู้ดูแลเด็ก สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมป้องกันโรค เช่น แอลกอฮอล์เจล เป็นต้นและจัดให้มีการศึกษาดูงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อันจะนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้

1.2 จากผลการศึกษา ความเพียงพอของทรัพยากร และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังอยู่ในระดับต่ำ จึงควรได้รับการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณจากผู้เกี่ยวข้อง ทั้งจากทีมสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ร่วมกันมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกัน โรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้ดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ผู้วิจัยเสนอว่าควรมีการทำวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ของเครือข่ายเคลื่อนที่เร็วในระดับอำเภอ และตำบล (SRRT Networks) ในจังหวัดอุดรดิตถ์ เพื่อสอบถามในส่วนของภาคีด้านสุขภาพที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกันต่อไป

2.2 ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการ ควบคุมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก เพื่อให้

ได้ข้อมูลเชิงลึก เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก มาวางแผน

การควบคุมป้องกันโรค

เอกสารอ้างอิง

- 1.ทัศนีย์ พาณิษฐ์กุล, สุชาดา โทผล, ชาญฤทธิ คำชาย, พิสุทธิ ปทุมมาสูตร, สุภาวดี สมบูรณ์, ชลภัทร สุขเกษม และจุฑา ทิพย์ ศรีจันทร์ศรีมี. มาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายเอนเทอโรไวรัสกับการเกิดโรค มือเท้าปากในเด็กปฐมวัย. วารสารสาธารณสุขและพัฒนา. 2553; 8: 173-185.
- 2.สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506. (ออนไลน์) 2558 (วันที่ค้นข้อมูล 1 พฤศจิกายน 2558). เข้าถึงได้จาก : http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y58/d71_5258.pdf.
- 3.สรุปผลงาน งานระบาดวิทยา สสจ.อุตรดิตถ์.2558.
- 4.สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506. (ออนไลน์) 2558 (วันที่ค้นข้อมูล 1 พฤศจิกายน 2558). เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=71>
- 5.สรุปรายงานสถานการณ์ โรค มือ เท้า ปาก ปี 2558. สรุปผลงาน งานระบาดวิทยา สสจ.อุตรดิตถ์.2558.
- 6.ประคอง กรรณสูตร. 2539, อ้างถึงในเสน่ห์ แสงเงิน. 2551. ระดับความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคไข้หวัดนกของ

เกษตรกรที่เพาะเลี้ยงไก่พื้นเมืองจังหวัดสุโขทัย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.

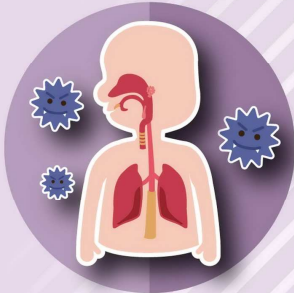
7.นิทัศน์ รัตนนิลอมร. บทบาทและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุม ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่2009ในตำบลป่าจั่ว อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.

8.สิวารีย์ พิมพ์ประเสริฐ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของมารดาเด็กกรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็กตำบลประชาสุขสันต์ อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2553.

9.สันติพงษ์ กันทะวาริ. พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า และปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูนวิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.

มัก เป็นในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี มีไข้ปวดศีรษะ คลื่นไส้ปวดเมื่อย
มีตุ่มพองเล็กๆบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้า และในปากลิ้น กระพุ้งแก้ม กัน

สาเหตุ



เกิดจากเชื้อเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus) ติดต่อการสัมผัสกับสารคัดหลั่ง ทั้งจากมูก, ลำคอ และน้ำจากในตุ่มใสและอาจติดมากับสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ หรือการไอจามรดกันก็ได้

อาการ



การรักษา



ให้ยาลดไข้ ยาแก้ปวด เช็ดตัวให้อาหารอ่อนๆ ดื่มน้ำและผลไม้ นอนพักผ่อน เด็กเล็กควรป้อนนม แทนการดูดจากขวดนม หากรุนแรง เช่น ไข้สูง ซึม อาเจียนบ่อยๆ หอบ แขนขาอ่อนแรง ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ รับพาไปพบแพทย์

โรคมือ-เท้า-ปาก Hand-Foot-Mouth disease

การป้องกัน

ตัดเล็บให้สั้น หมั่นล้างมือด้วยน้ำสบู่บ่อยๆ ไม่ใช้สิ่งของร่วมกัน ต้องแยกผู้ป่วยที่เป็นโรคออกจากกลุ่มเพื่อนในโรงเรียน สถานเลี้ยงเด็กเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ทำความสะอาดพื้น ห้องน้ำ สุขา เครื่องใช้ ของเล่น สนามเด็กเล่น ตลอดจนเสื้อผ้าที่อาจปนเปื้อนเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใส่ทั่วไประยะในบ้าน หากมีเด็กป่วยจำนวนมาก อาจจำเป็นต้องปิดสถานที่ชั่วคราว (1-2 สัปดาห์) และทำความสะอาดฆ่าเชื้อโรคโดยอาจใช้สารละลายเจือจางของน้ำยาฟอกขาว 1 ส่วนผสมกับน้ำ 30 ส่วน



สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
<http://www.riskcomthai.org>

1422

สายด่วนกรมควบคุมโรค

การศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยง
โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอุตรดิตถ์

The study of comparison of Health Literacy and Health Behavior among the risk groups of diabetes
and hypertension in urban and rural area, Uttaradit.

ประการ เข้มแข็ง วท.ม.

Prakarn Khemkhaeng M.Sc.

นันทยา อ่อนคง วท.บ.

Nantaya Onkong B.Sc.

มนีรัตน์ วงศ์พุ่ม บธ.บ.

Maneerat Wongpum B.B.A.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (ออกกำลังกาย,การบริโภคอาหาร,การจัดการความเครียดทางอารมณ์,การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา)ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดกลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดำเนินการศึกษาโดยรวบรวม ข้อมูลจากประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากระบบการคัดกรอง ในปีงบประมาณ 2557 ทั้ง 9 อำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ในเขตชุมชนเมือง(เขตเทศบาล) และเขตชนบท จำนวน 400 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Independent t-test, chi-square

ผลการศึกษาเปรียบเทียบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า ความรู้และความเข้าใจพื้นฐานฯ มีความแตกต่างทางสถิติ ค่า $p\text{-value} = 0.00$ ($p < 0.05$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.0 ในเขตชนบท ซึ่งสูงกว่าเขตเมือง คือ 6.3 (จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) และด้านการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมฯ ของกลุ่มเสี่ยงฯของเขตเมืองและเขตชนบท ไม่มีความแตกต่างกัน ค่า $p\text{-value} = 0.2$ ($p < 0.05$) โดยพบว่าค่าเฉลี่ยในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง คือ 10.6 และ 9.7 ตามลำดับ(คะแนนเต็ม 20 คะแนน) และพบว่ากลุ่มเสี่ยงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 73 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 70.1 และมีขั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน คือ ขั้นสื่อสารปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ร้อยละ 70.5,ขั้นการคิดวิจารณ์หรือวิพากษ์ ร้อยละ 70.5 และขั้นพื้นฐาน(เป็นผู้มีทักษะทางปัญญาด้านสุขภาพ) ร้อยละ 53 และแยกรายองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรม 3อ.2ส. ซึ่งกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สูง ร้อยละ 60 และอยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, ด้านทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง, ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านทักษะการตัดสินใจและเลือกที่ถูกต้อง และยังพบว่า

ทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ สำหรับด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ.2ส. กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 77.1 ซึ่งระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 67.3 รองลงมามีทักษะการปฏิบัติตัวในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 23.0 ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ ดังนี้ ควรมีการประเมินวัดความรู้ทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เพื่อใช้ในการพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดประสิทธิผล และใช้กระบวนการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ เป็นกลยุทธ์หลักสำคัญเริ่มต้นในแผนงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ตามกลุ่มวัยและโรคที่เป็นปัญหาตาม แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

Abstract

The purposes of this study are to compare Health Literacy and Health Behavior (exercise, food consumption, preparation of emotional stress, smoking, and alcohol drinking) of risk groups of diabetes/hypertension in urban and rural areas, Uttaradit in order to use the information to determine the strategic development of health in all aspects and behavioral changes for preventing and better controlling diabetes and hypertension. The information was gathered from people over 15 years old who have a risk of diabetes and hypertension. Those people were screened from 9 districts in the 2015 budget, by means of multi-stage sampling of 400 people in urban and rural areas. The descriptive statistics was analyzed by means of using percentage, means, standard deviation, and analysis statistics by means of Independent t-test and Chi-square.

The results of the study of comparison of Health Literacy and Behavior Literacy among the risk groups of diabetes and hypertension in urban and rural area was that there were statistical difference. It was found that there were statistical difference in basic knowledge and understanding. The p-value = 0.00 ($p < 0.05$). The means value in rural area is higher than that in rural area. That was 7.0 and 6.3 (The full point is 10). In social participation of health activities in urban and rural areas, there was no significantly_ p-value = 0.2 ($p < 0.05$) It was found that the means value in rural area was higher than rural area. That was 10.6 and 9.7 respectively. (full point was 20)

73 % of the risk group in rural area has passed the health literacy with the means value in average level with the score of 70.1 %. They had passed all 3 advanced levels in health literacy: the level of personal interactive communication 70.5 %, the level of giving comments and criticize 70.5 %, and the basic level (those who had intellectual skills in health) 53 %. When classified in more detail, it was found that they had knowledge and understanding of basis on performance according to the principle of health literacy and health behavior, 60% of them are most of the risk groups are in a high level. Skills in accessing information and health service, skills in self management of health condition, skills in updating media and information, skills in making decisions and selecting right options were in moderate levels. But skills in communication, and enhancing skillfulness in health were in an insufficient level. For behavioral literacy, most of them passed the required measure 77.1%, the level of self behavior was in average 67.3 %, and self behavior in an insufficient level of 23.0 %.

From this study, there are some suggestions as the following: There should be evaluation measure of health literacy of the risk groups of diabetes/hypertension in order to develop strategic communication for effective changes in health behavior and apply the enhancing process of development as a significant strategy for health communication in order to start the plan of solving public health problems in accordance with age groups, and diseases in the developing plan of health systems.

Key words: Health literacy, Health behavior, Risk groups of diabetes/hypertension

บทนำ

จากผลการสำรวจประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยง⁽¹⁾ ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุรารอยู่ในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นชายร้อยละ 17 และหญิงร้อยละ 2 และพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน เป็นชายร้อยละ 46 และเป็นหญิงร้อยละ 2 และพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ที่ยังอยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน พบมากกว่าร้อยละ 75 จากผลของความเสียดังกล่าว เป็นเหตุให้มีแนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยพบว่า ความชุกของโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจหลอดเลือด พบในเพศชาย ถึงร้อยละ 23 รองลงมาในหญิงร้อยละ 21 และมีสภาวะความดันโลหิตสูง และระดับไขมันในเลือดสูง ในหญิงร้อยละ 17 รองลงมาในชายร้อยละ 14 และที่สำคัญคือพบโรคเบาหวานในหญิง ร้อยละ 7 รองลงมาในชาย ร้อยละ 6 และจากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ พบอัตราการตายโรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวาน ระดับประเทศ จากปี 2555 ถึง ปี 2557 มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ 5.73/12.06 , 7.99/14.93 และ 10.95/17.53 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนข้อมูลอัตราการตายโรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 2 ปี 2555-2557 คือ 7.30/8.96, 11.6/11.65 และ 12.96/13.59 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และข้อมูลอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง/โรคเบาหวาน ในจังหวัดอุตรดิตถ์ ปี 2555-2557 ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน คือ 4.34/3.04, 9.98/9.54 และ 11.94/13.67 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ปัญหาที่รุนแรงเพิ่มขึ้น และยังพบว่าอัตราป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นใน 3 ปีซ้อนหลัง จาก ปี 2554 ถึง ปี 2556 ดังนี้

ในระดับประเทศ คือ 968.22/1,433.61, 1,050/1,570.63 และ 1,081.25/1,621.72 ตามลำดับ ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 2 คือ 992.01/1,654.68, 1,072.89/1,803.21 และ 1,103.50/1,869.15 ตามลำดับ และข้อมูลอัตราป่วยในจังหวัดอุตรดิตถ์ คือ 1,249.60/2,425.79, 1,350.05/2,534.22 และ 1,396.53/2,615.67 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแนวโน้มขนาดของปัญหาโรคเรื้อรังกำลังเพิ่มทวีคูณขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีการพัฒนาการบริการ หรือจะมีการสื่อสารสุขภาพหรือจัดกิจกรรมรณรงค์มากมายก็ตาม และปัญหาสุขภาพของคนไทยที่สำคัญในปัจจุบันนี้ ส่วนหนึ่งมาจากปัญหาการขาดความรู้ด้านสุขภาพ และขาดทักษะพื้นฐานที่จำเป็นด้านสุขภาพ หรือ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์⁽³⁾

จากปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวมาสู่แนวคิดการนำเอาแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) มาพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพตามคุณลักษณะ 6 ด้าน⁽⁴⁾ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access), ความรู้ความเข้าใจ (cognitive), ทักษะการสื่อสาร (communication skill), ทักษะการตัดสินใจ (decision skill), การจัดการตนเอง (self-management) และความรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) เพื่อค้นหาสาเหตุว่าประชาชนยังขาดองค์ประกอบใดของความรู้ด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่อไป ซึ่งมีการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีอยู่อาศัยต่างกันจะมีความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน⁽⁵⁾ ดังนั้นผู้ทำการศึกษาจึงเห็นว่าควรจะศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 302ส.(ออกกำลังกาย, อาหาร, การจัดการทางอารมณ์, การสูบบุหรี่ และ

การดื่มสุรา) ที่กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ใช้เป็นแนวทางในการลดพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งเป็นสาเหตุของการก่อให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ที่มีอยู่อาศัยต่างกันระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท ในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์ เพื่อใช้ในการพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดประสิทธิผล และใช้กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นกลยุทธ์หลักสำคัญเริ่มต้นในแผนงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ตามกลุ่มวัยและโรคที่เป็นปัญหาตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.(ออกกำลังกาย,การบริโภคอาหาร,การจัดการความเครียดทางอารมณ์,การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา) ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระหว่างในเขตเมืองและในเขตชนบท จังหวัดอุตรดิตถ์

วิธีการศึกษา การดำเนินการศึกษาประกอบด้วย

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากระบบการคัดกรองของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขใน ปีงบประมาณ 2557 ที่อาศัยในเขตจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 81,531 คน (ข้อมูล 43 แฟ้ม ศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดอุตรดิตถ์ ปี 2557) และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง แต่ละอำเภอในเขตจังหวัดอุตรดิตถ์

2. ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

2.1 การจัดแบ่งเขตใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) จัดแบ่งพื้นที่ เป็น 2 เขต ได้แก่ เขตชุมชนเมือง(เขตเทศบาล) และเขตชนบท (นอกเขตเทศบาล)

2.2 คัดเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนเขตเมือง (เขตเทศบาล) และเขตชนบท(นอกเขตเทศบาล) โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ ลับแล พิชัย ตรอน ทองแสนขัน บ้านโลกฟากท่าและน้ำปาด

2.3 สุ่มเลือกตำบล(เขตเทศบาล) แบบเฉพาะเจาะจง(Purposive sampling)ในอำเภอที่มี 1 เทศบาล และอำเภอที่มีมากกว่า 1 เทศบาล ใช้วิธีจับสลากเลือกตำบลที่เป็นเขตเทศบาล อำเภอละ 1 ตำบล และในเขตชนบท ใช้การสุ่มเลือกตำบลที่เป็นตัวแทนเขตชนบท (นอกเขตเทศบาล) ในทุกอำเภอๆ ละ 1 ตำบล

2.4 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครชีแอนด์มอร์แกน⁽⁶⁾ โดยได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ตามหลักความน่าจะเป็น ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1)กลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง (เขตเทศบาล) ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) รายตำบลๆละ 22-24 คน รวมจำนวน 200 คน

2) กลุ่มตัวอย่างในเขตชนบท(นอกเขตเทศบาล) ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) รายตำบลๆละ 22-24 คน รวมจำนวน 200 คน

3.รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือของ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว (เนื่องด้วยเป็นการทำงานประจำสำนักงานวิจัย เป็นเครื่องมือที่ต้องใช้วัดประชาชนในพื้นที่ของงานสุกศึกษา) เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 9 ตอน รวม 64 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

3.1 การเก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต./ศสม./รพช. ระยะเวลาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2557 ถึงกันยายน 2557 และนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Independent t – test (Students t – test) , Chi – square เพื่ออธิบายข้อมูลทางชีวสังคม , ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และใช้เกณฑ์คะแนนวัด

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ อังศิณันท์ อินทรกำแหง โดยนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ,ส่วนที่ 3 การเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ และส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

