



วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค

สคร.9 พิษณุโลก

Journal of Disease Prevention and Control : DPC. 9 Phitsanulok

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 (ตุลาคม 2557- มีนาคม 2558) : Volume 3 No.1 (October 2014 – March 2015)

บทความวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคคอตีบชายแดนไทย-พม่า จังหวัดตาก ปี 2556-2557: ลักษณะทางคลินิกและแนวทางการป้องกันควบคุมโรค
2. ความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงด้วยยาของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย
3. สภาพปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรัง จังหวัดพิษณุโลก
4. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
5. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
6. การวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นและแนวทางป้องกันที่เหมาะสม
7. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบรรลุผลกระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามของผู้รับการบำบัดยาเสพติด จังหวัดพะเยา
8. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานในจังหวัดสุโขทัย
9. คุณภาพชีวิตของผู้พิการ อำเภอกำแพง จังหวัดเพชรบุรี

บทความวิชาการ

10. สถานการณ์โรคหัดในเขตสุขภาพที่ 2 : พ.ศ. 2554-2557

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก

The Office of Disease Prevention and Control 9 Phitsanulok , Thailand

<http://www.dpc9.ac.th/web/Journal/Journal.html>

ISSN 2287-0385





วิสัยทัศน์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 9 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 การสอบสวนอุบัติเหตุดูหมื่น	
เจ้าของวารสาร ที่ปรึกษา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก นพ.โสภณ เมฆธน นพ.สุภชัย ฤกษ์งาม พญ.วรรณา หาญเขาว์วรกุล ดร.นพ.ศักดิ์ชัย ไชยมหาพฤกษ์	
บรรณาธิการ	ดร.ไพรัตน์ อ้นอินทร์	
บรรณาธิการผู้ช่วย	นางสาวทิพย์สุดา กองเนียม	
กองบรรณาธิการ	ศ.นพ.ดร.ศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย ดร.นพ.ภูดิท เตชาติวัฒน์ รศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน ผศ.ดร.ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์ ผศ.ดร.ปิยรัตน์ นุ่มพิทักษ์พงศ์ นางสาวพัชรา ศรีคุรงค์ธรรม นางอัมพาพรรณ นาววัฒน์ ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น ดร.เขวเรศ วิสูตรโยธิน	พอ.นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร รศ.ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร รศ.ดร.นงนุช โอบะ รศ.ดร.อัญชลี วงษ์วัฒนา ดร.พนารัตน์ เจนจบ นายวิรัช ประวันเตา นพ.โกวิท พรหมเชษฐ์ นางอุษารัตน์ ดิดเทียน
ผู้จัดการวารสาร	นางวรรณภา ภู่เสม	
ฝ่ายประชาสัมพันธ์	นางสุรีพร วรศรีหิรัญ	นางสาวนันท์นภัส ยุทธไชยสงค์
ฝ่ายศิลปะ	นายจักรกฤษ พงษ์โนรี	นายชยยุทธ พระเกตุ
กำหนดการตีพิมพ์	ปีละ 2 ฉบับ (ตุลาคม - มีนาคม , เมษายน – กันยายน)	
พิมพ์ที่	บริษัท ไฟกัส พรินต์ติ้ง จำกัด จังหวัดพิษณุโลก โทร. 086-428-4710 โทรสาร 055-225-037	

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 9 พิษณุโลก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน กองบรรณาธิการวิชาการ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

บรรณาธิการแถลง

สวัสดี ท่านผู้อ่าน “วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.9 พิษณุโลก” ทุกท่าน วารสารวิชาการฉบับนี้ ถือเป็นฉบับที่ 1 ของปีที่ 3 ในการจัดพิมพ์เผยแพร่ของหน่วยงาน ผลงานวิชาการ ในฉบับนี้มีสาระที่หลากหลาย ซึ่งส่งมาจากเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุข ทั้งภายในและภายนอก เขต สุขภาพ ที่ 2 บทความวิจัยและบทความวิชาการในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค ฉบับนี้ มีงานวิจัย จำนวน 9 เรื่อง ที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง อาทิ การสอบสวนโรคคอตีบชายแดนไทย-พม่า จังหวัดตาก ผลงานวิจัยได้แก่ การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงด้วยยา และสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจ และสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน เป็นต้น รวมทั้งบทความวิชาการ 1 เรื่อง ได้แก่ สถานการณ์ โรคหัด ในเขตสุขภาพที่ 2

สำหรับการตีพิมพ์บทความวิชาการเผยแพร่ในโอกาสต่อไป กองบรรณาธิการ หวังว่าท่าน ผู้อ่านจะติดตามบทความของเราอย่างต่อเนื่อง และหวังว่าท่านจะส่งบทความวิจัยมาตีพิมพ์เพื่อเป็นการ เผยแพร่ผลงาน ซึ่งกองบรรณาธิการยินดีรับบทความของท่าน โดยท่านสามารถศึกษาแนวทางการส่ง ผลงานตีพิมพ์ได้ ทางเว็บไซต์ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก

บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
1. ผู้ป่วยโรคคอตีบชายแดนไทย-พม่า จังหวัดตาก ปี 2556-2557: ลักษณะทางคลินิกและแนวทางการป้องกัน ควบคุมโรค	กัญเกียรติ ก้อนแก้ว และคณะ 1
2. ความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงด้วยยา ของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย	วีรพงษ์ ภูมิประพัทธ์ 9
3. สภาพปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหา จากโรคเรื้อรัง จังหวัดพิษณุโลก	วรรณภา ภู่เสม นันทน์ภัส ยุทธไธสงค์ 21
4. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	ธรรมรัตน์ เพชร และคณะ 33
5. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว	สุเทพ กระต่ายน้อย 49
6. การวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่น และแนวทางป้องกันที่เหมาะสม	นริสา เจนรุ่งโรจน์สกุล 61
7. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบรรลุผลกระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟู สมรรถภาพและติดตามของผู้รับการบำบัดยาเสพติด จังหวัดพะเยา	เสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล และคณะ 71
8. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานในจังหวัดสุโขทัย	ปรียา ภาชนะพรรณ และคณะ 85
9. คุณภาพชีวิตของผู้พิการ อำเภอท่าช้าง จังหวัดเพชรบุรี	ศิรินทร์ กรุงศรีเมือง 97
บทความวิชาการ	
10. สถานการณ์โรคหัดในเขตสุขภาพที่ 2: พ.ศ. 2554-2557	พรทิพย์ ลัภณะกุล และคณะ 111
คำแนะนำการส่งบทความตีพิมพ์ สำหรับผู้นิพนธ์	120
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก (External Reviewer)	126
ประเมินบทความวิชาการ	

ผู้ป่วยโรคคอตีบชายแดนไทย-พม่า จังหวัดตาก ปี 2556-2557: ลักษณะทางคลินิก
และแนวทางการป้องกันควบคุมโรค

Diphtheria Cases at the Thailand-Myanmar Border Area, Tak Province, 2013-2014 :

Clinical Features, Prevention and Control Measures

กุกีเกียรติ ก้อนแก้ว ส.ม.	Kukiet Konkaew M.P.H.
ปิเชก ศิระวงษ์ ส.บ.	Pisek Siravong B.P.H.
รักดาว เมธากุลชาติ ส.ม.	Rakdao Methakunchat M.P.H.
วิษณุ กุดัน ส.ม.	Wissanu Kudun M.P.H.
เสาะแก้ว เหลลามา ส.ม.	Saokaew Laoma M.P.H.
สมศรี คำภีระ ส.ม.	Somsri Khamphira M.P.H.
กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด ปร.ด.	Kittiphat Iemrod Ph.D.
วิทยา สวัสดิ์วุฒิปงศ์ พ.บ.	Witaya Swaddiwudhipong M.D.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก	Tak Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยโรคคอตีบชายแดนไทย-พม่า จังหวัดตาก ปี 2556-2557 ซึ่งมี 2 ราย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคคอตีบของจังหวัดตาก ดำเนินการศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจากการทบทวนเวชระเบียน ผลการสอบสวนโรค และการควบคุมป้องกันโรค ของทีม surveillance and rapid response team (SRRT) ในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย จากการศึกษายพบผู้ป่วย 1 ราย ในปี พ.ศ.2556 ในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก และอีก 1 ราย ในปี พ.ศ.2557 ซึ่งมาจากหมู่บ้านฝั่งพม่าตรงข้ามอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก โดยผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นเด็กหญิงชาวพม่า อายุ 5 และ 7 ปี ตามลำดับ ผู้ป่วยรายแรกเกิดและโตในอำเภอพบพระ จังหวัดตาก ส่วนรายที่ 2 เกิดและโตในหมู่บ้านประเทศพม่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ คอบวม หายใจลำบาก ตรวจพบแผ่นฝ้าขาวในลำคอ และมีเม็ดเลือดขาวในเลือดสูงกว่าปกติ ($> 10,000$ เซลล์/ลบ.มม.) โดยผู้ป่วยรายแรกนั้นตรวจเพาะเชื้อจากลำคอพบ *Corynebacterium diphtheriae* ชนิดสร้างสารพิษ ส่วนรายที่ 2 นั้นไม่ได้เก็บตัวอย่างจากลำคอตรวจเพาะเชื้อ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ การเจาะคอ และ diphtheria antitoxin ผู้ป่วยรายแรกรอดชีวิตภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล 29 วัน ส่วนรายที่ 2 เสียชีวิตภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล 1 วัน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบมาก่อน การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงโอกาสของการเกิดการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น โรคคอตีบ และความจำเป็นในการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่ชายแดน รวมทั้งการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคที่รวดเร็วเมื่อพบผู้ป่วยหรือมีการระบาดเกิดขึ้น

คำสำคัญ : โรคคอตีบ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ชายแดนไทย-พม่า จังหวัดตาก

Diphtheria Cases at the Thailand-Myanmar Border Area, Tak Province, 2013-2014 :

Clinical Features, Prevention and Control Measures

Kukiet Konkaew M.P.H.

Pisek Siravong B.P.H.

Rakdao Methakunchat M.P.H.

Wissanu Kudun M.P.H.

Saokaew Laoma M.P.H.

Somsri Khamphira M.P.H.

Kittiphat Iemrod Ph.D.

Witaya Swaddiwudhipong M.D.

Tak Provincial Health Office

Abstract

The aims of this study were to describe characteristics of two diphtheria cases at the Thailand-Myanmar border area in Tak province, 2013-2014 and develop guidelines for disease prevention and control. The methods included medical record reviews of the two cases, results of epidemiological investigation, control and preventive measures by the surveillance and rapid response team. Both cases were Myanmar children. The first case diagnosed in 2013 was a 5-year old girl who was born and lived in Phop Phra district, Tak province, and the other case diagnosed in 2014 was a 7-year old girl who was born and lived in Myanmar border village close to Mae Ramat district area, Tak province. Both cases had fever, cough, sore throat, dyspnea, white patches in the throat and leukocytosis (white blood cells $> 10,000/\text{mm}^3$). Toxigenic *Corynebacterium diphtheriae* was isolated from throat swab culture from the first case but the swab culture was not performed in the other case. Both cases received antibiotics, diphtheria antitoxin, and tracheostomy. The first case recovered after 29 days of hospital stay and the other died one day following hospital admission. Both had never had vaccination against diphtheria. This study indicated an opportunity for outbreak of vaccine-preventable diseases, such as diphtheria at the Thailand-Myanmar border area and required effective prevention and control measures, including rapid response following the notification of a case or outbreak of diphtheria.

Key Words : Diphtheria, expanded program on immunization, Thailand-Myanmar border area,
Tak province

บทนำ

โรคคอตีบเป็นโรคที่มีความรุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึงร้อยละ 5-10 หรืออาจมากถึงร้อยละ 20 ในผู้ป่วย⁽¹⁾ ทั้งนี้โรคคอตีบสามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน สิ่งที่ทำให้เกิดโรคคือ สารพิษ (toxin) จากการติดเชื้อแบคทีเรียชื่อ *Corynebacterium diphtheriae* แบคทีเรียนี้ถูกพบครั้งแรกในปี พ.ศ.2426 ต่อมาได้มีการผลิต antitoxin และพัฒนาในปี พ.ศ.2463 โดยในปี พ.ศ.2483 เริ่มมีการใช้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคคอตีบลดลงมาก สำหรับสถานการณ์โรคคอตีบในประเทศไทย จากรายงานของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบการระบาดของโรคคอตีบในปี พ.ศ.2555 โดยพบผู้ป่วยยืนยันรวม 42 ราย โดยพบผู้ป่วยมากที่สุด คือ จังหวัดเลย 27 ราย รองลงมา ได้แก่ เพชรบูรณ์ 5 ราย นครราชสีมา 5 รายหนองบัวลำภู 4 ราย นอกจากนั้นพบจังหวัดละ 1-2 ราย ประกอบด้วย อุตรธานี มหาสารคาม สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช และเมืองบ่อแก้ว ประเทศลาว ในจำนวนนี้เสียชีวิต 6 ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วยตายจากโรคคอตีบร้อยละ 14.3⁽²⁾ ส่วนปี พ.ศ.2556 พบผู้ป่วยโรคคอตีบในหลายพื้นที่ของประเทศไทย โดยพบผู้ป่วยทั้งหมด 28 ราย และเสียชีวิตจำนวน 6 ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วยตายจากโรคคอตีบร้อยละ 21.4⁽³⁾

สำหรับสถานการณ์โรคคอตีบในจังหวัดตาก จากการเฝ้าระวังโรคพบว่า ไม่มีรายงานผู้ป่วยมาหลายปี แต่ในปี พ.ศ.2556 พบผู้ป่วยโรคคอตีบเป็นเด็กชายพม่า ซึ่งเข้ามาอยู่ในอำเภอพบพระ จังหวัดตาก จำนวน 1 ราย⁽⁴⁾ และในปี พ.ศ.2557 พบผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคคอตีบ เป็นเด็กชายพม่าที่อาศัยอยู่ฝั่งประเทศพม่า ตรงข้ามกับอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก จำนวน 1 ราย⁽⁵⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าว ซึ่งนับเป็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติ

เนื่องจากโรคคอตีบในปัจจุบันเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการรับวัคซีน⁽⁶⁾ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย และใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคคอตีบของจังหวัดตากต่อไป

วิธีการศึกษา การดำเนินการศึกษาประกอบด้วย

1. การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย โดยการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ซึ่งข้อมูลที่ศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป อาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการได้รับวัคซีน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และผลการรักษา

2. ผลการสอบสวนโรค และการควบคุมป้องกันโรค ของทีม surveillance and rapid response team (SRRT) ในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย ประกอบด้วยการค้นหาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัสในครอบครัว และในชุมชน โดยการสอบถามประวัติ การตรวจร่างกาย โดยเฉพาะการตรวจดูลำคอ และการเก็บตัวอย่าง throat swab จากลำคอเพื่อตรวจเพาะเชื้อหา *C. diphtheriae* รวมทั้งรวบรวมข้อมูลการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคคอตีบในขณะระบาดของโรค

3. เฝ้าระวังโรคในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยภายหลังพบผู้ป่วยเป็นเวลา 2 สัปดาห์

ผลการศึกษา

ลักษณะของผู้ป่วย จากการศึกษา พบผู้ป่วย 1 ราย ในปี พ.ศ.2556 ในเขตอำเภอพบพระ จังหวัดตาก และอีก 1 ราย ในปี พ.ศ.2557 มาจากหมู่บ้านฝั่งพม่าตรงข้ามอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก โดยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นเด็กหญิงชาวพม่า อายุ 5 และ 7 ปี ตามลำดับ โดยผู้ป่วยรายแรกเกิดและโตในอำเภอพบพระ จังหวัดตาก ส่วนรายที่ 2 เกิดและโตในหมู่บ้านประเทศพม่า (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคคอตีบในอำเภอพบพระ และอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ปี 2556-2557