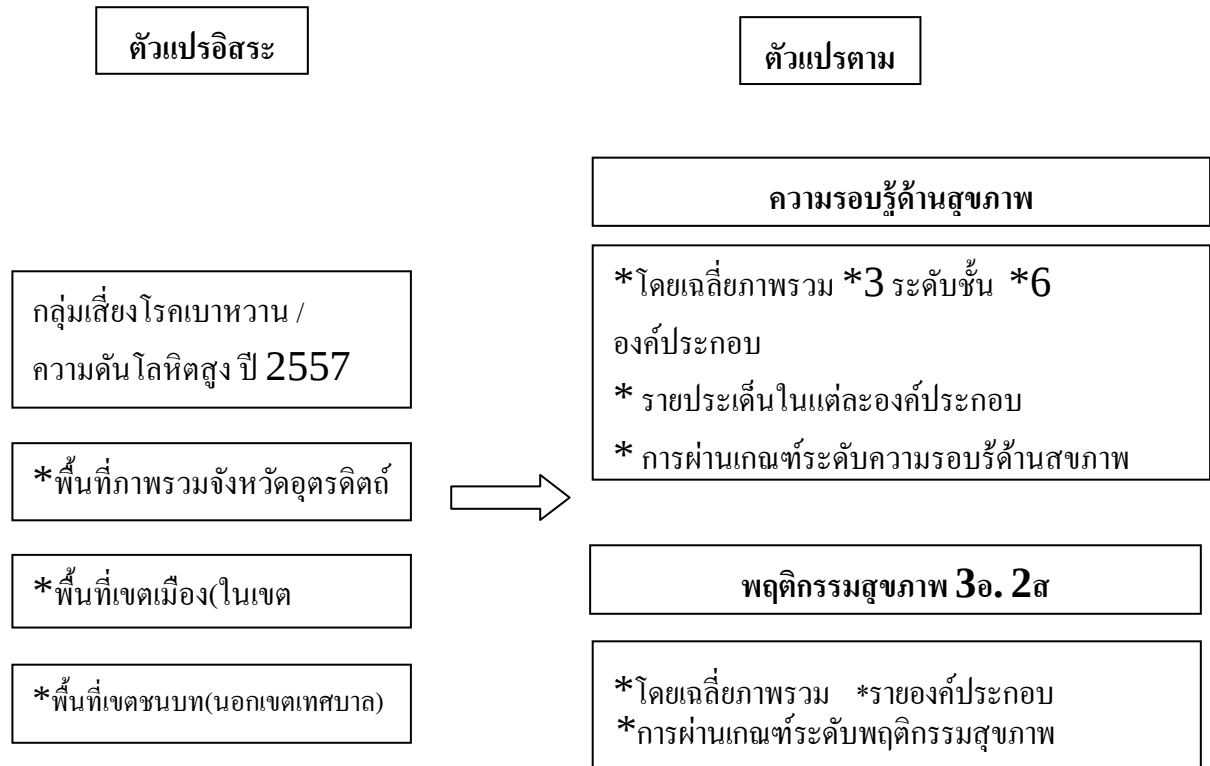
4.ขอบเขตการศึกษา

4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการศึกษาจากการทำงานประจำสำนักงานวิจัย (R2R) กรอบเนื้อหาที่ศึกษาจากเครื่องมือของกองสุกศึกษา ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว

4.2 เป็นการศึกษาเฉพาะในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ ภายในระยะเวลาปีงบประมาณ 2557-2558

4.3 เกณฑ์การให้คะแนนเป็นเกณฑ์ที่กำหนดมาโดยผู้เชี่ยวชาญโดยการสังเคราะห์และการพัฒนาดัชนีวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ สงเคราะห์และสุขภาพของ ดร.อังศิณันท์ อินทรกำแหง ร่วมกับกองสุกศึกษากระทรวงสาธารณสุข

5. กรอบแนวคิดในการศึกษา จากการทบทวนทฤษฎีและงานวิจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดการศึกษา ดังตารางภาพ ต่อไปนี้



ผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ มีผลปรากฏดังนี้

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ปรากฏผลดังนี้

1.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ2ส.

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับชั้นความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี

ระดับชั้นความรู้ด้านสุขภาพ (N = 400)	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.
ขั้นพื้นฐาน (องค์ประกอบ 1 และ 2) (เต็ม 30 คะแนน)			17.6	3.6
เป็นผู้มีทักษะทางปัญญอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน<18 คะแนน)	188	47.0	1.5	0.4
เป็นผู้มีทักษะทางปัญญอยู่ในระดับสูง (18-30 คะแนน)	212	53.0		
ระดับชั้นสื่อสารปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(องค์ประกอบ 3 และ 4) (เต็ม 44 คะแนน)			23.2	5.9
สื่อสารปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ (คะแนน<26 คะแนน)	118	29.5	1.7	0.4
สื่อสารปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง (26-44 คะแนน)	282	70.5		
ระดับชั้นการคิดวิจารณ์หรือวิพากษ์ (องค์ประกอบ 5 และ 6) (เต็ม 40 คะแนน)			25.7	5.5
การคิดวิจารณ์อยู่ในระดับต่ำ (คะแนน<24 คะแนน)	135	33.8	1.6	0.4
การคิดวิจารณ์อยู่ในระดับสูง (24-40 คะแนน)	265	66.3		

หมายเหตุ *ใช้เกณฑ์คะแนนวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของ อังคินันท์ อินทรกำแหง⁽⁸⁾

**ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ในแต่ละระดับต้องมีคะแนนร้อยละ 60 ขึ้นไปของคะแนนเต็มหรืออยู่ในระดับสูง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในภาพรวมจังหวัดอุดรธานี จำแนกตามระดับชั้นความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ในขั้นพื้นฐาน (ผู้มีทักษะทางปัญญาด้านสุขภาพ) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 47 โดยมีค่าเฉลี่ย 17.6 (จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) และในขั้นสื่อสารปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่วนใหญ่เป็นผู้มีการสื่อสารปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.5 และอยู่ในระดับต่ำเพียง ร้อยละ 29.5 และมีค่าเฉลี่ย 23.2 (จากคะแนนเต็ม

44 คะแนน) และในระดับชั้นการคิดวิจารณ์หรือวิพากษ์ (มีทักษะการคิดวิจารณ์หรือวิพากษ์) ส่วนใหญ่เป็นผู้มีการสื่อสารปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70.5 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 29.5 โดยมีค่าเฉลี่ย 25.7 (จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน)

จากผลดังกล่าว พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงของจังหวัดอุดรธานี มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และผ่านเกณฑ์ ทั้ง 3 ระดับ คือขั้นพื้นฐาน ขั้นสื่อสารปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และชั้นการคิดวิจารณ์หรือวิพากษ์

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกาปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรดิตถ์

ระดับชั้นความรู้ด้านสุขภาพ (N =400)	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.
ความรู้ด้านสุขภาพ (เต็ม 124 คะแนน)			70.1	15.2
ไม่เพียงพอ (คะแนน ≤ 61 คะแนน)	108	27.0		
ระดับพอใช้ (คะแนน 62-93 คะแนน)	280	70.0		
ระดับดี (คะแนน 94-124 คะแนน)	12	3.0		
ไม่ผ่านเกณฑ์ (ระดับไม่เพียงพอ คะแนน ≤ 61 คะแนน)	108	27.0		
ผ่านเกณฑ์ (ระดับพอใช้ - ระดับดี)คะแนน 62-124 คะแนน)	292	73.0		

หมายเหตุ *ใช้เกณฑ์คะแนนวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง⁽⁸⁾

**ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ถึงระดับดี

จากตารางพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ภาพรวมจังหวัดอุดรดิตถ์ มีระดับความรู้เฉลี่ย 70.1 โดยกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาอยู่ใน

ระดับไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 27 ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ต่อไป และกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 73 และไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 27

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมกาปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จำแนกตามเขตเมืองและเขตชนบท (N=400)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพ (เต็ม 124 คะแนน)				0.6	398	0.5
เขตเมือง	200	69.6	14.7			
เขตชนบท	200	70.5	15.7			

($p < 0.05$)

จากตารางที่ 3 พบว่าการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพฤติกรรมกาปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท ไม่มีความแตกต่างกัน

ค่า p -value = 0.5 และกลุ่มเสี่ยงฯ ในเขตชนบทมีค่าเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มเสี่ยงฯ ในเขตเมือง คือ 70.5 และ 69.6 (จากคะแนนเต็ม 124 คะแนน) ตามลำดับ

1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามรายองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบ ปรากฏผล ดังตารางที่ 4 ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามรายองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี

ระดับขั้นความรู้ด้านสุขภาพ (N = 400)	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.
<u>องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้และความเข้าใจพื้นฐาน (เต็ม 10 คะแนน)</u>				
ต่ำ (คะแนน ≤ 7 คะแนน)	160	40.0		
สูง (คะแนน 7-10 คะแนน)	240	60.0	6.6	1.8
<u>องค์ประกอบที่ 2 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ(เต็ม 20 คะแนน)</u>				
ไม่เพียงพอ (คะแนน 0-9 คะแนน)	121	30.3		
ระดับพอใช้ (คะแนน 10-15 คะแนน)	256	64.0	10.9	2.9
ระดับดี (คะแนน 16-20 คะแนน)	23	5.8		
ผ่านเกณฑ์ (ระดับพอใช้ ถึง ระดับดี)คะแนน 10-20 คะแนน	279	69.8		
<u>องค์ประกอบที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ(เต็ม 24 คะแนน)</u>				
ไม่เพียงพอ (คะแนน 0-12 คะแนน)	218	54.5		
ระดับพอใช้ (คะแนน 13-18 คะแนน)	178	44.5	12.2	2.7
ระดับดี (คะแนน 19-24 คะแนน)	4	1.0		
ผ่านเกณฑ์ (ระดับพอใช้ ถึง ระดับดี)คะแนน 13-24 คะแนน	182	45.5		
<u>องค์ประกอบที่ 4 ด้านทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง(เต็ม 20 คะแนน)</u>				
ไม่เพียงพอ (คะแนน 0-9 คะแนน)	117	29.3		
ระดับพอใช้ (คะแนน 10-15 คะแนน)	248	62.0	10.9	3.8
ระดับดี (คะแนน 16-20 คะแนน)	35	8.8		
ผ่านเกณฑ์ (ระดับพอใช้ ถึง ระดับดี)คะแนน 10-20 คะแนน	283	70.8		
<u>องค์ประกอบที่ 5 ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (เต็ม 20 คะแนน)</u>				
ไม่เพียงพอ (คะแนน 0-9 คะแนน)	141	35.3		
ระดับพอใช้ (คะแนน 10-15 คะแนน)	211	52.8	10.6	4.4
ระดับดี (คะแนน 16-20 คะแนน)	48	12.0		
ผ่านเกณฑ์ (ระดับพอใช้ ถึง ระดับดี)คะแนน 10-20 คะแนน	259	64.8		
<u>องค์ประกอบที่ 6 ด้านทักษะการตัดสินใจและเลือกที่ถูกต้อง (เต็ม 20 คะแนน)</u>				
ไม่เพียงพอ (คะแนน 0-9 คะแนน)	15	3.8		
ระดับพอใช้ (คะแนน 10-15 คะแนน)	197	49.3	15.0	2.7
ระดับดี (คะแนน 16-20 คะแนน)	188	12.0		
ผ่านเกณฑ์ (ระดับพอใช้ ถึง ระดับดี)คะแนน 10-20 คะแนน	385	96.2		

หมายเหตุ *ใช้เกณฑ์คะแนนวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง⁽⁸⁾

**ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ถึงระดับดี (องค์ประกอบที่ 2-6)

จากตารางที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามรายองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี ปรากฏผลดังนี้

1) องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้และความเข้าใจพื้นฐาน กลุ่มเสี่ยงฯ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สูง ร้อยละ 60 และในระดับต่ำ ร้อยละ 40 และมีค่าเฉลี่ย 6.6 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

2) องค์ประกอบที่ 2 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ 64 รองลงมา มีทักษะฯ ไม่เพียงพอ ร้อยละ 30.3 และมีทักษะฯ ระดับดีเพียงร้อยละ 5.8 และผ่านเกณฑ์ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 69.8 และมีค่าเฉลี่ย 10.9 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

3) องค์ประกอบที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับทักษะการสื่อสารฯ ระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 54.5 รองลงมา มีทักษะการสื่อสารฯ ระดับพอใช้ ร้อยละ 44.5 และมีทักษะสื่อสารฯ ระดับดีเพียงร้อยละ 1.0 และกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ร้อยละ 45.5 และมีค่าเฉลี่ย 12.2 จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน

4) องค์ประกอบที่ 4 ด้านทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในมีทักษะการจัดการเงื่อนไขฯ ในระดับพอใช้ ร้อยละ 62 รองลงมา มีทักษะการจัดการเงื่อนไขฯ

ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 29.3 และมีทักษะจัดการเงื่อนไขฯ ในระดับดีเพียง ร้อยละ 8.8 และกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ร้อยละ 70.8 และมีค่าเฉลี่ย 10.9 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

5) องค์ประกอบที่ 5 ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับทักษะการรู้เท่าทันสื่อฯ ในระดับพอใช้ ร้อยละ 52.8 รองลงมา มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อฯ ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 35.3 และมีทักษะการรู้เท่าทันสื่อฯ ในระดับดี ร้อยละ 12 และกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ทักษะการรู้เท่าทันสื่อฯ ร้อยละ 64.8 และมีค่าเฉลี่ย 10.6 จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

6) องค์ประกอบที่ 6 ด้านทักษะการตัดสินใจและเลือกที่ถูกต้อง กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับทักษะการตัดสินใจฯ ในระดับพอใช้ ร้อยละ 49.3 รองลงมา มีทักษะการตัดสินใจฯ ในระดับดี ร้อยละ 47.0 และมีทักษะการตัดสินใจฯ ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 3.8 และกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การตัดสินใจฯ ร้อยละ 96.2 และมีค่าเฉลี่ย 15.0 คะแนนเต็ม 20 คะแนน

จากผลดังกล่าว สรุปได้ว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี มีความรู้และความเข้าใจพื้นฐาน อยู่ในระดับสูง ส่วนทักษะตามองค์ประกอบอื่นๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ องค์ประกอบ 2,4,5 และ 6 และส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ยกเว้นองค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ พบว่ากลุ่มเสี่ยงฯ มีทักษะไม่เพียงพอ และไม่ผ่านเกณฑ์

1.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามรายองค์ประกอบ ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท ปรากฏผล ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามรายองค์ประกอบ ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท (N=400) ($p < 0.05$)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	Mean	S.D.	t	df	p-value
<u>องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้และความเข้าใจพื้นฐาน</u>				3.8	398	0.0
เขตเมือง	200	6.3	1.9			
เขตชนบท*	200	7.0	1.6			
<u>องค์ประกอบที่ 2 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ</u>				0.9	398	0.3
เขตเมือง*	200	11.1	2.8			
เขตชนบท	200	10.8	3.1			
<u>องค์ประกอบที่ 3 ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ</u>				1.1	398	0.2
เขตเมือง	200	12.0	2.8			
เขตชนบท*	200	12.4	2.6			
<u>องค์ประกอบที่ 4 ด้านทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง</u>				0.6	398	0.4
เขตเมือง*	200	11.1	3.8			
เขตชนบท	200	10.7	3.9			
<u>องค์ประกอบที่ 5 ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ</u>				0.3	398	0.7
เขตเมือง	200	10.5	4.6			
เขตชนบท*	200	10.7	4.1			
<u>องค์ประกอบที่ 6 ด้านทักษะการตัดสินใจและเลือกที่ถูกต้อง</u>				0.7	398	0.4
เขตเมือง	200	14.9	2.6			
เขตชนบท*	200	15.1	2.8			

จากตารางที่ 5 เมื่อทดสอบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามรายองค์ประกอบ ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้และความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรม 3อ.2ส.ของเขตเมืองและเขตชนบท มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < 0.05$) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบอื่นๆ ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท ไม่แตกต่างกัน และพบว่าค่าเฉลี่ย*ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามรายองค์ประกอบ ในเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท ได้แก่ องค์ประกอบที่ 2 และ 4 นอกนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพตามรายองค์ประกอบของเขตชนบท สูงกว่าเขตเมือง ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1,3,5 และ 6

2. การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมหรือคนในชุมชนจัดขึ้นหรือการเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 30.2ส.ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรดิตถ์ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมหรือเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 30.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรดิตถ์ (N = 400)

ระดับการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.
ระดับการมีส่วนร่วมกิจกรรม (เต็ม 20 คะแนน)			10.2	4.9
ระดับ 1 ไม่เพียงพอ (คะแนน 0-9 คะแนน)	157	39.3		
ระดับ 2 พอใช้ (คะแนน 10-15 คะแนน)	187	46.8		
ระดับ 3 ดี (คะแนน 16-20 คะแนน)	56	14.0		
ผ่านเกณฑ์ (ระดับพอใช้ ถึง ระดับดี)(คะแนน 10-20 คะแนน)	243	60.8		

หมายเหตุ *ใช้เกณฑ์คะแนนวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของ อังสินันท์ อินทรกำแหง⁽⁷⁾

**ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ถึงระดับดี

ตารางที่ 7 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท (N = 400) ($p < 0.05$)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม				1.0	398	0.2
เขตเมือง	200	9.7	5.0			
เขตชนบท	200	10.6	4.7			

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรดิตถ์มีระดับการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมหรือเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 30.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 10.2 และส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60.8 และไม่พบความแตกต่างการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม¹ p-value เท่ากับ 0.2 ของกลุ่มเสี่ยงฯของเขตเมืองและเขตชนบท ดังตารางที่ 7

3.พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี (N = 400)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.
ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (เต็ม 40 คะแนน)			24.1	4.5
ระดับ 1 ไม่เพียงพอ (คะแนน 0-20 คะแนน)	92	23.0		
ระดับ 2 พอใช้ (คะแนน 21-30 คะแนน)	269	67.3		
ระดับ 3 ดี (คะแนน 30-40 คะแนน)	39	9.8		
ผ่านเกณฑ์ (ระดับพอใช้ ถึง ระดับดี)คะแนน 21-40 คะแนน)	308	77.1		

หมายเหตุ *ใช้เกณฑ์คะแนนวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของ อังคินันท์ อินทรกำแหง⁽⁸⁾

**ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ถึงระดับดี

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท (N = 400) ($p < 0.05$)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.				0.0	398	0.9
เขตเมือง	200	24.21	4.351			
เขตชนบท	200	24.07	4.758			