ข้อมูล	ผู้ป่วยใน อ.พบพระ	ผู้ป่วยใน อ.แม่ระมาด
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ (ปี)	5	7
สัญชาติ	พม่า	พม่า
ที่อยู่ขณะป่วย	ด. ช่องแควบ อ.พบพระ	บ้านทิกอทอ ประเทศพม่า ผังตรงข้าม อ.แม่ระมาด
ภูมิลำเนา	เกิดและโตใน อ.พบพระ	เกิดและโตใน บ้านทิกอทอ ประเทศพม่า

ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วย 22 มิถุนายน 2556 ญาตินำตัวส่งเข้ารับรักษาที่คลินิกเอกชน และคลินิกได้ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลพบพระ ซึ่งพบผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก จึงส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่สอด ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งอยู่ประเทศพม่า เริ่มป่วย 22 กรกฎาคม 2557 และข้ามมารับการรักษาที่ประเทศไทย 4 วันหลังป่วย สำหรับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ คอขาว และหายใจลำบาก โดยผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการเกร็งแขนขาทั้ง 2 ข้าง และไม่รู้สึกร่วมด้วย ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ตรวจพบแผ่นฝ้าขาวในลำคอ และมีเม็ดเลือดขาวใน

เลือดสูงกว่าปกติ ($> 10,000$ เซลล์/ลบ.มม.) ผู้ป่วยรายแรกที่อาศัยอยู่ในอำเภอพบพระ จังหวัดตาก ตรวจเพาะเชื้อจากลำคอพบ *C. diphtheriae* ชนิดสร้างสารพิษ ส่วนรายที่ 2 ซึ่งมาจากหมู่บ้านผังพม่า ไม่ได้เก็บตัวอย่างจากลำคอตรวจเพาะเชื้อ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ การเจาะคอ และ diphtheria antitoxin ผู้ป่วยรายแรกรอดชีวิตภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล 29 วัน ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เสียชีวิตภายหลังการรักษาในโรงพยาบาล 1 วัน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบมาก่อน

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคคอตีบในอำเภอพบพระ และอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ปี 2556-2557

ลักษณะทางคลินิก	ผู้ป่วยใน อ.พบพระ	ผู้ป่วยใน อ.แม่ระมาด
อาการและอาการแสดง	ไข้ ไอ เจ็บคอ คอขาว และหายใจลำบาก	ไข้ ไอ เจ็บคอ คอขาว หายใจลำบาก ซึม เกร็งแขนขาทั้ง 2 ข้าง และไม่รู้สึกร่วม
แผ่นฝ้าขาวในลำคอ	พบ	พบ
การตรวจ complete blood count		
เม็ดเลือดขาว $> 10,000$ /ลบ.มม.	ใช่ (13,900/ลบ.มม.)	ใช่ (30,300/ลบ.มม.)
การเพาะเชื้อจากลำคอ	พบ <i>C. diphtheriae</i> ชนิดสร้างสารพิษ	ไม่ได้ทำ
ประวัติการได้รับวัคซีน	ได้ BCG และ HBV เมื่อแรกเกิดเท่านั้น	ไม่เคยได้รับวัคซีน
การรักษา	ยาปฏิชีวนะ การเจาะคอ และ diphtheria antitoxin	ยาปฏิชีวนะ การเจาะคอ และ diphtheria antitoxin
จำนวนวันที่รักษา	29	1
ผลการรักษา	รอดชีวิต	เสียชีวิต

ผู้ป่วยรายแรกขณะป่วยพักอยู่ที่ชุมชนไร่กุหลาบ บ้านคอนเจดีย์ หมู่ 7 ตำบลช่องแคบ อำเภอพบพระ ซึ่งเป็นชุมชนชาวพม่า และมีโรงเรียนสำหรับเด็กต่างชาติ (ดำเนินการโดยองค์กรอิสระไม่หวังกำไร) จำนวน 1 โรง ครอบครัวของผู้ป่วยมีสมาชิกรวม 10 คน ทั้งหมดมาจากประเทศพม่า โดยเข้าประเทศไทยแบบผิดกฎหมาย มารับจ้างทำงานภาคเกษตรกรรมในอำเภอพบพระ และอาศัยอยู่กับนายจ้างคนไทย อยู่ไม่ประจำ ไม่เป็นหลักแหล่ง และมีการเดินทางเข้าออกประเทศไทยกับประเทศพม่า ตามแนวชายแดนที่มีแม่น้ำเมยเป็นพรมแดนธรรมชาติกัน ซึ่งครั้งสุดท้ายเดินทางกลับไปเยี่ยมญาติที่ฝั่งพม่านานประมาณ 6 เดือนก่อนป่วย

ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 นั้นอาศัยอยู่บ้านห้วยคำคำหรือทีก่อทอ ซึ่งเป็นชุมชนกะเหรี่ยงตั้งอยู่ในประเทศพม่าตรงข้ามบ้านวังผา หมู่ที่ 4 ตำบลแม่จะรา อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก หมู่บ้านมีจำนวนหลังคาเรือนประมาณ 100 หลังคาเรือน การเดินทางจากพรมแดนริม

แม่น้ำเมยเข้าไปในหมู่บ้านใช้เวลาเดินเท้าประมาณ 20 นาที (ระยะทางประมาณ 1-1.5 กิโลเมตร) สำหรับการบริการสาธารณสุขที่ได้จากภาครัฐมีหน่วยงานสาธารณสุขขององค์กรสหภาพแห่งชาติกะเหรี่ยง (KNU) ให้บริการด้านสาธารณสุข ซึ่งเพิ่งดำเนินการได้ประมาณ 3 ปี (ประมาณปี พ.ศ.2554) ทั้งนี้ยังไม่มีให้บริการด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI)