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานีมีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. หรือระดับการปฏิบัติตัว/การดูแลและคงรักษาสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. ในระดับพอใช้ร้อยละ 67.3 รองลงมา อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 23.0 และกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 77.1 และเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า ค่า p -value เท่ากับ 0.9 ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของเขตเมืองและเขตชนบท ไม่มีความแตกต่างกันตามตารางที่ 9

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอุดรธานี ข้างต้นจะเห็นได้ว่า

1.ระดับขั้นความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ด้าน คือ ขั้นสื่อสารปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเท่ากับขั้นการคิดวิจารณ์หรือวิพากษ์

คิดเป็นร้อยละ 70.5 โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นผู้มีทักษะทางปัญญาด้านสุขภาพร้อยละ 53 สอดคล้องกับจุฑามณี กันกรุง, ไพลิน เขียวอินทร์, สุนารี แซ่เถา⁽⁷⁾ พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความแตกฉานด้านสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเอง ทักษะ การตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ โดยมีข้อสังเกตว่าในขั้นพื้นฐานนี้ทักษะทางปัญญาด้านสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 47 ทั้งนี้ไม่สอดคล้องกับ อังสินันท์ อินทรกำแหง⁽⁸⁾ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามระดับทักษะทางปัญญาและสังคมพบว่า ในระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์อยู่ในระดับพอใช้ และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานีมีระดับความฉลาดรอบรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ผ่านเกณฑ์ ในระดับพอใช้ ถึง ระดับดี หรือค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 73.0 และมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 70.1 สอดคล้องกับการวัดความรอบรู้ระดับประเทศของกองสุศึกษา⁽⁹⁾ ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ โดยกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมาอยู่ในระดับไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 27 ทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุดรธานีมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และค่าเฉลี่ยน้อยกว่าค่ารวมระดับประเทศ คือร้อยละ 81.7 และ 73.4 ตามลำดับ และของ อังสินันท์ อินทรกำแหง คนไทยส่วนใหญ่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงมาอยู่ในระดับไม่พอ และดีมากเท่ากับ 22.9 และ 5.1 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾

4.การทดสอบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า

กลุ่มเสี่ยงฯ ในเขตชนบทมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.5 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยในเขตเมือง มีค่าเท่ากับ 69.6 (จากคะแนนเต็ม 124 คะแนน) และเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า ค่า p -value เท่ากับ 0.5 ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. ของเขตเมืองและเขตชนบท ไม่มีความแตกต่างกัน ($p < 0.05$)

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามรายองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานีมีความรู้และองค์ประกอบที่ 1 ด้านความเข้าใจพื้นฐาน อยู่ในระดับสูง ส่วนทักษะตามองค์ประกอบอื่นๆส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ องค์ประกอบ 2,4,5 และ 6 และส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ยกเว้นองค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ พบว่ากลุ่มเสี่ยงฯมีทักษะไม่เพียงพอ และไม่ผ่านเกณฑ์ผลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับประเทศ⁽⁹⁾ ของกองสุศึกษาปี 2556 ในองค์ประกอบที่ 1 อยู่ในระดับสูง และองค์ประกอบที่ 2,4,5 อยู่ในระดับพอใช้ แต่ไม่สอดคล้องในองค์ประกอบที่ 3 ซึ่งผลระดับประเทศอยู่ในระดับพอใช้ และองค์ประกอบที่ 6 อยู่ในระดับดี และยังสอดคล้องกับอังสินันท์ อินทรกำแหง⁽⁸⁾ ที่พบว่า องค์ประกอบส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนองค์ประกอบที่ 4 (ด้านทักษะการตัดสินใจ) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง

6.การทดสอบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท ตามรายองค์ประกอบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ในองค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้และความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรม 3อ.2ส. ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในองค์ประกอบอื่นๆ ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี⁽⁵⁾ ที่พบแตกต่างกันในองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและองค์ประกอบทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ จากผลดังกล่าวอาจสรุปได้ว่าความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท จะมีความแตกต่างกันในชั้นรายองค์ประกอบ โดยขึ้นกับอยู่กับบริบทของพื้นที่จังหวัดที่มีปัจจัยด้านการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม และการสาธารณสุข ที่มีความต่างกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มต่างๆที่ต้องการศึกษา ในเขตเมืองและเขตชนบท ตามรายองค์ประกอบ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาส่วนขาดของความรอบรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.ระดับการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมหรือเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี มีระดับการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมหรือเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย 10.2 และส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60.8 และไม่พบความแตกต่างการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมฯ ของกลุ่มเสี่ยงฯของเขตเมืองและเขตชนบท $p\text{-value} = 0.2$ โดยสอดคล้องกับสรุปผลการประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของกองสุขศึกษา⁽⁹⁾ ซึ่งมีค่าเฉลี่ย

ร้อยละ 39.6 รองลงมาอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ซึ่งแตกต่างกับ อังสินันท์ อินทรกำแหง⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.5 และกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ร้อยละ 60.8 และเมื่อทดสอบความแตกต่างการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมหรือเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงฯในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

8.ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานีมีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. หรือระดับการปฏิบัติตัว/การดูแลและคงรักษาสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส. ในระดับพอใช้ ร้อยละ 67.3 รองลงมา อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 23.0 และกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ 77.1 สอดคล้องกับกับการวัดฯ ระดับประเทศโดยกองสุขศึกษา⁽⁹⁾ ที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 71.4 และมีค่าเฉลี่ยระดับพอใช้ คือ 24.1 และเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า ค่า $p\text{-value}$ เท่ากับ 0.9 ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของเขตเมืองและเขตชนบท ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งจะเห็นได้จากผลการทดสอบความแตกต่างความรอบรู้ด้านความรู้และความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรม 3อ.2ส. ของเขตเมืองและเขตชนบท จะมีความแตกต่างกันก็ตามแต่ไม่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างในพฤติกรรมสุขภาพระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท

สรุป

การศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส.ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในพื้นที่จังหวัดอุตรดิตถ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

และพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 30.2ส. (ออกกำลังกาย, การบริโภคอาหาร, การจัดการความเครียดทางอารมณ์, การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา) ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ระหว่างในเขตเมืองและในเขตชนบท จังหวัดอุตรดิตถ์ ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 30.2ส. โดยมีสมมุติฐานงานวิจัย ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอุตรดิตถ์ แตกต่างกัน และพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จังหวัดอุตรดิตถ์ มีความรู้และความเข้าใจพื้นฐานอยู่ในระดับสูง ส่วนทักษะตามองค์ประกอบอื่นๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ องค์ประกอบ 2,4,5 และ 6 และส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ยกเว้น องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ พบว่ากลุ่มเสี่ยงฯ มีทักษะไม่เพียงพอ และไม่ผ่านเกณฑ์ และเมื่อทดสอบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามรายองค์ประกอบของกลุ่มเสี่ยงฯ ในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า องค์ประกอบที่ 1 ด้านความรู้และความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักพฤติกรรม 30.2ส. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนความรอบรู้

ด้านสุขภาพ องค์ประกอบอื่นๆระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท ไม่แตกต่างกัน และพบว่าค่าเฉลี่ย*ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามรายองค์ประกอบในเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท ได้แก่ องค์ประกอบที่ 2 และ 4 นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามรายองค์ประกอบของเขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1,3,5 และ 6

ดังนั้นผลการศึกษาจึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส.(ออกกำลังกาย,การบริโภคอาหาร,การจัดการความเครียดทางอารมณ์,การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา) ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดอุตรดิตถ์ ไม่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้บริหารทุกระดับ ท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่กรุณาอนุญาตในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/ศูนย์สาธารณสุขเทศบาลเมืองอุตรดิตถ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย ได้จนครบสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ กองสุขภาพที่ให้ใช้เครื่องมือในการศึกษานี้ ทางคณะทำการศึกษาวิจัย จึงขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, หทัยชนก พรหมเจริญ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด. หน้า 1-5, 17.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล 21 แฟ้ม. (วันที่ค้นข้อมูล 10 สิงหาคม 2557). เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaincd.com/information-tatistic/brfss-data.php>.
3. ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: นิทรรศการพิมพ์; 2554.
4. Nutbeam, D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary Health education and communication strategies into health 21st century. Health Promotion International. 2000. 15(8).
5. เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. 2556.
6. ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางวิทยาศาสตร์สังคม : การสังเคราะห์และบูรณาการ. 2529 ปรับมาจาก Krejcie, R.V., and Morgan D.W. " Determining Sample Size for Research Activities. " Psychological measurement . 1970 : 607-610, อ้างถึงใน สุจิตรา บณยรัตพันธุ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์. 2534 : 176-177.
7. จุฑามณี กันกรุง, ไพลิน เขียวอินทร์, สุนารี แซ่เถา และ จิตศิริ นลายลักษณ์. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. 2557.
8. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. การสังเคราะห์และการพัฒนาศ้นิวัติความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ จิตสำนึกและสุขภาพหัวใจ. 2556 (วันที่ค้นข้อมูล 26 กันยายน 2558). เข้าถึงได้จาก: <http://sris.swu.ac.th/upload/158.pdf>.
9. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง. 2556; 1-102.
10. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. ความแตกต่างด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ 2 ส (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults). 2557.

คุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่ทะ จ.ลำปาง

Quality of life of Person with Diabetes and Hypertension, Maetha hospital

Lampang province.

ณัฐกานต์ ตาบุตรวงศ์ พ.บ.

Nattakan Tabutwong MD.

โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง

Maetha hospital, Lampang Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ทะ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลแม่ทะจำนวน 245 ราย กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทยที่องค์การอนามัยโลกยอมรับอย่างเป็นทางการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 74.5 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีร้อยละ 82.8 ด้านจิตใจ อยู่ในระดับดีร้อยละ 77.4 และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 11.5 โดยอายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} = 0.018$) ส่วนปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of this cross-sectional, descriptive, correlational study was to describe of demographic factors that related to Quality of Life (QOL) in person with diabetes and hypertension. A nonprobability sample of 245 participants with diabetes and hypertension was recruited from the outpatient clinic of Maetha hospital, Lamphang province hospital located in norththern Thailand. All participants were individually interviewed by the principal investigator in a private area within an outpatient clinic. The WHOQL-BREF-THAI was utilized as measurement.

By using a multiple regression analysis, only one variable was significantly correlated with QOL in persons with diabetes and hypertension. It was age ($p < 0.05$); whereas gender, marital status, duration of illness, blood pressure level, body mass index, blood sugar level were not significantly correlated with QOL in persons with diabetes and hypertension. According to the results from the analyses, mean of QOL identified as moderate level was 74.5 % , environmental 82.8 % and mental 77.4 % provisionally regarded as good level, social relationships in a poor 11.5 % .

Key words: Quality of Life, diabetes, hypertension

บทนำ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของหลายๆ ประเทศทั่วโลก⁽¹⁾ โดยพบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทยอยู่ในเกณฑ์สูง พบคนไทยเป็นเบาหวาน 3.5 ล้านคน เสียชีวิตจากเบาหวานเฉลี่ยปีละเกือบ 8,000 ราย⁽²⁾ แนวโน้มพบในเด็กมากขึ้น คาดว่าในอีก 8 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะพบผู้ป่วยเบาหวานถึง 4.7 ล้านคน แพทย์หญิงสุภาวดี ลิขิตมาศกุล ประธานศูนย์เบาหวาน สิริราชเปิดเผยว่าผู้ป่วยเบาหวานในไทยร้อยละ 95 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเกิดจากการกินอาหารออกกำลังกาย⁽³⁾ และผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดจากการพันธุเพียงร้อยละ 4 ในจังหวัดลำปางมีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการสาธารณสุขจำนวน 30,471 คน โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง⁽⁴⁾ (รายงานประจำปี 2556, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง) โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคระบบไหลเวียนโลหิตที่สำคัญมากโรคหนึ่งซึ่งมีอัตราป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงขึ้น โดยสถิติของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 มีอัตรา 1081.25 ต่อประชากรแสนราย เพิ่มขึ้นจากปี 2551 เป็น 236.35 ต่อประชากรแสนราย เห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีและมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ หากไม่มีการดูแลและแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบครอบคลุมเป็นองค์รวม

การเป็นโรคเรื้อรังทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ของผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น จอประสาทตาเสื่อม เกิดความผิดปกติของปลายประสาท โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคไต นอกจากนี้ยังทำให้

ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นจนอาจทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะด้านสุขภาพที่พบว่า เป็นด้านที่มีคุณภาพชีวิตต่ำสุด⁽⁵⁾ ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นนำมาซึ่งความรู้สึกลึกสุมเสียอำนาจ ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย ซึ่งคุณภาพชีวิต(Quality of Life) หมายถึงสภาพการดำเนินชีวิตของบุคคลที่มีความสุขทั้งทางกาย และทางจิตใจ คุณภาพชีวิตจะดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น สภาพด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และสิ่งแวดล้อม เมื่อปัจจัยเหล่านี้เปลี่ยนแปลง ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน⁽⁶⁾ (สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนศาสตร์, 2553)

อำเภอแม่ทะ เป็นอำเภอที่อยู่ในเขตกิ่งเมืองวิถีชีวิตของประชาชนมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีจำนวนสูงเพิ่มขึ้นโดยในปี 2556 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.2 และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.1 ประกอบกับการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างรวดเร็วพบว่า ร้อยละ 68.7 ของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลแม่ทะเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี นอกจากนี้พบว่า ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพผู้ป่วย ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังในปี 2556 (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแม่ทะ) พบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 130 mg/dl ร้อยละ 72.5 HbA1C มากกว่าร้อยละ 7 ร้อยละ 57.8 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 mmHg ร้อยละ 46.8 ซึ่งกลุ่มโรคเรื้อรังเหล่านี้อาจทำให้คุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยลดลงเนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยและส่งผลถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆเช่น ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หัวใจและหลอดเลือดได้

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ทะ รวมทั้งที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาปัจจัยต่างๆที่อาจส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลแม่ทะ โดยผลการวิจัยที่ได้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมและการพัฒนาระบบบริการตลอดจนระบบการดูแลผู้ป่วยให้ตอบสนองกับสภาพที่แท้จริง รวมทั้งจะช่วย สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วย เบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ทะให้สามารถดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

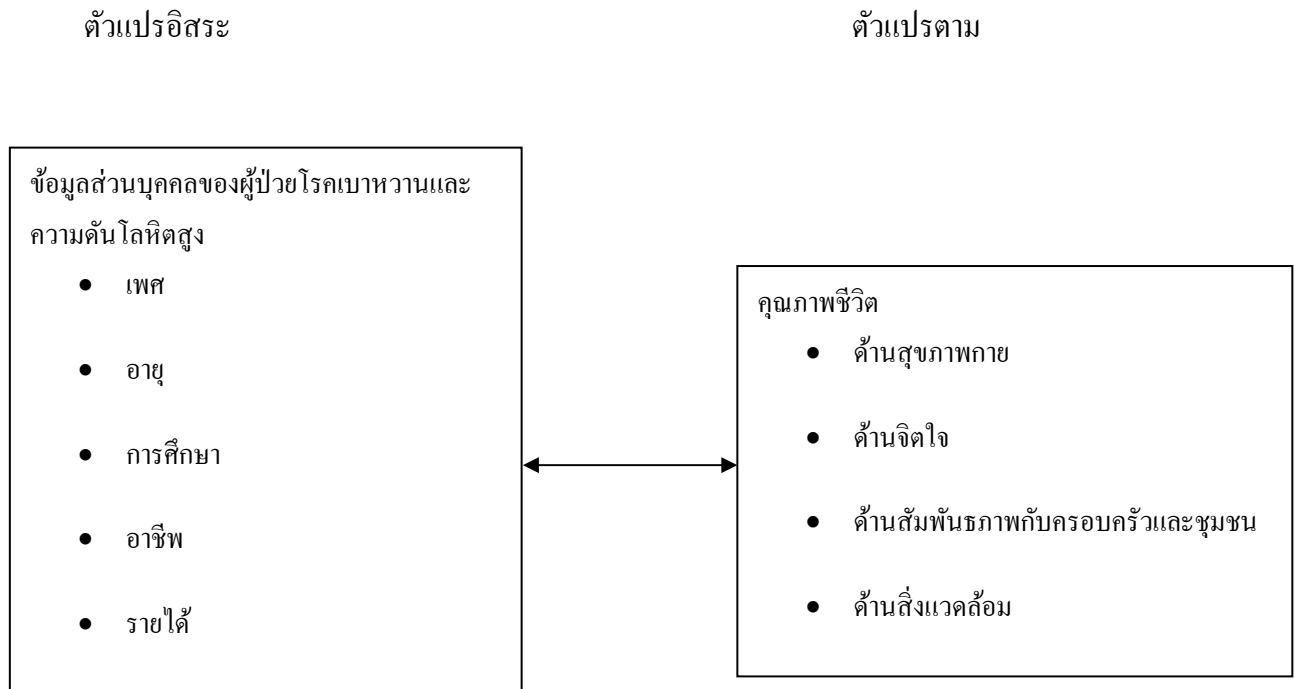
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ทะ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ทะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลแม่ทะอย่างน้อย 1 ปี 245 ราย กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยที่องค์การอนามัยโลกยอมรับอย่างเป็นทางการ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2556 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีจำนวน 26 เป็นคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับและแบบสอบถามปัจจัยด้านลักษณะประชากร และข้อมูลด้านการเจ็บป่วย การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ข้อมูลคุณภาพชีวิตวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยพหุคูณ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 74.5 ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและด้านจิตใจอยู่ในระดับดีร้อยละ 82.8 และ ร้อยละ 77.4 ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 11.5 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.018) ส่วนปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 245	ร้อยละ
อายุต่ำกว่า 60 ปี	32	31.3
อายุมากกว่า 60 ปี	168	68.7
เพศหญิง	180	73.5
เพศชาย	65	26.5
การศึกษา		
ประถมศึกษา	130	53.3
มัธยมศึกษา	89	36.3
สูงกว่ามัธยมศึกษา	26	10.6
อาชีพ		
เกษตรกร	110	44.9
ค้าขาย	9	3.5
แม่บ้าน	123	50.3
อื่นๆ	3	1.2

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มเป้าหมายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุระหว่าง 60 -69 ปี ร้อยละ 68.7 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา

ร้อยละ 53.3 มีอาชีพงานบ้านร้อยละ 50.3 รองลงมาอาชีพเกษตรกรร้อยละ 44.9

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน N = 245	ร้อยละ
ระดับดัชนีมวลกายระดับอ้วน	125	51.1
ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg/dl	164	66.8
ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 mmHg.	150	61.2
ระดับความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg.	95	38.7

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนร้อยละ 51.1 ส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นปกติร้อยละ 66.8 แต่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึง

ร้อยละ 61.2 มีเพียงร้อยละ 38.7 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 61.2

ตารางที่ 3 แสดงระดับคุณภาพชีวิตภาพรวม และ รายด้านของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

องค์ประกอบ	$\bar{X}$	แปลผล
ด้านร่างกาย	2.37	ไม่ดี
ด้านจิตใจ	3.75	ดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2.97	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.82	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.12	ปานกลาง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.5 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิต

ด้านที่ดีมากที่สุดคือด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 83.8 รองลงมาคือด้านจิตใจร้อยละ 75.1 ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุดคือด้านร่างกาย ร้อยละ 2.7

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	Beta	R	R 2	p-value
อายุ	-0.25	0.251	0.073	0.018
เพศ	0.193	0.193	0.037	0.012
อาชีพ	0.104	0.104	0.011	0.179
ระดับน้ำตาลในเลือด	0.037	0.037	0.001	0.630
ระดับความดันโลหิต	0.015	0.015	0.001	0.844
ค่าดัชนีมวลกาย	0.095	0.095	0.002	0.604

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของกลุ่มเป้าหมายพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งวัดโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาจูลีรัตน์ ญาณแก้ว⁽¹⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิก

เบาหวานของโรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่อยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของเสกสรร หีบแก้ว⁽³⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูนิหารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่อง

ต้องควบคุมอาหาร ดังนั้น การความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ความยุ่งยากในการต้องรับประทานยา หรือการปฏิบัติตัวที่ต้องระมัดระวังจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยรวมพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จูไรรัตน์ ญาณแก้ว⁽¹⁾ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ส่วนปัจจัยด้านเพศ อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต อาชีพ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้ อายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญซึ่งบ่งบอกถึงวุฒิภาวะหรือ ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ การรับรู้ความสามารถในการเข้าใจ และการตัดสินใจในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยธรรมชาติ วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีภาระความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคมลดลง และอายุที่มากขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการตายมากขึ้นเช่นกัน เนื่องจากอวัยวะส่วนเสื่อมถอยตามกาลเวลาส่งผลให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้นทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระของสังคมและครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลง ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอแม่ทะที่ ร้อยละ 68.7 เป็นผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ข้อสรุปจากการศึกษานี้ช่วยให้ได้ข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นความเสื่อมของร่างกายจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตโดยรวม การให้การดูแลสุขภาพจึงน่าจะมุ่งเน้นผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และควรส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2. จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51 มีดัชนีมวลกายเกินดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงควรมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร

ข้อเสนอแนะในการ วิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในด้านอื่นเพิ่ม เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาพัฒนาการดูแลต่อไป จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำเนินของโรค ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาถึงแม้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่ศึกษาเพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก็จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม ในด้านรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มผู้ป่วย

3. อาจต้องพิจารณาการใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยในแต่ละช่วงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1.จุไรรัตน์ ญาณแก้ว. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่.วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ.2557; 2007 -2013 .

2. สมร พรหมพิทักษ์กุล. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 2553;40(3):343-355.

3.เสกสรร หีบแก้ว. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ.2555; 2007 -2013 .

4.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง . รายงานประจำปี 2556.

5.สุรัชย์ โชคบรรจิตไชยและคณะ. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย;2554.

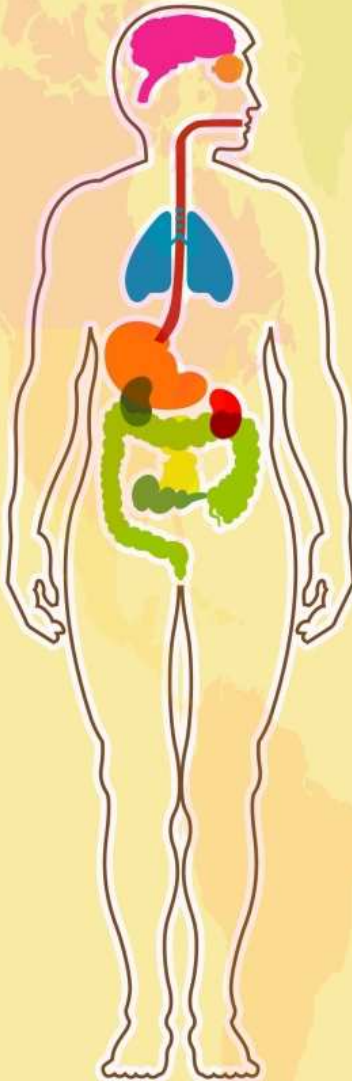
6.ราเชษฐ เจริญพนม. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคลองหาด จังหวัดสระแก้ว.วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 2551; ฉบับที่ 25

7.สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนศาสตร์ รายงานการวิจัย คุณภาพชีวิตของคนไทยปี2553;7-10.

โรคหลอดเลือดหัวใจ



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



ความสำคัญของโรค

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศและทั่วโลกโดยมีอุบัติการณ์ในประชากรอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย

อาการที่บ่งชี้ของโรค

1. จุกแน่นหน้าอก ลักษณะเหมือนมีอะไรมากดทับ มักเกิดขณะออกกำลังกาย เช่น ทำงาน ออกกำลังกาย หรือรับประทานอาหารมื้อหนักโดยเวลาที่มีอาการแน่นหน้าอกแต่ละครั้งประมาณ 3 - 5 นาที
2. เหนื่อยง่ายกว่าปกติ
3. ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ
4. เป็นลม หน้ามืด
5. บางรายมีอาการคล้ายกับโรคกระเพาะอาหาร หรือกรดไหลย้อน

ประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- . เบาหวาน
- . ความดันโลหิตสูง
- . ภาวะไขมันในเลือดสูง
- . การสูบบุหรี่ (พบมากในคนอายุน้อย)
- . เพศชายตั้งแต่อายุ 40 ปี ขึ้นไป
- . เพศหญิงตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไปหรือหลังหมดประจำเดือน
- . บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ
- . ขาดการออกกำลังกาย
- . ภาวะเครียด

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ

- . รักษาด้วยยา เป็นการให้ยาเพื่อรักษาอาการ ควบคุมปัจจัยเสี่ยง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค
- . การทำบอลลูน (PCI) โดยวิธีการขยายเส้นเลือดที่ตีบและอุดตัน พร้อมทั้งใส่ขดลวดค้ำยัน
- . การผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินหลอดเลือดหัวใจ (CABG)

การปฏิบัติของผู้ป่วย

1. ควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่
 - . เบาหวาน
 - . ความดันโลหิตสูง
 - . ภาวะไขมันในเลือด
 - . การสูบบุหรี่
2. รับประทานยาให้ตรงตามเวลา
3. พบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ



สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
www.riskcomthai.org



Android



iOS



DDC

1422

สายด่วนกรมควบคุมโรค

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามแนวคิดนาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตของ ชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรง : กรณีศึกษา หมู่ 2 ตำบลป่าแฝก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

นายชัยณรงค์ ทักนา ศ.ม.

Chainarong Tassana M.P.H.

โรงพยาบาลกงไกรลาศ

Kongkralas Hospital, Sukhothai province, Thailand

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม
การปฏิบัติตนตามแนวคิดนาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้
คือ ประชาชนหมู่ที่ 2 ตำบลป่าแฝก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย มีอาชีพชาวนาอายุ 35 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ใน
พื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือนและได้รับการคัดกรองสุขภาพในปีงบประมาณ 2556 อยู่กลุ่มปกติ จำนวน 48 คน
เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถาม
พฤติกรรมการปฏิบัติตนเป็นประจำในแต่ละวันของ 12 ช่วงเวลาที่สอดคล้องกับแนวคิดนาฬิกาชีวิต และ
แบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทดสอบความเที่ยงตรง
ของแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตนเป็นประจำในแต่ละวันของ 12 ช่วงเวลาที่สอดคล้องกับแนวคิดนาฬิกา
ชีวิต เท่ากับ 0.60 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.92 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มประชากรชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับหลัก
แนวคิดนาฬิกาชีวิตของชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 93.8 ระดับ
ปานกลาง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ
52.1 ระดับปานกลาง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 48.9 การนอนหลับสนิทในช่วงเวลา 01.00-03.00 น.
มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรงด้านจิตใจ และโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.01 ซึ่งควรทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อนำข้อมูลที่ได้ในเชิงลึก มาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน
ในชุมชนที่เหมาะสมให้มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันตนเองไม่เกิดโรคต่อไป

คำสำคัญ : นาฬิกาชีวิต พฤติกรรมการปฏิบัติตนตามแนวคิดนาฬิกาชีวิต ชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรง

Abstract

This study is a descriptive research. The purpose of this research is to study relationship between biological clock behaviors and quality of life in healthy farmers. The sample comprised 48 healthy farmers who had aged 35 up and lived in Phaphak Sub-District, Kongkrilas District, Sukhothai Province that received health screening in budget year 2556 and normal result. Data were collected using a questionnaire composed of 3 parts : personal information data, biological clock behaviors and quality of life. The questionnaire was validated by 5 experts and tested for reliability. The coefficients of susceptibility to biological clock behaviors and quality of life questionnaires were 0.60 and 0.92 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation, and the relationship examined using Chi-square Test.

The results revealed that the healthy farmers have biological clock behaviors in each subscale, were at a high level 45 healthy farmers (93.8%), a moderate level 3 healthy farmers (6.3%). Quality of life were at a high level 25 healthy farmers (52.1%), a moderate level 23 healthy farmers (48.9%).

Findings of this study suggest that a deep sleeper in 01:00 – 03:00 A.M. have relation with quality of life in healthy farmers by statistically significant. ($p = 0.01$).

Suggestion : Should do quantitative research to take depth information to developed strategy for self health care of people to effectively and preventative disease.

Keywords : biological clock, biological clock behaviors, healthy farmers

บทนำ

สถานการณ์โรคจากผลการคัดกรองสุขภาพของประชาชนในพื้นที่หมู่ 2 ตำบลป่าแฝก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ระหว่างปีงบประมาณ 2553 – 2555 พบว่า ประชาชนมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น จำนวน 88, 96 และ 103 รายตามลำดับ โดยมี 2 โรคเรื้อรังหลักที่พบคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น จำนวน 67, 73 และ 78 รายตามลำดับ และโรคเบาหวานจำนวน 21, 23 และ 25 รายตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบมีกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปีและจากผลการคัดกรองสุขภาพของชาวบ้านหมู่ที่ 2 ตำบลป่าแฝกอำเภอกงไกรลาศ และจากผลการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2556 ของโรงพยาบาลกงไกรลาศ ยังพบกลุ่มสงสัยป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอีกจำนวน 30 ราย ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพชาวนา⁽¹⁾

อาชีพทำนาเป็นอาชีพหลักของประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนหมู่ที่ 2 ตำบลป่าแฝก ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 123 ครัวเรือน จากจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 169 ครัวเรือนในชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มอาชีพที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดในชุมชนและยังมีจำนวนประชากรมากที่สุดส่วนใหญ่เสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง⁽²⁾ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของประชาชนเป็นส่วนใหญ่และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของบุคคลและครอบครัวหรือปัญหาสาธารณสุข ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคอาหารหวานมันเค็มมาก บริโภคผักและผลไม้ไม่พอ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย

และไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ได้เหมาะสม ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง ไ้มนกลอเรสเตอรอลในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽³⁾ หากไม่สามารถสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหาได้ จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย มีภาวะแทรกซ้อน พิกัดและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมาอย่างมหาศาล จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของคนในสังคม การดูแลตนเองก็เป็นการกระทำที่ส่งเสริมให้บุคคลมีชีวิตรอยู่ มีภาวะสุขภาพและสวัสดิการที่ดีเช่นกัน โดยบุคคลเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลที่ดีต่อตน โดยจะต้องทราบว่าเมื่อทำกิจกรรมนั้นแล้ว จะเกิดประโยชน์และสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้หรือไม่⁽⁴⁾

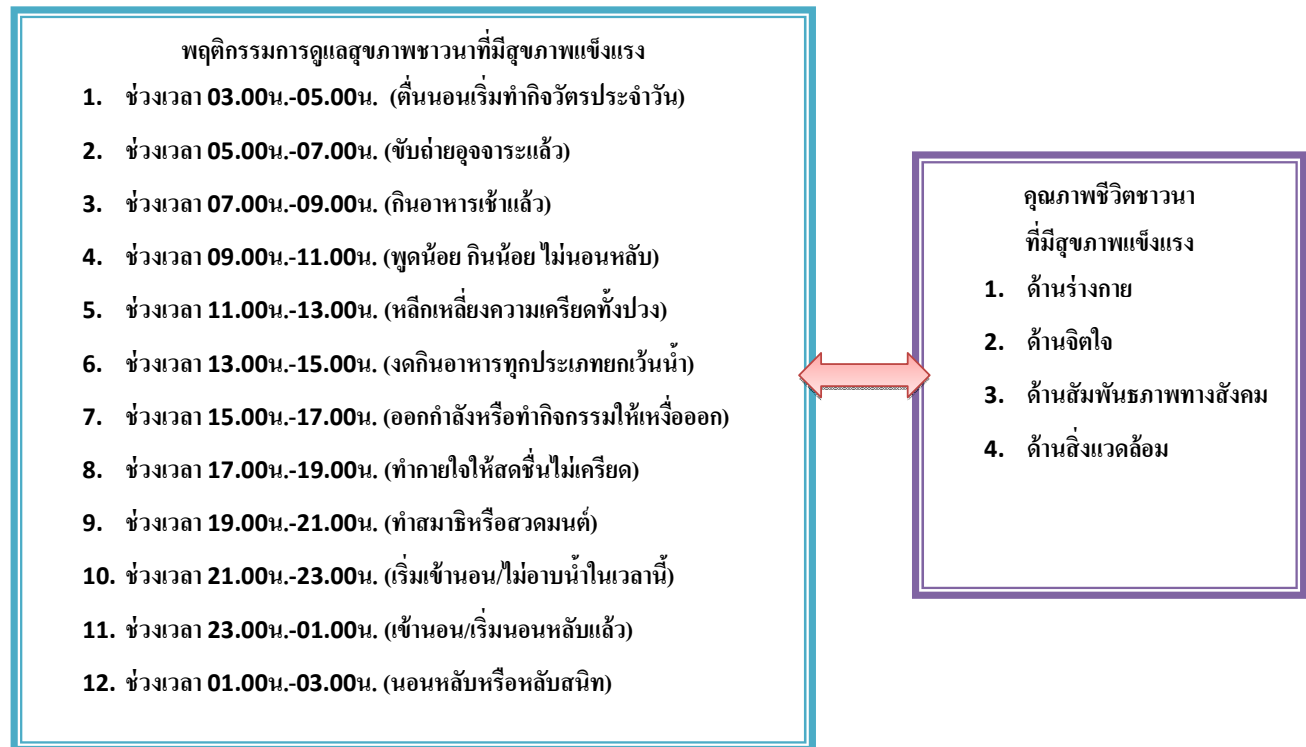
แนวคิดเรื่องนาฬิกาชีวิตก็เป็นแนวคิดหนึ่งที่มุ่งให้บุคคลดูแลสุขภาพตนเองโดยตนเอง เชื้อปัดเรื่อง นาฬิกาชีวิต ของการแพทย์ตะวันตก แบ่งการทำงานของร่างกายออกเป็นช่วงเวลา โดยเชื่อว่าถ้าเราปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการใช้ชีวิตมาให้สอดคล้องกับการทำงานของร่างกายในแต่ละช่วงเวลาก็จะทำให้เรามีสุขภาพดี อายุยืนและไร้ซึ่งโรคภัย⁽⁵⁾ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวันได้แก่ การดื่มนอน การออกกำลังกาย การขับถ่าย การกินอาหาร การทำงานการพักผ่อน การนอนหลับ ถ้าทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับตารางการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีและมีอายุที่ยืนยาวได้⁽⁶⁾

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิถีชีวิตของชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามแนวคิดนาฬิกาชีวิต

กับคุณภาพชีวิต เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาปรับใช้
กับคนในชุมชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคของหมู่ที่ 2

ตำบลป่าแฝก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับหลักแนวคตินาฬิกาชีวิตของชาวชนที่มีสุขภาพแข็งแรงทั้งรายด้านและโดยรวม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามแนวคตินาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตของชาวชนที่มีสุขภาพแข็งแรง ของหมู่ที่ 2 ตำบลป่าแฝก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามแนวคตินาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตของชาวชนที่มีสุขภาพแข็งแรง ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอาชีพชาวชนอายุ 35ปีขึ้นไป ที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงหมู่ที่ 2 ตำบลป่าแฝก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ไม่น้อยกว่า 6 เดือนและได้รับการคัดกรองสุขภาพใน ปีงบประมาณ 2556 ที่มีผลการคัดกรองเป็นกลุ่มปกติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีคุณสมบัติข้างต้น มีอาชีพเป็นชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรงได้แก่⁽⁷⁾