จากการค้นหาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัส ของผู้ป่วยรายแรกที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย นั้นตรวจไม่พบในกลุ่มผู้สัมผัสในครอบครัว และผู้สัมผัสละแวกบ้าน แต่ตรวจพบเชื้อ *C. diphtheriae* 7 ราย จากการตรวจผู้สัมผัสในโรงเรียนสำหรับชาวต่างชาติรวม 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.0 ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งมีภูมิลำเนาในประเทศพม่านั้น ทีม SRRT สามารถติดตามได้เฉพาะผู้สัมผัสในครอบครัว ซึ่งตรวจเพาะเชื้อไม่พบเชื้อโรคคอตีบ

ตารางที่ 3 การค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัส ของผู้ป่วยโรคคอตีบในอำเภอพบพระ และอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ปี 2556-2557

การค้นหาผู้ติดเชื้อ	ผู้ป่วยใน อ.พบพระ	ผู้ป่วยใน อ.แม่ระมาด
ผู้สัมผัสในครอบครัว	รวม 10 ราย - ทั้งหมดไม่มีอาการ - ทั้งหมดตรวจเพาะเชื้อจากลำคอไม่พบเชื้อ	รวม 6 ราย - ทั้งหมดไม่มีอาการ - ทั้งหมดตรวจเพาะเชื้อจากลำคอไม่พบเชื้อ
ผู้สัมผัสละแวกบ้าน	รวม 39 ราย - ทั้งหมดไม่มีอาการ - ทั้งหมดตรวจเพาะเชื้อจากลำคอไม่พบเชื้อ	ไม่ได้ทำ
ผู้สัมผัสในโรงเรียน	รวม 70 ราย - ทั้งหมดไม่มีอาการ - ตรวจเพาะเชื้อจากลำคอพบ <i>C. diphtheriae</i> 7 ราย (ร้อยละ 10.0)	ไม่ได้ทำ

มาตรการควบคุมป้องกันโรค

มาตรการควบคุมป้องกันโรคทั้ง 2 เหตุการณ์ประกอบด้วย

1. การค้นหาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัสในครอบครัวและในชุมชน ให้ยาปฏิชีวนะและติดตามการรักษาในรายที่ตรวจพบว่าป่วยหรือติดเชื้อ

2. การเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้สัมผัสในครอบครัว และประชาชนทั่วไปในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย โดยใช้สื่อภาษาพม่า รวมทั้งเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคคอตีบให้กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

3. ให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคคอตีบพร้อมยาปฏิชีวนะ แก่ผู้สัมผัสในครอบครัวและผู้สัมผัสใกล้ชิดในชุมชน

4. ให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคคอตีบและโรคอื่นๆ ที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สำหรับเด็กทุกรายที่ยังได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วน โดยกรณีผู้ป่วยชาวพม่ารายแรกที่เกิดและโตในอำเภอพบพระ จังหวัดตาก นั้น ดำเนินการในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย และหมู่บ้านอื่น ๆ ในอำเภอพบพระ จังหวัดตาก ทั้งเด็กไทยและเด็กพม่า ส่วนกรณีผู้ป่วยชาวพม่ารายที่ 2 ที่เกิดและโตในประเทศพม่า นั้น ได้ดำเนินการในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย โดยได้รับความช่วยเหลือจากองค์กร Shoklo Malaria Research Unit

สำหรับกรณีผู้ป่วยรายแรก ในพื้นที่ของอำเภอพบพระนั้น ได้ดำเนินการให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในเด็กชาวไทยอายุต่ำกว่า 7 ปี จำนวน 929 ราย และอายุ 7-15 ปี จำนวน 1,553 ราย รวม 2,482 ราย ส่วนเด็กต่างชาติชาวพม่า ได้ให้วัคซีนในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 7 ปี จำนวน 3,433 ราย และกลุ่มเด็กต่างชาติอายุ 7-15 ปี จำนวน 4,666 ราย ทั้งนี้ไม่สามารถหาจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่แน่นอนได้ในเด็กต่างชาติ

สำหรับกรณีผู้ป่วยรายที่ 2 ได้ดำเนินการให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในเด็กชาวไทยและพม่าที่อยู่ในหมู่บ้านของประเทศไทยตรงข้ามหมู่บ้านฝั่งพม่าที่พบผู้ป่วย รวม 277 ราย

- เฝ้าระวังโรคในพื้นที่ภายหลังพบผู้ป่วยเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งจากการเฝ้าระวังโรคดังกล่าวไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ รวมทั้งไม่พบผู้ป่วยในพื้นที่ชายแดนไทย-พม่าอื่นของจังหวัดตาก

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคคอตีบในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงมาก เนื่องจากโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI) ที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2520 อย่างไรก็ตามก็ยังพบรายงานผู้ป่วยประปราย โดยส่วนใหญ่มักพบในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี⁽⁷⁻¹⁰⁾ ยกเว้นการระบาดในปี พ.ศ. 2555 ที่พบผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้ใหญ่อายุ 16 ปีขึ้นไป⁽²⁾ ส่วนในการศึกษานี้พบผู้ป่วยเป็นเด็กชาวพม่า อายุ 5 และ 7 ปี สำหรับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคคอตีบทั้ง 2 รายจากการศึกษานี้ ซึ่งได้แก่ อาการไข้ เจ็บคอ หายใจลำบาก ตรวจพบแผ่นฝ้าขาวในลำคอ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ พบว่าคล้ายคลึงกับรายงานผู้ป่วยโรคคอตีบในประเทศไทยจากการศึกษาที่ผ่านมา^(2,8-10) ส่วนการตรวจพบเชื้อ *C. diphtheriae* ชนิดสร้างสารพิษ จากการเพาะเชื้อจากลำคอผู้ป่วยจะช่วยในการยืนยันการวินิจฉัยโรค ดังนั้นผู้ป่วยที่สงสัยโรคคอตีบทุกรายควรได้รับการตรวจเพาะเชื้อจากลำคอ

จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยรายแรกซึ่งเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคคอตีบ และผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งเป็นผู้ป่วยสงสัยโรคคอตีบ ซึ่งทั้ง 2 รายเป็นเด็กชาวพม่าที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบมาก่อน โดยรายแรกเกิดและโตในประเทศไทย ส่วนรายที่ 2 เกิดและโตในประเทศพม่า ใกล้พรมแดนไทย-พม่า และสามารถข้าม

การรักษาในประเทศไทยได้ การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงโอกาสของการเกิดการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น โรคคอตีบ ซึ่งคงเนื่องมาจากความครอบคลุมที่ต่ำของการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่ดีในพื้นที่ชายแดน เนื่องจากในปี พ.ศ.2558 จะมีการเปิดเสรีประชาคมอาเซียน ซึ่งจะมีการหลั่งไหลของประชากรจากประเทศข้างเคียงเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย

จากกรณีผู้ป่วยรายแรกพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อำเภอพบพระ จังหวัดตาก จำเป็นต้องฉีดวัคซีนให้กับเด็กต่างชาติอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นจำนวนมากหลายพันราย ซึ่งแสดงถึงการมีเด็กต่างชาติที่อาศัยอยู่ประเทศไทยจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หรือได้รับไม่ครบถ้วน และจำเป็นต้องมีการจัดบริการเพื่อเพิ่มความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแก่กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันที่เพียงพอต่อการป้องกันโรคคอตีบในชุมชน ส่วนกรณีผู้ป่วยรายที่ 2 บ่งชี้ถึงความครอบคลุมที่ต่ำของการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กของหมู่บ้านชายแดนฝั่งพม่า ซึ่งมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอาจประกอบด้วย

1. การเร่งรัดและติดตามผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้ครอบคลุมตามเกณฑ์มาตรฐานทุกกลุ่มอายุ ทั้งคนไทย คนต่างชาติในไทย และคนต่างชาติตามแนวชายแดน โดย

- กลุ่มชาวไทย ควรตรวจสอบฐานข้อมูลประชากรและความครอบคลุมการได้รับวัคซีน ในเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ในชุมชนและเด็กวัยเรียนที่อยู่ในโรงเรียน อย่างสม่ำเสมอ หากได้รับวัคซีนไม่ครบต้องติดตามมารับวัคซีนตามเกณฑ์ให้ครบถ้วน

- กลุ่มชาวต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทย ต้องมีการสำรวจข้อมูลประชากรต่างชาติเป็นระยะๆ โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) ในพื้นที่ตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน และจัดบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาจต้องจัดบริการเชิงรุกในชุมชน โดยความช่วยเหลือของอสม. และอสต. ในพื้นที่ และควรใช้แบบบันทึกการให้วัคซีน (EPI card) เป็นภาษาไทย ร่วมกับภาษาพม่าหรือภาษาอังกฤษ ร่วมกับสื่อสุขภาพประชาสัมพันธ์ภาษาพม่า

- กลุ่มชาวต่างชาติในหมู่บ้านประเทศพม่า ตามแนวชายแดน ควรประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐบาลพม่า องค์กร NGO ที่ทำงานสาธารณสุขชายแดน และหน่วยงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในการแก้ไขและร่วมมือกันดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในพื้นที่

2. ควรมีระบบเฝ้าระวังโรคในชาวต่างชาติที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขซึ่งสามารถผสมผสานไปกับระบบเฝ้าระวังโรคปกติในชาวไทย และในชุมชนซึ่งต้องอาศัยอสต.ในการช่วยเหลือเฝ้าระวังโรค รวมทั้งการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคที่รวดเร็วเมื่อพบผู้ป่วยหรือมีการระบาดเกิดขึ้น ทั้งนี้ควรเตรียม

- ความรู้และแนวทางการดำเนินงานเมื่อพบผู้ป่วยสงสัยโรคคอตีบ⁽¹¹⁾ และผู้ป่วยโรคติดต่ออื่นๆ ที่สำคัญและพบบ่อยในพื้นที่ ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

- วัสดุ และอุปกรณ์ ที่ใช้ควบคุมป้องกันโรคคอตีบ และโรคติดต่ออื่น ๆ ที่สำคัญและพบบ่อยในพื้นที่ ซึ่งรวมถึงสื่อสุขภาพประชาสัมพันธ์ภาษาพม่า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพบพระ โรงพยาบาลแม่ระมาด โรงพยาบาลแม่สอด สำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอพบพระ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ระมาด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก และองค์กร Shoklo