1.ระดับความดันโลหิต (Blood pressure: BP) อยู่ในเกณฑ์ปกติคือ ค่าความดันด้านบนมีค่าน้อยกว่าหรือระหว่าง 120 มิลลิเมตรปรอทและไม่เกิน129 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันล่างมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ80 มิลลิเมตรปรอทแต่ไม่เกิน84 มิลลิเมตรปรอท

2.ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อยู่ระหว่าง18.50- 22.90 โดยคำนวณจาก ค่าน้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยค่าส่วนสูงวัดเป็นเมตรยกกำลังสอง สูตรดังนี้
ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)/ส่วนสูง² (เมตร)

3.ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ

เริ่มทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2556 ถึง 30มิถุนายน 2556

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกจากกลุ่มอย่างทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน

เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย รายได้ แบบสอบถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบและเติมค่าลงในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ ไม่มีการให้คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตนเป็นประจำในแต่ละวันของ 12 ช่วงเวลาที่สอดคล้องกับแนวคิดนาฬิกาชีวิต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับนาฬิกาชีวิต ของอาจารย์สุทธิวิสัย คำภา⁽⁸⁾ และภาสกิจ วัฒนวิบูล⁽⁶⁾ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะปลายปิด (Close ended Question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวดังนี้

ตอบ ใช่	ให้คะแนน	1	คะแนน
ตอบไม่ใช่	ให้คะแนน	0	คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตนเป็นประจำในแต่ละวันของ 12 ช่วงเวลาที่สอดคล้องกับนาฬิกาชีวิต แบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้⁽⁹⁾

$$\text{ความกว้างของชั้น} = (\text{คะแนนสูงสุด}-\text{คะแนนต่ำสุด})/\text{จำนวนชั้น} = (12-1)/3 = 3.67$$

0-3.67	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดนาฬิกาชีวิตในระดับ ไม่ดี
3.68-7.34	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดนาฬิกาชีวิตในระดับ ปานกลาง
7.35ขึ้นไป	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดนาฬิกาชีวิตในระดับ ดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ⁽¹⁰⁾ จำนวน 26 ข้อ มาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลความหมายใช้เกณฑ์ของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ ความตรงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบถามความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวคตินาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตของชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรงที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และมีประสบการณ์ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้สถิติ 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญด้านชุมชน จำนวน 4 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะเพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหาและมีความเหมาะสมด้านภาษายังขึ้น ก่อนนำไปใช้

ความเที่ยงของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตามเป็นประจำวันในแต่ละวันของ 12 ช่วงเวลาที่สอดคล้องกับแนวคตินาฬิกาชีวิตและแบบประเมินคุณภาพชีวิต ของชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรง ผ่านการตรวจสอบความตรงและได้รับการปรับแล้วไป

ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณหาความเที่ยงจากความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยการคำนวณหาค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรม การปฏิบัติตนเป็นประจำวันในแต่ละวันของ 12 ช่วงเวลาที่สอดคล้องกับแนวคตินาฬิกาชีวิตเท่ากับ 0.60 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรง เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของคำตอบของแต่ละฉบับ เพื่อนำไปคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จ โดยวิเคราะห์ ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลพฤติกรรมปฏิบัติตามที่สอดคล้องกับหลักแนวคตินาฬิกาชีวิตและคุณภาพชีวิตของชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรงทั้งรายด้านและโดยรวม การวิเคราะห์โดยหาจำนวนและค่าร้อยละ (Percentage)
3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวคตินาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรงวิเคราะห์โดยการทำ Crosstabs และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยได้สรุปผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มประชากรชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรงเป็นเพศหญิงและเพศชายในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ เพศชาย 24 คน เพศหญิง 24 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 52.04 ปี (S.D = 9.21) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-60 ปี จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 52.1

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับหลักแนวคตินาฬิกาชีวิตของชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเป็นประจำในแต่ละวันของ 12 ช่วงเวลาที่สอดคล้องกับแนวคตินาฬิกาชีวิต

การศึกษาส่วนมากจบชั้นประถมศึกษา

จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 93.8 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพคู่จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 81.3 สถานภาพการอยู่อาศัยส่วนมากอยู่กันเป็นครอบครัว จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 93.8 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 72.9

การปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับหลักแนวคตินาฬิกาชีวิต	การปฏิบัติตน				รวม	
	ปฏิบัติ (คน)	ร้อยละ	ไม่ปฏิบัติ (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ช่วงเวลา 01.00-03.00 น. นอนหลับหรือหลับสนิท	42	87.5	6	12.5	48	100.0
2. ช่วงเวลา 03.00-05.00 น. ตื่นนอนและเริ่มทำกิจกรรมประจำวันแล้ว	45	93.8	3	6.2	48	100.0
3. ช่วงเวลา 05.00-07.00 น. ขับถ่ายอุจจาระแล้ว	46	95.8	2	4.2	48	100.0
4. ช่วงเวลา 07.00-09.00 น. กินอาหารเช้าแล้ว	47	97.9	1	2.1	48	100.0
5. ช่วงเวลา 09.00-11.00 น. พุดน้อย กินน้อย ไม่นอนหลับ	35	72.9	13	27.1	48	100.0
6. ช่วงเวลา 11.00-13.00 น. หลีกเลียงความเครียดทั้งปวง	29	60.4	19	39.6	48	100.0
7. ช่วงเวลา 13.00-15.00 น. งดกินอาหารทุกประเภทยกเว้นน้ำ	20	41.7	28	58.3	48	100.0
8. ช่วงเวลา 15.00-17.00 น. ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่ทำให้เหงื่อออก	39	81.2	9	18.8	48	100.0
9. ช่วงเวลา 17.00-19.00 น. ทำจิตใจของให้สดชื่น ไม่เครียด	45	93.8	3	6.2	48	100.0
10. ช่วงเวลา 19.00-21.00 น. ทำสมาธิหรือสวดมนต์	45	93.8	3	6.2	48	100.0
11. ช่วงเวลา 21.00-23.00 น. เริ่มเข้านอนและไม่อาบน้ำช่วงเวลานี้	46	95.8	2	4.2	48	100.0
12. ช่วงเวลา 23.00-01.00 น. ผ่านเข้านอนแล้ว	47	97.9	1	2.1	48	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ช่วงเวลาของชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรงปฏิบัติตัวได้สอดคล้องกับแนวคตินาฬิกาชีวิตมากที่สุด คือ การกินอาหารเช้าใน

ช่วงเวลา 07.00-09.00 น. และการเข้านอนแล้วช่วงเวลา ช่วงเวลา 23.00-01.00 น. จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 97.9 รองลงมาคือ การขับถ่ายอุจจาระ

ในช่วงเวลา 05.00-07.00น. และ การเริ่มเข้านอนและ
ไม่อาบน้ำในช่วงเวลา 21.00-23.00น. จำนวน 46 คน
คิดเป็นร้อยละ 95.8 ส่วนช่วงเวลาที่ชานาปฏิบัติน้อย
สุด คือ การงดกินอาหารทุกประเภทยกเว้นน้ำใน
ช่วงเวลา 13.00-15.00น. จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ
41.7

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละระดับคะแนนการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแนวคตินาฬิกาชีวิต

ระดับคะแนนการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแนวคตินาฬิกาชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (0-3.67 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (3.68-7.34 คะแนน)	3	6.2
ระดับดี (7.35 คะแนนขึ้นไป)	45	93.8
รวม	48	100

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับคะแนนการปฏิบัติ
ตัวที่สอดคล้องกับแนวคตินาฬิกาชีวิตของชานาที่มี
สุขภาพแข็ง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีจำนวน 45 คน
คิดเป็นร้อยละ 93.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง
มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.2

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ คุณภาพชีวิตของชานาที่มีสุขภาพแข็งแรง

คุณภาพชีวิตของชานา ที่มีสุขภาพแข็งแรง	ระดับไม่ดี		ระดับปานกลาง		ระดับดี		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพกาย	0	0	18	37.5	30	62.5	48	100
ด้านจิตใจ	0	0	24	50.0	24	50.0	48	100
ด้านสัมพันธภาพทาง สังคม	0	0	31	64.6	17	35.4	48	100
ด้านสิ่งแวดล้อม	0	0	32	66.7	16	33.3	48	100
โดยรวม	0	0	23	47.9	25	52.1	48	100

จากตารางที่ 3 พบว่า ชานาที่มีสุขภาพแข็งแรงมีคุณภาพ
ชีวิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ
52.1 จำนวน 25 คน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี
คิดเป็นร้อยละ 62.5 จำนวน 30 คน ด้านจิตใจส่วน

ใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและระดับดี คิดเป็นร้อยละ
50.0 จำนวน 24 คน ด้านสัมพันธภาพทางสังคมส่วน
ใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.6
จำนวน 31 คน ด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับ
ปานกลางคิดเป็นร้อยละ 66.7 จำนวน 31 คน

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวคตินาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวคตินาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตชาวานาที่มีสุขภาพพบว่า ช่วงเวลา01.00-03.00น.มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 (X^2 -test = 6.85, $P = 0.008$) และช่วงเวลา 01.00-03.00น. มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 (X^2 -test = 7.45, $P = 0.011$) และ ช่วงเวลา00.03-05.00น. มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (X^2 -test = 5.33, $P = 0.047$)

ผลสรุปและการอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติตามแนวคตินาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตของชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรง หมู่ที่ 2 ตำบลป่าแฝก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัยแยกอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการปฏิบัติคนที่สอดคล้องกับหลักแนวคตินาฬิกาชีวิตของชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรงและคุณภาพชีวิตชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรง ผลการวิจัยพบว่า ช่วงเวลาที่ชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรงปฏิบัติมากที่สุด คือ การกินอาหารเช้า ในช่วงเวลา07.00-09.00น. และการเข้านอนแล้วช่วงเวลา ช่วงเวลา23.00-01.00น. จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 97.9 รองลงมาคือ การขับอุจจาระแล้วในช่วงเวลา 05.00-07.00น.และ การเริ่มเข้านอนและไม่อาบน้ำในช่วงเวลา21.00-23.00น.จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 95.8 ส่วนช่วงเวลาที่ชาวานาปฏิบัติน้อยสุด คือ

การงดกินอาหารทุกประเภทยกเว้นน้ำในช่วงเวลา 13.00-15.00น. จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 จากแนวคิดของนาฬิกาชีวิต⁽¹¹⁾ เวลา07.00-09.00 น. เป็นช่วงเวลาที่กระเพาะอาหารทำงานเต็มที่มีประสิทธิภาพในการย่อยสูงสุด ถ้ากินอาหารเช้าในช่วงนี้ทุกวันกระเพาะอาหารจะแข็งแรง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสาร American Journal of Clinical Nutrition ที่เผยว่าการงดกินอาหารเช้านั้น นอกจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนและโรคเบาหวานแล้ว ยังอาจก่อให้เกิดโรคหัวใจได้อีกด้วย⁽¹²⁾ พฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรของชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรง นั้นเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาชีพการทำงานของชาวานา ตั้งแต่ การตื่นนอน การออกกำลังกาย การขับถ่าย การกินอาหาร การทำงาน การพักผ่อน การนอนหลับ ส่วนใหญ่มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยอาชีพเดียวกัน รวมทั้งช่วงเวลาที่ชาวานาที่มีสุขภาพแข็งแรงปฏิบัติน้อยสุด คือ การงดกินอาหารทุกประเภทยกเว้นน้ำในช่วงเวลา 13.00-15.00น.อาจเป็นเพราะว่าช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่ชาวานาใช้พลังงานในการทำงานมาก เสียเหงื่อมากจึงเป็นเรื่องยากที่จะไม่ทานอาหารอะไรเลยยกเว้นน้ำ และจากผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับคะแนนการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับแนวคตินาฬิกาชีวิต พบว่าชาวานาที่มีสุขภาพดีส่วนใหญ่ มีระดับคะแนนอยู่ระดับดี มีจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 93.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.2 จะเห็นได้ว่าชาวานาที่มีสุขภาพดีนั้นส่วนใหญ่มีกิจวัตรประจำวันที่สอดคล้องกับแนวคตินาฬิกาชีวิตคือ ผู้ที่ปฏิบัติตามแนวคตินาฬิกาชีวิตจะมีสุขภาพร่างกายที่ดี⁽⁶⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติตนตาม แนวคตินาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตชาวนาที่มี สุขภาพแข็งแรง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามแนวคตินาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรง จากศึกษาพบว่า การนอนหลับสนิทช่วงเวลา 01.00-03.00 น. มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 (X^2 -test = 6.857, $P = 0.008$) และการนอนหลับสนิทช่วงเวลา 01.00-03.00 น. มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 (X^2 -test = 7.45, $P = 0.011$) อีกด้วย กล่าวคือ การที่ชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรงนอนหลับสนิทในช่วงเวลา 01.00-03.00 น. นั้นนอกจากมีความสัมพันธ์ให้ชาวนาในกลุ่มดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดีแล้วยังมีความสัมพันธ์ให้ชาวนามีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีด้วยตามแนวคิดของนาฬิกาชีวิต เวลา 01.00-03.00 น. ช่วงเวลานี้เป็นชั่วโมงของตับ ถ้าใครนอนหลับได้ดีเป็นประจำในช่วงเวลานี้ ตับจะหลั่งสารเมลาโทนิน (melatonin) เพื่อมาเชื่อโรคทำให้หน้าอ่อนกว่าวัย นอกจากร่างกายจะหลั่งเมลาโทนินแล้ว ยังหลั่งสารแอนโดรฟิน (endorphin) ออกมาด้วยซึ่งสารแอนโดรฟินเรารู้จักกันดีว่าเป็นสารแห่งความสุข ⁽¹¹⁾ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทนา แรงสิงห์ ⁽¹³⁾ ได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ใน โรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ร้อยละ 58.2 มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 11.3 มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าทั่วไปผู้วิจัยสรุปว่า พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มี

คุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยภาวะดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเวรตึก ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่อง (ไม่มีวันหยุด) การเจ็บหลับ การออกกำลังกายและสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับ ผาณิตา ชนะมณีและคณะ ⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคใต้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.3 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีตามเกณฑ์ของ Pittsburgh ร้อยละ 45.3 ระบุว่า มีภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 66 มีความเครียดระดับปกติ และสุขนิสัยการนอนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพการนอนหลับในสมการถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ สุขนิสัยการนอน และความเครียด ปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพการนอนหลับได้ ร้อยละ 27 โดยสุขนิสัยการนอนสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพการนอนหลับได้ ร้อยละ 15 ในขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเครียด อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 7 และ 5 ตามลำดับ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างความตระหนักให้ กับนักศึกษาถึงความสำคัญของคุณภาพการนอนหลับ โดยการปรับสุขนิสัยการนอนหลับ การลดความเครียด และการสร้างสุขภาพและผลการสำรวจคุณภาพชีวิตของคนไทยในปีพ.ศ.2555 ⁽¹⁵⁾ ด้านคุณภาพชีวิตด้านชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการวัดความพึงพอใจคุณภาพชีวิตในภาพรวม พบว่าตัวอย่างมีความพึงพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ปัจจุบันในระดับมากคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมทั้งประเทศเท่ากับ 7.79 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

จะเห็นได้ว่าการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการนอนหลับสนิทและการพักผ่อนที่เพียงพอมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตทั้งสิ้นก็คือ การนอนหลับดีหลับสนิท การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอจะทำให้คนเรามีสุขภาพจิตที่ดีด้วย

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามแนวคตินาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรงยังพบว่า การตื่นและเริ่มปฏิบัติกิจวัตรประจำในช่วงเวลา 00.03-05.00 น. มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (X^2 -test = 5.33, P = 0.047) แนวคตินาฬิกาชีวิตกล่าวไว้ว่าช่วงเวลา 03.00-05.00 น. ช่วงนี้เป็นช่วงเวลาที่ปอดต้องการออกซิเจน คนจึงควรตื่นนอนในช่วงนี้ เพื่อลูกสูดอากาศบริสุทธิ์และเตรียมรับแสงแดดในช่วงเวลาต่อไป เพราะถ้านอนมากเกินไป เซลล์ก็จะได้รับออกซิเจนน้อยลง ทำให้เพราะถ้านอนมากเกินไป เซลล์ก็จะได้รับออกซิเจนน้อยลง ทำให้เซลล์ตายง่าย คนที่ตื่นนอนช่วงนี้เป็นประจำปอดจะแข็งแรง ผิวพรรณจะเปล่งปลั่งสดใสโดยไม่ต้องใช้สารเคมีช่วย สถานปฏิบัติธรรมของไทยบางแห่งจึงกำหนดให้เข้านอนไม่เกิน 3 ทุ่ม และตื่นเวลาตี 3 เพื่อมาทำวัตรเช้า สวดมนต์ ฟังธรรม นับเป็นกุศโลบายในการบริหารปอดอย่างแยบคาย⁽¹¹⁾ ซึ่งก็สอดคล้องกับผลวิจัยจากหลายสถาบันที่เว็บไซต์ Huffington Post คนที่ตื่นเช้าเป็นประจำ จะได้ประโยชน์ ๆ ในชีวิต 7 ข้อ⁽¹⁶⁾ คือ 1) คนตื่นเช้ามีแนวโน้มแฮปปี้มากกว่า คนที่ตื่นเช้า ไม่ว่าจะอยู่ในช่วงอายุไหนก็ตาม มีแนวโน้มจะอารมณ์ดีมีความสุขมากกว่าคนที่นอนดึกตื่นสาย ด้วยคำอธิบายที่ว่า ระยะเวลาตั้งแต่ 9.00-17.00 น. เป็นช่วงเวลาที่ยาวนานเกินไปสำหรับคนที่นอนดึก ร่างกายของคนที่พักผ่อนไม่เพียงพอ จะไม่สามารถคง