Malaria Research Unit ที่ได้ช่วยเหลือในการรักษาผู้ป่วย ป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- 1.Center for Disease Control and Prevention. Diphtheria [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 30]; Available from: <http://www.cdc.gov/diphtheria/clinicians.html>.
- 2.ศิริลักษณ์ รังสีวงศ์, พจมาน สิริอารยาภรณ์. สถานการณ์การระบาดของโรคคอตีบ ปี พ.ศ.2555 และข้อเสนอแนะ. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปีพ.ศ. 2556; 44: 1-8.
- 3.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. โรคคอตีบรักษาหายได้. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.ย. 2557]; เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th/content/25393>.
- 4.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพบพระ. รายงานการประชุมประจำเดือนกรกฎาคม 2556. ตาก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพบพระ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก; 2556.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ระมาด. รายงานการประชุมประจำเดือนสิงหาคม 2557. ตาก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ระมาดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก; 2557.
6. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2556. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2556.
7. Tharmaphornpilas P, Yoocharoan P, Prempre P, Youngpairoj S, Sriprasert P, Vitek CR. Diphtheria in Thailand in the 1990s. J Infect Dis 2001; 184: 1035-40.
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Diphtheria outbreak--Saraburi Province, Thailand, 1994. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1996; 45: 271-3.
9. Pancharoen C, Mekmullica J, Thisyakorn U, Nimmannitya S. Clinical features of diphtheria in Thai children: a historic perspective. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2002; 33: 352-4.
10. Pantukosit P, Arpornsuwan M, Sookananta K. A diphtheria outbreak in Buri Ram, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2008; 39: 690-6.
- 11.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเมื่อพบผู้ป่วยสงสัยโรคคอตีบและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

ความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงด้วยยาของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง
โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

The ability to control blood pressure of patients with hypertension attended
at chronic disease clinic,

วีรพงษ์ ภูมิประพัทธ์ ปร.ด. (สังคมวิทยา)
โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

Weerapong Poomiprapat Ph.d.(sociology)
Thungsaliang hospital.

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) นำเสนอบทวิเคราะห์ความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม และ (2) นำเสนอผลการประเมินผลลัพธ์ ในการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ใน 3 ประเด็น คือ จำนวนชนิดของยาที่ผู้ป่วยใช้ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมาย จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมายจนสามารถลดขนาดยาที่ใช้ได้ และจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมาย รูปแบบการวิจัยเป็นแบบพรรณนาย้อนหลัง ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการอย่างน้อย 3 ครั้งช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาดังแต่ 1 กรกฎาคม 2554 - 30 มิถุนายน 2555 โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และคอมพิวเตอร์โปรแกรม M-record ซึ่งมีทั้งสิ้น จำนวน 448 คน สุ่มตัวอย่าง 150 ตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จากเลขทะเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาล ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และความถี่

ผลการศึกษาพบว่า (1)ผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมส่วนใหญ่ สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศหญิง (ร้อยละ 50.6) ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ กลุ่มผู้ป่วย อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 35.2) เป็นกลุ่มใหญ่สุดที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต (ร้อยละ 55.3) ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (2)ผลลัพธ์ในการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วย 53 ราย(ร้อยละ 35.3) สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยใช้ยา 1 ชนิด ผู้ป่วย 40 ราย(ร้อยละ 26.6) สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยใช้ยา 2 ชนิด ผู้ป่วย 5 ราย(ร้อยละ 3.3) สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยใช้ยา 3 ชนิด และผู้ป่วย 1 ราย(ร้อยละ 0.6)สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยใช้ยา 4 ชนิด ผู้ป่วยที่สามารถลดขนาดยาที่ใช้ได้มีทั้งสิ้น 5 ราย(ร้อยละ 3.3) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายได้มีทั้งสิ้น 38 ราย (ร้อยละ 25.3)

คำสำคัญ ความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงด้วยยา

**The ability to control blood pressure of patients with hypertension attended
at chronic disease clinic, Thungsaliang hospital.**

Weerapong Poomiprapat Ph.d.(sociology)

Thungsaliang hospital.

Abstract

This article has two objectives:1) to provide the research analytical result of ability to control the high blood pressure of high blood pressure patients in Thungsaliang hospital, and 2) to display the result of the use of medicines to control the high blood pressure of those patients in three dimensions. There include 1) the number of medicines used by those successful patients control their high blood pressure, 2) the number of the patients who successfully control their high blood pressure and their medicine dosages can be reduced, and 3) the unsuccessful patients ,then medicines and dosages.

It is revealed that

(1) Most female patients are able to successfully control their high blood pressure state at the appropriate level (50.6%). The largest number of patients are the elderly patients (35.2%).Those patients who have their right in health insurance are mostly able to successfully control their high blood pressure state at the appropriate level.(55.3%) and (2) the study on the result of the use of the high blood pressure controlling medicine of those patients shows that 53 patients (35.3%) are mostly able to successfully control their high blood pressure state by taking the only one type of medicine, 40 patients(26.6%) are able to successfully control their high blood pressure state by taking the two types of medicine, 1 patients (0.6%) are able to successfully control their high blood pressure state by taking the four types of medicine, and 5 patients (3.3%) are able to reduce the dosage of the medicine taken. However, there are 38 patients who are not able to control their high blood pressure level as expected(25.3%).

Key word : A bility to control blood pressure of patients

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นภัยเงียบ และมักไม่ปรากฏอาการ ในเบื้องต้นอาจเกิดภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหัวใจวายเฉียบพลัน ตลอดจนไตพิการได้ มักเกิดร่วมกับภาวะโรคอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต ฯลฯ ซึ่งทำให้การรักษาความดันโลหิตสูงต้องเลือกยาที่เหมาะสมสำหรับแต่ละโรค สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2554 รายใหม่ 379,551 ราย อัตราป่วย 591.38 ต่อแสนประชากร และผู้ป่วยสะสม (2550 - 2554) จำนวน 1,997,700 ราย อัตราความชุก 3,112.60 ต่อแสนประชากร ซึ่งพบว่าในผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีอัตราป่วยสูงสุด 2,649.79 ต่อแสนประชากร (206,457 ราย) และพบอีกว่าในผู้ป่วยรายใหม่มีภาวะแทรกซ้อนถึง 5,634 ราย⁽¹⁾

สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในปี 2553 - 2555 ของโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมมีผู้ป่วยนอกมารับบริการทั้งสิ้น 71,263 คน (96,742 ครั้ง), 75,570 คน (101,168 ครั้ง) และ 75,407 คน (112,794 ครั้ง) ตามลำดับ⁽²⁾ จะเห็นได้ว่า ผลของการที่มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ย่อมส่งผลต่อกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนต้องทำหน้าที่ในการป้องกันและรักษาเพิ่มขึ้นตามลำดับ ในขณะเดียวกันสถานการณ์เช่นนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อภาระต้นทุนและค่าใช้จ่ายของในด้านสุขภาพ ของสถานบริการและของประเทศ ที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ในขณะเดียวกัน เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปแล้วว่า การควบคุมภาวะความดันโลหิตนั้น สามารถทำได้หลายวิธีการ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิต พฤติกรรมการบริโภค การควบคุมอารมณ์และจิตใจ ตลอดจนการรักษาด้วยยา เป็นต้น กระบวนการต่างๆนอกเหนือจาก

การรักษาด้วยยาแล้ว ถ้าทำได้ดีจะสามารถลดการใช้ยาเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้เป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดีในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานเภสัชกรรม นอกจาก ปริมาณภาระงานการบริการผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2553-2555 เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับบริการ จาก 10,313 ครั้ง เป็น 11,225 ครั้ง และ 11,524 ครั้งตามลำดับ⁽²⁾ และค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มขึ้นตามมาแล้ว เวลาที่ใช้ไปส่วนใหญ่ยังหมดไปกับการให้บริการผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพและเสี่ยงต่อการเกิดความปลอดภัยเคลื่อนทางยาเป็นอย่างมาก ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของผู้กำกับดูแลและจัดบริการงานเภสัชกรรมของโรงพยาบาลที่จะต้องทบทวนระบบงาน และแสวงหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่กล่าวข้างต้นให้ลดลงให้ได้มากที่สุด ทั้งในส่วน of ปริมาณงานและต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยา

การศึกษาความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมในครั้งนี้ เป็นการทบทวนผลการดำเนินงานเชิงระบบ และเชิงวิชาการของสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับวิชาชีพเภสัชกรรมที่ได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน และเป็นการสะท้อน ค้นหา วางแผน และกำหนดกลวิธีในการจัดการกับสภาพการณ์ที่ต้องเผชิญในอนาคตเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง บนพื้นฐานของบริบทของพื้นที่ของตนเอง โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากผลการศึกษาในครั้งนี้ และยังเป็นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ซึ่งในที่นี้คือ ความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในระดับต่างๆ ที่เกิดจากการรักษาด้วยยา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม

2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ ในการใช้ยาควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย ในประเด็น

2.1 จำนวนชนิดของยาที่ผู้ป่วยใช้ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมาย

2.2 จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมายจนสามารถลดขนาดยาที่ใช้ได้

2.3 จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมาย

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวทุกรายที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม สุโขทัย โดยกำหนดให้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับบริการอย่างน้อย 3 ครั้ง ในช่วงเวลาระหว่าง 1 กรกฎาคม 2554 - 30 มิถุนายน 2555

วิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นแบบพรรณนาย้อนหลัง (retrospective study) โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียวจำนวน 448 ราย ในขอบเขตพื้นที่ อำเภอทุ่งเสลี่ยม และทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการอย่างน้อย 3 ครั้งช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2554 - 30 มิถุนายน 2555

เครื่องมือที่ใช้

1. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (medication record หรือ OPD card)

2. โปรแกรมจัดการข้อมูลประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย M-record

3. แบบบันทึกข้อมูลความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลและจัดหมวดหมู่สำหรับการศึกษานี้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิ์ในการรักษาที่ใช้

2. เก็บข้อมูลทุกตัวอย่าง จากผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 448 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการประมาณการสัดส่วนจากประชากร⁴ และให้เชื่อมั่นได้ 95 % ทำการสุ่มตัวอย่าง 150 ตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากเลขทะเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาล โดยมีประวัติการรักษาและรับยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้ง ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อมูลมากกว่า 3 ครั้งในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย จะใช้ข้อมูลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งสุดท้าย โดยตรวจสอบข้อมูลความดันโลหิตที่วัดได้ และประวัติการรับยาจากเวชระเบียนโปรแกรม M-record ซึ่งเป็นโปรแกรมที่โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมใช้เป็นระบบปฏิบัติการหลักและบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล

3. รวบรวม ติดตามผล ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ลงในแบบบันทึกข้อมูลความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ทำการบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล และทำการจัดกลุ่มผลลัพธ์ความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วย

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมในปี 2555 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.3) อายุเฉลี่ย 60.5 ปี กลุ่ม

อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 45.4) เป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่ มีสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ในเขต) (ร้อยละ 80) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
จำนวนตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมด	150	100
เพศ		
- ชาย	52	34.6
- หญิง	98	65.4
อายุเฉลี่ย (ปี)	60.52	
- น้อยกว่า 30 ปี	-	
- 31 - 40 