ความตื่นตัว และกระปรี้กระเปร่าได้ไหว ผิดกับคนที่เข้านอนเร็ว และตื่นเช้าเสมอ บุคคลกลุ่มนี้จะใช้ชีวิตในช่วงเวลา 9.00-17.00 น. ได้อย่างรื่นเริง และเต็มประสิทธิภาพมากกว่า 2) ผลการเรียนรู้ และคุณภาพของงานดีขึ้น 3) รู้สึกตัวตื่นได้เองโดยไม่ต้องพึ่งนาฬิกาปลุก 4) สมองปลอดโปร่ง พร้อมรับทุกสถานการณ์ 5) พัฒนาทัศนคติด้านดี คนที่ตื่นเช้าเป็นประจำ จะมีสมองที่พร้อมประมวลข้อมูลอย่างเต็มที่มากกว่า รวมทั้งความกระฉับกระเฉง และความกระตือรือร้นต่อสิ่งต่าง ๆ ก็จะกระเด็นขึ้นด้วยเป็นผลให้สามารถแก้ไขปัญหาที่พบเจอได้อย่างชาญฉลาด สุขุม และมีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งรอบข้างมากขึ้นอีกด้วย 6) ลดความเสี่ยงโรคซึมเศร้าคนที่เข้านอนเร็ว และตื่นเช้าจะมีอัตราความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าน้อยมากถึงมากที่สุด ด้วยเหตุผลที่ว่า เมื่อร่างกายได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ระบบต่าง ๆ ทำงานตามรอบเวลาที่นาฬิกาชีวิตกำหนดมาสุขภาพก็จะแข็งแรง และพอไม่เจ็บไข้ได้ป่วย สุขภาพจิตก็จะดีตามไปด้วย 7) ชีวิตโดยรวมจะดีขึ้นมาก คนที่เข้านอนเร็ว จะหลีกเลี่ยงสิ่งชั่วร้าย บกพร่อง และสถานที่ที่โศกเศร้ามาก คำนึง ไปได้โดยปริยาย แถมยังมีเวลาทำสิ่งดี ๆ ในตอนเช้ามืดมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายในตอนเช้า รับประทานอาหารเช้ากับเมนูเพื่อสุขภาพ ใช้ชีวิตอย่างมีระบบระเบียบกว่าที่เคย ไม่ต้องเร่งรีบ และมีเวลาชีวิตที่มาก

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามแนวคตินาฬิกาชีวิตกับคุณภาพชีวิตชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรงยัง สรุปได้ว่า การนอนหลับสนิทในช่วงเวลา 01.00-03.00 น. และ การตื่นปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในช่วงเวลา 03.00-05.00 น. มีความสัมพันธ์ให้ผู้ปฏิบัติตามมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและโดยรวม และจิตใจอยู่ในระดับดี คือ การนอนหลับสนิทมีผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

และ โดยรวมดีและการตื่นเช้ามีผลให้มีคุณภาพชีวิต
ด้านร่างกายดี

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องแนวความคิดภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ควรนำผลการศึกษาที่ได้มาปรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น ช่วงเวลาการนอนหลับและการตื่นนอน ที่เหมาะสมทำให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจดี เหมาะสมกับบุคคลใดบ้าง

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การสร้างเครื่องมือเพื่อนำไปใช้ในการทำวิจัยควรตรวจสอบภาษาให้เข้าใจง่ายและมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากถ้าผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจความหมายของข้อคำถามได้ไม่ตรงกับที่ผู้วิจัยต้องการอาจทำให้ผลการวิจัยออกมาไม่ความคลาดเคลื่อนได้

2. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเพียงชาวนาที่มีสุขภาพแข็งแรงในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กและเพียงหมู่บ้านเดียว ดังนั้น จึงควรปัจจัยอื่นๆ เช่น อาชีพ อายุ รายได้ และกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากขึ้นเป็นต้น

3. ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ในเชิงลึก มาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในชุมชนที่เหมาะสมให้มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันตนเองไม่เกิดโรคต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี
เนื่องจาก ได้รับการปรึกษาแนะนำเป็นอย่างดีจาก
คณะอาจารย์จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
จังหวัดพิษณุโลกและอาจารย์จากมหาวิทยาลัย
นเรศวร และประชาชนหมู่ที่ 2 ตำบลป่าแฝก อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง จึงขอขอบพระคุณ เป็นอย่างสูง
มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลกงไกรลาศ.ระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังจากโปรแกรม HOSxP PCU ปี 2553-2555.สุโขทัย. โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย;2556
2. โรงพยาบาลกงไกรลาศ.ระบบงานบัญชี 1(กลุ่มประชากรทุกกลุ่มอายุ)จากโปรแกรม HOSxP PCU ปี 2556.

สุโขทัย.โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัด

สุโขทัย;2556

3. สำนักน โยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ; 2555

4. จันทรเพ็ญ สันตวาจา.แนวคิดพื้นฐาน
ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล.พิมพ์
ครั้งที่ 6.นนทบุรี :โครงการสวัสดิการ
วิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2553
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง
เสริมสุขภาพ.ทริคดีมนมตามนาฬิกา
ชีวิต.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 พ.ย.
2556]; เข้าถึงจาก[http://www.thaihealth.
or.th/content/6959](http://www.thaihealth.or.th/content/6959).
6. ภาสกิจ วัฒนาวินูล.นาฬิกาชีวิตกับวิถี
แห่งธรรมชาติ.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:
หมอชาวบ้าน; 2555
7. โรงพยาบาลกองโกรลาศ.ระบบคัดกรอง
กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังจากโปรแกรม
HOSxP PCU ปี 2556.สุโขทัย.
โรงพยาบาลกองโกรลาศ จังหวัดสุโขทัย;
2556
8. สุทธิวัศส์ คำภา.นาฬิกาชีวิต ตอน เปิด
ดูเย็นเป็นดูยา.พิมพ์ครั้งที่ 4.นนทบุรี:
แปลน พรินท์ติ้ง; 2555
9. วิเชียร เกตุสิงห์ .สถิติวิเคราะห์สำหรับ
การวิจัย.กรุงเทพฯ :ไทยวัฒนาพานิช ;
2538:10-15
10. สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์ และคณะ .
เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตของ
การองค์การอนามัยโลก100ตัวชี้วัดและ
26 ตัวชี้วัด.เชียงใหม่:โรงพยาบาลสวน
ปรุง; 2540
11. คงคา หิมาลัย.นาฬิกาชีวิตเพื่อสุขภาพดี
และมีความสุข.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ:
คลื่นอักษร; 2555. 208 หน้า
12. นิตยสาร Health Today.อาหารเข้าด้าน
โรค.[อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อวัน 10
ม.ค. 2556]; เข้าถึงได้จาก
[http://www.med.cmu.ac.th/hospital/opd
/health/morningfood.htm](http://www.med.cmu.ac.th/hospital/opd/health/morningfood.htm).
13. ล้นทนา แรงสิงห์ . คุณภาพการนอน
หลับและภาวะสุขภาพจิตของพยาบาล
วิชาชีพใน โรงพยาบาลรัฐ เขต
กรุงเทพมหานคร(วิทยานิพนธ์ปริญา
มหาบัณฑิต). สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์,บัณฑิตวิทยาลัย
,กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;
2550.
14. ผาณิตา ชนะมณีและคณะ.คุณภาพการ
นอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของ
นักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคใต้.สงขลา
นครินทร์เวชสาร2549;24:163-173
15. สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร
ศาสตร์.คุณภาพชีวิตคนไทยปี 2555.
กรุงเทพฯ;สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒน
บริหารศาสตร์; 2555
- 16.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.7
ประโยชน์ดีของการตื่นเช้าที่คุณอาจ
คาดไม่ถึง.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวัน
18 ม.ค. 2556]; เข้าถึงได้จาก
<http://health.kapook.com/view>
๘๖๕๓๑.html.

ยุงลายกับ โรคติดเชื้อไวรัสซิกา

ไวรัสสายพันธุ์อันตรายที่ต้องเฝ้าระวัง

โรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika Fever) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika Virus-ZIKV) โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค เป็นอีกหนึ่งโรคอันตรายที่ส่งผลกระทบต่อระบบสมองโดยเฉพาะเด็กในครรภ์เมื่อได้รับเชื้อแล้วอาจรุนแรงถึงขั้นสมองผิดปกติ เช่น สมองเล็ก กระโหลกศีรษะไม่ปิด พัฒนาการช้า ตัวเล็ก ไม่ปกติ



การแพร่เชื้อของไวรัสซิกา

สามารถแพร่เชื้อโดยยุงลายที่มีเชื้อ และไปกัดคน หลังจากได้รับเชื้อแล้วเชื้อมีอายุฟักตัว 3 - 12 วัน



อาการของผู้ติดเชื้อไวรัสซิกา

- ปวดศีรษะ
- เมื่อยตามาก
- มีไข้ต่ำๆ
- มีผื่นแดง
- ปวดกล้ามเนื้อ
- ปวดข้อ



ยุงลายพาหะนำโรคติดเชื้อไวรัสซิกา



การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันเฉพาะ การรักษามุ่งเน้นการรักษาตามอาการ



การตรวจหาเชื้อไวรัสซิกา

สามารถตรวจหาการติดเชื้อได้ 2 วิธีคือ

1. การตรวจหาสารพันธุกรรมด้วยวิธีพีซีอาร์
2. การตรวจหาภูมิคุ้มกันชนิดแอนติบอดีจำเพาะ ต่อไวรัสซิกากับวิธีอีไลซ่า



3โรค

Influenza | Dengue fever | Zika virus



การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กรณีศึกษา : ชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

The Development of the Community's Participation in Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever :

a Case Study of the Tha Pho Community, Chom Tong locality, Capital district, Phitsanulok Province

นายจีระศักดิ์ ทัพพา ป.ด.

Jerasak Tappa Ph.D.

นายดิเรก ดิษฐเจริญ ส.บ.

Dirake Disthareion B.P.H.

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 2.1 จังหวัดพิษณุโลก Vector Born Disease Control Center 2.1 Phitsanulok Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก : กรณีศึกษาชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และแบบประเมินรูปแบบ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 82.5 มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 71.8 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 71.6 และมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 48.1 ปัญหาการมีส่วนร่วม คือ ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.52$) แผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ชุมชนสร้างขึ้นไม่สอดคล้องกับปัญหาอย่างแท้จริง อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=2.45$) ชุมชนไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=2.32$) ประชาชนขาดความรู้ ขาดความเข้าใจและขาดทักษะในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=2.28$) และความต้องการการมีส่วนร่วม คือ ประชาชนต้องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในระดับมาก ($\bar{x}=4.42$) ส่วนรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้นมี 1 รูปแบบ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรคไข้เลือดออกของชุมชน ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้กับประชาชน พบว่า ประชาชนในชุมชนทุกครัวเรือนได้ดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใน 4 ขั้นตอน ทุกกิจกรรมและผลการประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้ง 4 ขั้นตอน พบว่า มีความสอดคล้อง มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ และมีการยอมรับได้

คำสำคัญ: รูปแบบ การมีส่วนร่วม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

Abstract

This research aimed to study the develop the model of people's participation in prevention and control of dengue hemorrhagic fever : a case study of the Thapho community, Chom Tong locality, Capital distric, Phitsanulok province. The data were collected by questionnaire, a workshop, a connoisseurship and a model form. The statistics for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis. The research findings were as follows that the people participated identifying the problems and causes of dengue hemorrhagic fever about 82.5 percentage, planning for prevention and control of dengue hemorrhagic fever about 71.9 percentage, operating for prevention and control of dengue hemorrhagic fever about 71.6 percentage, as well as monitoring and evaluating on the prevention and control of dengue hemorrhagic fever about 48.1 percentage. The problem of people's participation were people lack of the knowledge and understanding of the problems and causes of dengue hemorrhagic fever at moderate level ($\bar{x}=2.52$). The planning for prevention and control of dengue hemorrhagic fever did not comply with community created a real problem in low level ($\bar{x}=2.45$). The community did not support the budget and materials for activities to prevent and control of dengue hemorrhagic fever in low level ($\bar{x}=2.32$). People lack of knowledge, lack of understanding and lack of monitoring and evaluation of prevention and control of dengue hemorrhagic fever in low level ($\bar{x}=2.28$). The people wish to participate activities to prevent and control of dengue hemorrhagic fever in high level ($\bar{x}=4.42$). The models of the people's participation in prevention and control of dengue hemorrhagic fever was 1 model and 4 step. Step 1 : The raise of community problem awareness and causes of dengue hemorrhagic fever. Step 2 : The planning for prevent and control of dengue hemorrhagic fever. Step 3 : The operating for prevention and control of dengue hemorrhagic fever. Step 1 : The monitoring and evaluating for prevention and control of dengue hemorrhagic fever. When the model was brought to trial with the public found that most of people in the community to participated in prevention and control of dengue hemorrhagic fever activities in 4 steps. The finally, the result of evaluating models of the people's participation in prevention and control of dengue hemorrhagic fever 4 step were consistent, suitable, feasible, and acceptable.

Keywords : Model, Participation, Prevention and Control of dengue hemorrhagic fever

บทนำ

ไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อนำโดยแมลงที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมาตลอด ไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเด็งกีที่มีอยู่กลายเป็นพาหะนำโรค ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ภาวะรุนแรง ซึ่งในปี พ.ศ. 2501 ไข้เลือดออกได้เกิดระบาดที่กรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วย 2,706 ราย เสียชีวิต 296 ราย โรคไข้เลือดออกพบได้ตลอดทั้งปี และพบมากที่สุดในช่วงฤดูฝนตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน พบผู้ป่วยได้ทั้งในเขตเมืองและในเขตชนบททั่วประเทศ พบในเด็กมากกว่าผู้ใหญ่ ในปีหนึ่งๆ พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวนมาก⁽¹⁾

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวนโยบายเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อให้หมดไปจากชุมชน และได้สร้างความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม เพื่อร่วมประสานนโยบายและแผนปฏิบัติงานกันอย่างใกล้ชิดรวมทั้งความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนไม่ว่าในระดับส่วนกลางหรือส่วนท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในด้านทรัพยากร กำลังคนและเงินงบประมาณ ตลอดจนเพื่อสนับสนุน เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์ให้มีการดำเนินการรณรงค์ในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน⁽²⁾ แต่จากการดำเนินงานเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมที่ผ่านมานั้นยังไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสำคัญและไม่ให้ความร่วมมือในการป้องกัน

ควบคุมโรคไข้เลือดออก⁽³⁾ ประชาชนส่วนใหญ่ยังคิดว่าการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนเป็นหน้าที่ของผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ⁽⁴⁾ สาเหตุที่ทำให้ประชาชนเข้าใจดังกล่าวนี้ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะนำโรค ส่งผลให้ไม่ใส่ใจและไม่ร่วมมือในการพัฒนาหรือ ไม่ร่วม ทำกิจกรรม เพื่อ ส่วน รว ม⁽⁵⁾ ในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่จะให้ได้ผลตามที่คาดหวังไว้นั้นจำเป็นต้องอาศัยการสร้างความร่วมมือในการแก้ปัญหาโดยชุมชนเอง⁽⁶⁾ ด้วยการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เน้นการนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อการแก้ปัญหาของส่วนรวม สร้างการสื่อสารระหว่างกลุ่มในชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความต้องการของแต่ละกลุ่ม และสร้างความสัมพันธ์อันดีที่จะยับยั้งการเกิดโรคไข้เลือดออก จากปัญหาที่พบดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบที่จะนำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบยั่งยืน โดยประชาชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เป็นแหล่งศึกษาวิจัย ซึ่งหมู่บ้านแห่งนี้มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นในหมู่บ้านในปี 2556 จำนวน 6 ราย และพบว่ามีปัญหาในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น ซึ่งเป็นปัญหาที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 2.1 จังหวัดพิษณุโลกได้เข้ามาพบ เมื่อได้เข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คาดว่าจะทำให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้ มีความตระหนักและมีส่วนร่วมใน

ดำเนินการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้อย่างเข้มแข็ง ซึ่งจะส่งผลให้การระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนมีแนวโน้มลดลงจนเป็นที่น่าพอใจได้อย่างยั่งยืนตลอดไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 3) เพื่อทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
- 4) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กรอบแนวคิดและทฤษฎีในการวิจัย

1. แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ขอบเขตการวิจัย

1. พื้นที่ในการศึกษา คือ ชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
2. ระยะเวลาในการวิจัย ปีงบประมาณ 2556

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขอบเขตการวิจัยและขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน

และควบคุมโรคไข้เลือดออก ตัวแปรที่ศึกษา คือ สภาพ ปัญหา และความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากร คือ หัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครัวเรือน ในชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 172 คนและกลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทนครัวเรือน ในชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 40 คนโดยการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Sampling) ที่ได้มาจากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Taro Yamane⁽⁷⁾ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งมี 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และบทบาทหน้าที่ในปัจจุบัน เป็นแบบเลือกตอบ ตอนที่ 2 สภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ตอนที่ 3 ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับคะแนน คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตอนที่ 4 ความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับคะแนน คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ข้อมูลที่ได้ในขั้นตอนนี้ให้นำไปสู่การพัฒนารูปแบบต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 2.1 การยกร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกขอบเขตด้านเนื้อหา คือ ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบลจอมทอง จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชนหมู่ 8 ตำบลจอมทอง จำนวน 2 คน ครูอนามัยโรงเรียนบ้านจอมทอง จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง จำนวน 1 คน วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Work Shop) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามประเด็นที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 2.2 การตรวจสอบร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้ให้ข้อมูลในการตรวจสอบร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำนวน 7 คน ที่มีคุณสมบัติเป็นนักวิชาการสาธารณสุขระดับชำนาญการขึ้นไปที่มีประสบการณ์ในการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่า 10 ปี จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 3 คน และจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 4 คน วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การประชุมสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามประเด็นที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกผู้ให้ข้อมูล คือ ประชาชนที่ร่วม

ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การสังเกต การใช้แบบสอบถาม และตรวจสอบกิจกรรมที่ดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามสภาพจริงที่ได้ดำเนินการ พื้นที่ในการทดลอง คือ ชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้ให้ข้อมูลในการประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำนวน 32 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบลจอมทอง จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชนบ้านท่าโพธิ์ จำนวน 2 คน ครูอนามัยโรงเรียนบ้านจอมทอง จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง จำนวน 1 คน ประชาชนผู้ร่วมกิจกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ความคิดเห็นในด้านความสอดคล้อง ความเหมาะสมความเป็นไปได้ และการยอมรับได้ของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับคะแนน คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกซึ่งมี 4 ด้าน ดังนี้

1.1 ผลการศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลสภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

สภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม			
	ใช่	ร้อยละ	ไม่ใช่	ร้อยละ
ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุของโรคไข้เลือดออก				
1. ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจชุมชน เพื่อค้นหาสภาพปัญหาของโรค ไข้เลือดออกในชุมชน	33	82.5	7	17.5
2. ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุของโรค ไข้เลือดออกในชุมชน	33	82.5	7	17.5
3. ท่านมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรค ไข้เลือดออก ในชุมชน	33	82.5	7	17.5
รวม	99	82.5	21	17.5
ด้านการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก				
4. ท่านมีส่วนร่วมในการประชุมพิจารณาความต้องการให้มีแผนการป้องกัน และควบคุมโรค ไข้เลือดออก	28	70.0	12	30.0
5. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดในแผนการป้องกันและ ควบคุมโรค ไข้เลือดออก	28	70.0	12	30.0
6. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม/วิธีการ/แผนการควบคุมลูกน้ำ ยุงลายในครัวเรือน	32	80.0	8	20.0
7. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม/วิธีการ/แผนการรณรงค์ทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน	31	77.5	9	22.5
8. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม/วิธีการ/แผนการควบคุมยุงลายตัว เต็มวัยในชุมชน	32	80.0	8	20.0
9. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม/วิธีการ/แผนการถ่ายทอดองค์ ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกที่จะให้แก่ชุมชน	28	70.0	12	30.0
10. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดงบประมาณที่ใช้ในการป้องกันและควบคุม โรค ไข้เลือดออก	22	55.5	18	45.5
รวม	201	71.8	79	28.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม			
	ใช่	ร้อยละ	ไม่ใช่	ร้อยละ
ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก				
11. ท่านมีส่วนร่วมในการสำรวจลูกน้ำยุงลาย	39	97.5	1	2.5
12. ท่านมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	39	97.5	1	2.5
13. ท่านมีส่วนร่วมในการใช้ทรายที่มีฟอสในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย	26	65.0	14	35.0
14. ท่านมีส่วนร่วมในการใช้ปลากินลูกน้ำยุงลาย	25	62.5	15	37.5
15. ท่านมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ชุมชนใช้สมุนไพรในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย	32	80.0	8	20.0
16. ท่านมีส่วนร่วมในการพ่นสารเคมีกำจัดยุงลายตัวเต็มวัย	31	77.5	9	22.5
17. ท่านมีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองโดยการใช้มุ้งชุบสารเคมีกานนอน	17	42.5	23	57.5
18. ท่านมีส่วนร่วมในการคิดค้นอุปกรณ์และวิธีการใหม่ๆ ในการกำจัดยุงลายตัวเต็มวัย	22	55.0	18	45.0
19. ท่านมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ชุมชนใช้สมุนไพรในการกำจัดยุงลายตัวเต็มวัย	31	77.5	9	22.5
20. ท่านมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	30	75.0	10	25.0
21. ท่านมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้แก่ชุมชน เช่น หอกระจายข่าว เอกสารแผ่นพับ	23	57.5	17	42.5
รวม	315	71.6	125	28.4
ด้านการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก				
22.ท่านมีส่วนร่วมในการออกแบบการติดตามและประเมินผล การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน	16	40.0	24	60.0
23.ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนก่อนดำเนินการ	21	52.5	19	47.5
24.ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนระหว่างดำเนินการ	18	45.0	22	55.0
25.ท่านมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนหลังดำเนินการ	22	55.0	18	45.0
รวม	77	48.1	83	51.9

จากตารางที่ 1 พบว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 82.5 มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คิดเป็น

ร้อยละ 71.8 มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 71.6 และมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คิดเป็นร้อยละ 48.1

1.2 ผลการศึกษาปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับปัญหา
ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุปัญหาของโรคไข้เลือดออก			
1. ท่านไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการค้นหาปัญหาและสาเหตุปัญหาของโรคไข้เลือดออกได้ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารไม่ทั่วถึง	2.38	1.23	น้อย
2. ท่านขาดความรู้ ความเข้าใจในการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุปัญหาของโรคไข้เลือดออก	2.52	1.41	ปานกลาง
3. ท่านไม่สนใจและไม่ให้ความร่วมมือในการสำรวจชุมชนเพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุปัญหาของโรคไข้เลือดออก	2.08	1.16	น้อย
4. ท่านไม่มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นเพื่อนำเสนอปัญหาของโรคไข้เลือดออกที่เกิดขึ้นในชุมชนต่อที่ประชุม	2.38	1.10	น้อย
5. ท่านขาดความเชื่อมั่นผู้นำชุมชนในการเป็นผู้นำการค้นหาปัญหาและสาเหตุปัญหาของโรคไข้เลือดออก	1.98	.94	น้อย
รวม	2.27	.98	น้อย
ด้านการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก			
1. ท่านขาดความรู้ ความเข้าใจในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	2.30	1.14	น้อย
2. ท่านขาดความรู้ ความเข้าใจในการนำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไปใช้	2.38	1.12	น้อย
3. แผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ชุมชนของท่านสร้างขึ้นไม่ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาที่แท้จริง	2.32	1.10	น้อย
4. การวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ชุมชนของท่านสร้างขึ้นไม่สอดคล้องกับปัญหาอย่างแท้จริง	2.45	.98	น้อย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับปัญหา
5. ไม่มีการจัดลำดับความสำคัญของแผนงานก่อน-หลัง ที่จะนำไปใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	2.02	1.00	น้อย
6. ขาดคำอธิบายการใช้แผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากผู้นำชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง	2.10	1.11	น้อย
7. ชุมชนของท่านไม่สามารถใช้แผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่จัดทำขึ้นได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากแผนงานขัดต่อวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีของชุมชน	1.85	.80	น้อย
รวม	2.20	.81	น้อย
ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก			
1. ชุมชนของท่านไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก	2.32	1.35	น้อย
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้นำชุมชนไม่สามารถนำท่านเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างต่อเนื่อง เพราะมีภาระงานมาก	1.85	1.03	น้อย
3. การดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลือดออกในชุมชนของท่านขาดการสนับสนุนจากเครือข่ายอื่น มีเพียงการผลักดันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น	2.02	1.12	น้อย
4. การดำเนินกิจกรรมการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ต่อเนื่อง เพราะท่านต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัวทำให้ไม่มีเวลาร่วมดำเนินกิจกรรม	2.18	1.98	น้อย
5. ท่านไม่ได้รับข้อมูลจากการประชาสัมพันธ์ในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากผู้นำชุมชนหรือผู้เกี่ยวข้อง	1.98	1.09	น้อย
รวม	2.07	.98	น้อย
การติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก			
1. ชุมชนของท่านไม่มีแผนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก	2.08	1.29	น้อย
2. แผนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของท่านไม่ชัดเจน	2.22	1.18	น้อย
3. ผู้นำชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนท่าน ไม่ได้นำแผนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไปสู่การปฏิบัติ	2.12	1.14	น้อย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

4. ท่านขาดความรู้ ขาดความเข้าใจ และขาดทักษะในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	2.28	1.32	น้อย
5. ชุมชนของท่านขาดการสนับสนุนงบประมาณในการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	2.22	1.20	น้อย
6. ผู้นำชุมชนของท่านหรือเกี่ยวข้อง ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการประเมินผลอย่างจริงจัง	2.15	1.19	น้อย
7. ขาดการประสานงานในการแจ้งแผนการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากผู้นำชุมชนหรือผู้เกี่ยวข้อง	2.10	1.17	น้อย
8. ผู้นำชุมชนหรือผู้เกี่ยวข้องไม่ได้รายงานผลการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา	2.22	1.19	น้อย
รวม	2.17	1.08	น้อย

จากตารางที่ 2 พบว่า ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุปัญหาของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.52$) แผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ชุมชนสร้างขึ้นไม่สอดคล้องกับปัญหาอย่างแท้จริง อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=2.45$) ชุมชนไม่ได้รับการสนับสนุน

งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=2.32$) ประชาชนขาดความรู้ ขาดความเข้าใจและขาดทักษะในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=2.28$)

1.3 ผลการศึกษาความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความต้องการ
1. ด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุปัญหาของโรคไข้เลือดออก	4.18	.97	มาก
2. ด้านการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	4.04	1.07	มาก
3. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	4.42	.65	มาก
4. ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	4.17	.70	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า ประชาชนต้องการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับมาก ($\bar{x}=4.42$) ต้องการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของโรคไข้เลือดออกในระดับมาก ($\bar{x}=4.18$) ต้องการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับมาก ($\bar{x}=4.17$) และด้านการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับมาก ($\bar{x}=4.04$)

2. ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยนำผลการศึกษาสภาพปัญหาการมีส่วนร่วมของประชาชน และความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่วิเคราะห์ได้ มาทำการยกร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และทำการตรวจสอบร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่สามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนมี 1 รูปแบบ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรคไข้เลือดออกของชุมชน ซึ่งมีกิจกรรมคือ

1. จัดประชุมประชาคมชาวบ้านในการศึกษาวิเคราะห์เพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุของโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2. สำรวจชุมชนเพื่อค้นหาปัญหาและสาเหตุของโรคไข้เลือดออก โดยมีวิธีการดำเนินงานคือ 1) การสร้างแบบสำรวจชุมชน 2) การกำหนดพื้นที่

สำรวจ 3) การกำหนดทีมงานสำรวจ 4) การกำหนดวิธีการสำรวจ และ 5) การนำข้อมูลมาสรุป

3. นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสำรวจต่อที่ประชุมชาวบ้าน

4. เปิดโอกาสให้ชาวบ้านเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมเพื่อสรุปออกมาเป็นปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง

ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน แผนกิจกรรมมีดังนี้

1. การฝึกทักษะในการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกให้กับแกนนำประชาชนในชุมชน

2. การร่วมวางแผนการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของแกนนำประชาชนในชุมชน โดยกำหนดระยะเวลาและผู้รับผิดชอบไว้ในแผนปฏิบัติงาน แผนกิจกรรมได้แก่ 1) แผนการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน 2) แผนการพ่นสารเคมีฆ่ายุงตัวแก่ 3) แผนการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย 4) แผนการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน 5) แผนการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว 6) แผนการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย (ปูนกินหมาก) 7) แผนการใส่ปลากินลูกน้ำ 8) แผนการดูแลรักษาความสะอาดสภาพแวดล้อมภายในบริเวณบ้าน 9) แผนการประชุมประจำเดือนเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เข้มแข็งของชุมชน ซึ่งมีกิจกรรมคือ

1. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน โดยเจ้าของครัวเรือน

และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดูแลรับผิดชอบในพื้นที่ตนเองที่ได้รับมอบหมาย และดำเนินการทุกวันศุกร์

2. การพันสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย และใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย โดยองค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. การรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

4. การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว

5. การใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย โดยการใช้ปูนกินหมาก

6. การใช้ปลากินลูกน้ำยุงลาย

7. การดูแลรักษาสภาพแวดล้อมภายในบริเวณบ้านเรือนให้สะอาด

8. การประชุมประจำเดือน เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้

1. การจัดทำแผนการติดตามและประเมินก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ

2. การจัดตั้งทีมติดตามและประเมินผล การมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย ทีมที่ 1 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทีมที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. การประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเขตการประเมินแบบไขว้และนักเรียนกลุ่มประเมินในบ้านเรือนของนักเรียนเอง

4. การจัดทำรายงานการประเมินผล

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

5. การชี้แจงและเผยแพร่ให้ชุมชนได้รับทราบถึงผลการดำเนินงานโดยผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6. การถอดบทเรียนผลการติดตามและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อนำเสนอแก่ชุมชน

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สามารถนำเสนอได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรคไข้เลือดออกของชุมชน มีการจัดประชุมประชาคมชาวบ้านเพื่อการสำรวจปัญหา โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนหลักในการสำรวจปัญหา โดยมีการกำหนดพื้นที่สำรวจ กำหนดทีมงานสำรวจ กำหนดวิธีการสำรวจ การสรุปวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลที่ได้ให้แก่ชาวบ้านได้รับทราบและร่วมกันสรุปเป็นประเด็นปัญหาของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 รูปแบบการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมีผู้นำชุมชนเป็นแกนนำในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้แก่ชุมชน และมีการบรรจุเป็นแผนชุมชนเพื่อการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แผนกิจกรรมที่ดำเนินการได้แก่

2.1 แผนการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน

2.2 แผนการพันสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย

2.3 แผนการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย

2.4 แผนการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2.5 แผนการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว

2.6 แผนการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย (ปุนกินหมาก)

2.7 แผนการใช้ปลากินลูกน้ำ

2.8 แผนการดูแลรักษาความสะอาดสภาพแวดล้อมภายในบริเวณบ้าน

2.9 แผนการประชุมประจำเดือนเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกที่เข้มแข็งของชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทองเป็นผู้กระตุ้นและให้กำลังใจแก่ประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลจอมทอง และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 9.1 พิษณุโลก ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน กิจกรรมที่ดำเนินการมีดังนี้

3.1 ประชาชนในชุมชนได้ดำเนินการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ในครัวเรือนของตนเอง

3.2 การใช้ทรายที่มีฟอสในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย

3.3 การรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกวันศุกร์โดยแต่ละครัวเรือนดำเนินการ และมีการรณรงค์ใหญ่ 1 ครั้งโดยมีการเดินรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อเชิญชวนประชาชนในหมู่บ้านให้ดำเนินการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน

3.4 การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านในตอนเช้าของทุกวัน

3.5 การใช้ปลาหางนกยูงกินลูกน้ำยุงลายในทุกครัวเรือน

3.6 การใช้ปุนแดงกินหมากในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย

3.7 การรักษาสภาพแวดล้อมในบริเวณบ้านเรือนหรือที่อยู่อาศัยของแต่ละครัวเรือนให้มีความสะอาดอยู่เสมอ

3.8. การประชุมประจำเดือนเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 รูปแบบการติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

การติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชุมชน โดยมีการประเมินก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ มีการจัดแต่งตั้งทีมติดตามประเมินผลแล้วดำเนินการประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย และทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามร่วมดำเนินการ มีการจัดทำรายงานการประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การสำรวจลูกน้ำยุงลาย การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ การใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย การใช้ปลากินลูกน้ำ และทำการประชุมชี้แจงการประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อนำเสนอข้อมูลผลการดำเนินงานให้แก่ชุมชนได้รับทราบโดยผู้นำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

4. ผลการประเมินการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยดำเนินการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ และด้านการยอมรับได้ ซึ่งมีผลดังนี้

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการยอมรับได้ ของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

รายการ	ความเหมาะสม			ความเป็นไปได้			การยอมรับได้		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ขั้นตอนการสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรคไข้เลือดออกของชุมชน	3.99	.44	มาก	4.03	.43	มาก	4.25	.53	มาก
2. ขั้นตอนการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน	4.19	.42	มาก	4.20	.41	มาก	4.29	.42	มาก
3. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกที่เข้มแข็งของชุมชน	4.26	.46	มาก	4.22	.42	มาก	4.24	.41	มาก
4. รูปแบบการติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก	4.05	.59	มาก	4.08	.55	มาก	4.11	.57	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการยอมรับได้ของขั้นตอนการสร้าง ความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรคไข้เลือดออกของชุมชน ขั้นตอนการจัดทำแผนการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน ขั้นตอน การดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกที่ เข้มแข็งของชุมชน และขั้นตอนการติดตามและ ประเมินผลป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของ ชุมชน พบว่า อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ การประเมิน สรุปได้ว่า ทุกขั้นตอนของรูปแบบการมี ส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ และ มีการยอมรับได้ทุกขั้นตอน

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้น ในครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรค ไข้เลือดออกของชุมชน ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำ แผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ชุมชน ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานป้องกันและ ควบคุมไข้เลือดออกที่เข้มแข็งของชุมชน และ ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผลป้องกันและ ควบคุมไข้เลือดออกของชุมชน ซึ่งรูปแบบนี้มีความ สอดคล้องกับรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วมของ ชุมชนที่เคซา บัวเทศ, วันเพ็ญ บัวเทศ

และระพีพร บุรณคุณ⁽⁸⁾, บัณฑิต อ่อนคำ⁽⁹⁾ ที่กล่าวถึงขั้นตอนการมีส่วนร่วม แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ คือ ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในกระบวนการวิเคราะห์ชุมชน ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนดำเนินการ ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในกระบวนการรับผลประโยชน์ เมื่อนำรูปแบบนี้ไปทดลองใช้กับชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าประชาชนให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมของรูปแบบทั้ง 4 ขั้นตอน โดยชุมชนมีการจัดประชุมประชาคมชาวบ้านเพื่อการสำรวจปัญหา มีการกำหนดพื้นที่สำรวจ กำหนดทีมงานสำรวจ กำหนดวิธีการสำรวจ การสรุปวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลให้แก่ชาวบ้านได้รับทราบและร่วมกันสรุปเป็นประเด็นปัญหาของชุมชน ผู้นำชุมชนเป็นแกนนำในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้แก่ชุมชนและมีการบรรจุเป็นแผนชุมชนเพื่อการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีการดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้ รวมถึงการติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของชุมชนเพื่อวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งกานต์ ศรีลัมพ์. การส่งเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชนในกรมควบคุมโรคติดต่อ. ในคู่มือโรคไข้เลือดออกฉบับประชาชน. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2544.

ซึ่งผลการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบดังกล่าวที่ทดลอง ส่งผลให้ชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ไม่มีปัญหาของการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนหลังดำเนินกิจกรรมการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแล้ว

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการเผยแพร่รูปแบบที่ได้จากการศึกษา ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่ ได้นำเอาไปเป็นแบบอย่างเพื่อสู่การปฏิบัติและการประยุกต์ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของแต่ละพื้นที่ตามความเหมาะสม อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมทอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ครูอนามัยโรงเรียนบ้านจอมทอง อาจารย์และนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม และเจ้าหน้าที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 2.1 พิษณุโลกทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมให้การสนับสนุนและดำเนินการเก็บรวบรวมการข้อมูลวิจัย จนส่งผลให้การวิจัยสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทุกขั้นตอน

2. โรคติดต่อ นำโดยแมลง, สำนัก. คู่มือแนวทางการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงสำหรับบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอ. นนทบุรี:ม.ป.พ.(2554). 2554.

3. รัตนา เหมือนสิทธิ์. (ม.ป.ป.). การสำรวจลูกน้ำยุงลายของตำบลพุกสร้าง. ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
4. วิจิต สารกิจ และคนอื่นๆ. การพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของประชาชน.บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. 2553.
5. พอชม จวีวัฒน์. การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติ ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระชนมายุ 72 พรรษ ภูมิศึกษา : อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2543.
6. สังคม สุภรัตนกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมลูกน้ำยุงลายของประชาชนในเขตเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู. หนองบัวลำภู: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. 2547.

7. อนุวัติ คุณแก้ว. การวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ผู้ผลงานทางวิชาการเพื่อการเลื่อนวิทยฐานะ. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ. 2554.
8. เดชา บัวเทศ, วันเพ็ญ บัวเทศ และระพีพร บุรณคุณ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายของแกนนำชุมชนบ้านหนองคันจิ หมู่ที่ 4 ตำบลพุกสร้าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. สระบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 สระบุรี. 2547.
9. บัณฑิต อ่อนคำ. รูปแบบการแก้ปัญหาสาเหตุดีในระดับพื้นที่โดยเน้นบทบาทชุมชนและระบบกลไกของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนที่เอื้ออำนวยต่อการแก้ไขปัญหาสาเหตุดีในชุมชน : ภูมิศึกษากรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันยาเสพติดให้โทษ. 2539.

สังเกตอย่างไร ว่าอาจเป็นไข้เลือดออก

ไข้สูง
อย่างกระทันหัน
2-7 วัน



อาการคล้าย
หวัดใหญ่ แต่มักไม่ไอ
ไม่มีน้ำมูก



ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตัว หน้าแดง
ปวดกระบอกตา ตาแดง
อาจมีจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง
ที่แขนขา ข้อพับ



เมื่อไหร่ต้องไปหาแพทย์

ไข้สูงลอยเกิน
2 วันในการป่วย
ระยะแรกๆ



ช่วงไข้ลงแล้วซีก
คือช่วงอันตราย



กินยาและปฏิบัติตัว
ตามแพทย์สั่ง



ซึม กระสับกระส่าย มือเท้าเย็น เลือดกำเดาไหล
หรืออาเจียนเป็นเลือด ชีพจรเต้นเร็วแต่เบา
ปวดท้องบริเวณชายโครงด้านขวา
ต้องรีบกลับไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลให้เร็วที่สุด



สายด่วน
กรมควบคุมโรค
1422

คำแนะนำการส่งบทความตีพิมพ์ สำหรับผู้นิพนธ์

การจัดส่งบทความต้นฉบับ ผู้นิพนธ์ต้องจัดส่งบทความต้นฉบับ ดังนี้

1 บทความต้นฉบับสำหรับตีพิมพ์ ตามข้อกำหนดของบทความแต่ละประเภท รายละเอียดตามคำแนะนำการเตรียมบทความต้นฉบับ (Manuscript)

2 ส่งไฟล์บทความ ทาง E-mail : wan_amp@hotmail.com พร้อมทั้ง กรอกเอกสารในใบแจ้งความประสงค์ส่งบทความตีพิมพ์ พร้อมทั้งเอกสารบทความต้นฉบับ 1 ฉบับ แล้วส่งมาให้

นางสาวอมรา พรหมพิทักษ์ (บรรณาธิการวารสารวิชาการป้องกันและควบคุมโรค)

กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก

เลขที่ 306 หมู่ที่ 5 ถนนพิษณุโลก-วัดโบสถ์

ต.หัวรอ อ.เมือง

จ.พิษณุโลก 65000

การรับเรื่องต้นฉบับ

1 เรื่องที่รับไว้ บรรณาธิการจะแจ้งตอบรับเบื้องต้น ให้เจ้าของผลงานทราบ

2 บรรณาธิการจะจัดส่งบทความกลับคืนเจ้าของผลงาน กรณีที่มีการแก้ไข

3 การรับบทความลงตีพิมพ์จะอยู่ในดุลพินิจของกองบรรณาธิการ โดยผลงานที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์จะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง เป็นหนังสือราชการ และเมื่อตีพิมพ์แล้ว จะส่งสำเนาบทความ (Re-print) ให้เจ้าของผลงาน 3 ชุด และวารสารฉบับจริง 1 ฉบับ ในทางตรงข้ามหากผลงานพิจารณาแล้วไม่รับลงตีพิมพ์จะแจ้งให้ทราบเป็นหนังสือราชการ

4 กำหนดการรับต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผ่านกระบวนการที่เป็นไปตามเงื่อนไข

4.1 ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 5 พฤษภาคม ผลงานจะได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ในฉบับที่ 1

4.2 ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 5 พฤศจิกายน ผลงานจะได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ในฉบับที่ 2

การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ (Manuscript)

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก (Journal of Disease Prevention and Control : DPC 2nd Phitsanulok) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิชาการและนวัตกรรมด้านป้องกัน ควบคุม โรค และภัยสุขภาพ รวมทั้งเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุข โดยยินดีรับรายงานการวิจัย บทความปริทัศน์ และรายงานผู้ป่วย ซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่เคยอยู่ระหว่างส่งไปขอรับการตีพิมพ์ในวารสารอื่น และกองบรรณาธิการพิจารณาแล้วมีความเหมาะสมในการตีพิมพ์

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

การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

การเตรียมบทความ ให้เจ้าของผลงานพิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16 ใน Microsoft Word 97-2003 ใส่กระดาษหน้าเดียวลงบนกระดาษ ขนาด A4 พิมพ์เนื้อหาแบบแถวเดียว (Single Column) มีเลขกำกับหน้าที่มุมขวาบนทุกหน้า ตั้งขอบกระดาษทุกด้าน 2.5 เซนติเมตร จำนวนหน้าไม่เกิน 14 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง) ตามคำแนะนำเพิ่มเติมดังนี้

- 1 ภาษา ให้ใช้ภาษาไทย อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้เฉพาะที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรมฯ โดยใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นเป็นชื่อเฉพาะที่ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่
- 2 ตัวเลข กรณีการเขียนค่าสถิติร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง
- 3 ตารางและรูปภาพ ให้พิมพ์รวมในเนื้อหาบทความลง และให้มีความสมบูรณ์ในตัว อ่านเข้าใจง่าย ไม่ซ้ำซ้อนหรือมากเกินไปจนความจำเป็น ระบุหมายเลขกำกับ มีชื่อตารางและชื่อรูปภาพ โดยสามารถเชื่อมโยงกับเนื้อหาให้ตรวจสอบได้สะดวก

การพิสูจน์อักษร เจ้าของผลงานต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบความถูกต้อง

นิพนธ์ต้นฉบับที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 4 ประเภท

1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

เป็นบทความที่เขียนจาก การรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากผลงานวิจัยของตัวเอง และผลงานผู้อื่น ในวารสารวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว ซึ่งรับตีพิมพ์เฉพาะบรรณาธิการเกียรตินิยม หรือกองบรรณาธิการ เท่านั้น

2. บทความปริทัศน์ หรือบทความฟื้นฟูวิชาการ (Review Article)

เป็นบทความที่เขียนจาก การรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากงานวิจัยของตัวเอง และผลงานผู้อื่น ในวารสารวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว หรือจากหนังสือวิชาการ ทั้งในและต่างประเทศ มีการวิเคราะห์ วิจัย เสนอแนวคิด เป็นองค์ความรู้ใหม่ มีส่วนประกอบตามลำดับ ดังนี้ คือ

- ชื่อเรื่อง อ่านเข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- ชื่อผู้นิพนธ์ เขียนชื่อ นามสกุล ด้วยอวุฒิศึกษาสูงสุด มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีใจความสมบูรณ์ใน 1 หน้า
- คำสำคัญ เขียนเป็นคำหรือวลีสั้นๆ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 3-5 คำ
- เนื้อหาบทความปริทัศน์ ให้แบ่งเป็นส่วนๆ เริ่มจาก บทนำ วัตถุประสงค์ แล้วอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการ ทบทวนเอกสาร และการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่
- วิจัยและสรุป เขียนอภิปราย ผสมผสานกับข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ
- กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ หน่วยงานที่สนับสนุน ด้วยเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน

- เอกสารอ้างอิง การอ้างอิงในเนื้อหาที่มีความทันสมัยและครบถ้วน ใช้ระบบ The Vancouver style 2008 โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บเป็นตัวยก หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของบทความที่อ้างถึง โดยใช้เลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ สอดคล้องกับลำดับอ้างอิงท้ายบทความ

3. รายงานการวิจัย (Research Article)

เป็นบทความรายงานการวิจัยหรือรายงานวิจัยที่เป็นต้นฉบับ (Original Article) ที่ดำเนินการแล้วเสร็จ มีส่วนประกอบตามลำดับ ดังนี้คือ

- **ชื่อเรื่อง** สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง กระชับ สื่อให้เห็นตัวแปรที่ศึกษาชัดเจน เข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

- **ชื่อผู้พิมพ์** เขียนชื่อ นามสกุล ด้วยย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ หน่วยงานทำงานอยู่ กรณีมีหลายคนให้เรียงลำดับตามสัดส่วนดำเนินการจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด

- **บทคัดย่อ** มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใจความสมบูรณ์ใน 1 หน้า โดยให้เขียนเป็นความเรียงมีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป ข้อเสนอแนะ และ คำสำคัญอยู่ในหน้าเดียวกัน

- **คำสำคัญ** เขียนเป็นคำหรือวลีสั้นๆ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 3-5 คำ

- **บทนำ** อธิบายความสำคัญของปัญหา ผลการวิจัยจากแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อสรุปมาบ้างแล้ว วัตถุประสงค์ สมมติฐาน (ถ้ามี) และขอบเขตการวิจัย

- **วิธีการ** ระบุรูปแบบการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

- **ผล** อธิบายข้อค้นพบ แปลผลจากการวิเคราะห์ มุ่งเน้นตามวัตถุประสงค์ อาจมีตารางภาพประกอบตามความจำเป็น ไม่เกิน 4-6 ตารางหรือภาพ

- **วิจารณ์** เขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานหรือไม่ สอดคล้องกับทฤษฎีหรืองานวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ผสมผสานกับข้อเสนอแนะทางวิชาการ

- **สรุป** เขียนสรุปเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาการวิจัย สรุปผลให้ตรงประเด็น ตามคำถามวิจัย และวัตถุประสงค์การวิจัย

- **กิตติกรรมประกาศ** เขียนขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ หน่วยงานที่สนับสนุนทุนวิจัยด้วยเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน

- **เอกสารอ้างอิง** การอ้างอิงในเนื้อหาที่มีความทันสมัยและครบถ้วน ใช้ระบบ The Vancouver style 2008 โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บเป็นตัวยก หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของบทความที่อ้างถึง โดยใช้เลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ สอดคล้องกับลำดับการอ้างอิงท้ายบท

4. รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นผลงานวิชาการที่มีข้อมูลของกรณีตัวอย่างเกี่ยวกับผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะด้านอาการ ผลการตรวจรักษา ผิดแผกไปจากกรณีอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการป้องกัน การตรวจรักษา บำบัด รวมทั้งเป็นการเตือนทางวิชาการ เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ องค์ประกอบมีดังนี้

- ชื่อเรื่อง สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง กระชับ เข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- ชื่อผู้พิมพ์ เขียนชื่อ นามสกุล ด้วยอักษรรักษาสูงสุด มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ หน่วยงานที่ทำงานอยู่ กรณีมีหลายคนให้เรียงลำดับตามสัดส่วนดำเนินการจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด
- บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใจความสมบูรณ์ใน 1 หน้า
- คำสำคัญ เขียนเป็นคำหรือวลีสั้นๆ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 3-5 คำ
- บทนำ อธิบายความสำคัญของปัญหา
- รายงานผู้ป่วย ซึ่งบอกลักษณะอาการผู้ป่วย ผลการตรวจ (Findings) การรักษาและผลการรักษา บำบัด
- วิจารณ์ เขียนอภิปราย ผสมผสานกับข้อเสนอแนะทางวิชาการอย่างมีขอบเขต
- สรุป เขียนสรุปเกี่ยวกับความสำคัญ สรุปผลให้ตรงประเด็น
- กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ หน่วยงานที่สนับสนุน กระชับ ชัดเจน

- เอกสารอ้างอิง การอ้างอิงในเนื้อหาที่มีความทันสมัยและครบถ้วน ใช้ระบบ The Vancouver style 2008 โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บเป็นตัวยก หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของบทความที่อ้างถึง โดยใช้เลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ สอดคล้องกับลำดับการอ้างอิงท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- การอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร, ปีที่พิมพ์; ปีที่ : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เช่น
 วิทยา สวัสดิภูมิพงษ์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกสตรีอำเภอ
 แม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-26.
 Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners,
 Children household contacts of adult with AIDS, JAMA 1987; 257: 640-644.

- การอ้างอิงจากหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อเรื่อง, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เช่น
 ยง ภู่วรรณ. วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี. กรุงเทพมหานคร:แมกซิสโฮลดิ้ง; 2542.

- การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภทปริญญา]. ภาควิชา, คณะ, เมือง: มหาวิทยาลัย ; ปีที่รับปริญญา. เช่น
ชมัย ซาลี. ต้นทุนการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล:ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลใน
เขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2530.

- การอ้างอิงบทความจากหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วัน เดือน ปี ที่พิมพ์ ; ส่วนที่ : เลขหน้า. เช่น
เพลิงมรกต. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2546; (คอลัมน์ 5).

- การอ้างอิงบทความจากวิดีโอ

ชื่อเรื่อง (วิดีโอ).เมืองที่ผลิต ; แหล่งผลิต ; ปีที่ผลิต. เช่น

HIV+AIDS : the facts and the future (Videocassette).St. Louis (MO) : Mosby-Year Book ; 1995.

- การอ้างอิงบทความจากอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร (ชนิดของสื่อ) ปีที่พิมพ์ (วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล) ; ปีที่ (เล่มที่)
: (จำนวนภาพ). แหล่งข้อมูล. เช่น

1.บทความวิชาการในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg infect Dis (Serial online) 1995 Jan-Mar
(cited 1996 Jun 5) ; 1(1) : (24 screens). Available from : URL : [http://www.cdc.gov /
ncidod/EID/eid.htm](http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm).

2. รายงานวิจัยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

CDI, clinical de3rmaology illustrated (monograph on CD-ROM). Reeves JRT, Maibach H.
CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0 San Diego : CMEA ; 1995

3. แฟ้มข้อมูลคอมพิวเตอร์

Hemodynamics III : the ups and down of hemodynamics (computer program).Version 2.2

Orlando (FL) : Computerized Educational Systems ; 1993.

- การอ้างอิงจากรายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์ : หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน : ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน. เช่น
ศุภชัย คุณารัตน์พฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ ในระบบ
สาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร : กองโรงพยาบาลภูมิภาค/ สถาบันวิจัย
สาธารณสุขไทย/ องค์การอนามัยโลก ; 2540.

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.



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก (External Reviewer) ประเมินบทความวิชาการ

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2559) : Volume 4 No.1 (January – June 2016)

- | | |
|---|---|
| 1. พอ.นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษตร | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 2. รศ.นวรรตน์ สุวรรณพ้อง | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รศ.ดร.ศิริพรรณ สารินทร์ | คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 4. รศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 5. รองศาสตราจารย์พิเศษ ดร. ธวัช บุญขมณี | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก |
| 6. ดร.พนารัตน์ เจนจบ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |
| 7. ดร.อัสนี วันชัย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |
| 8. ดร.สิริวัฒน์ आयวัฒน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |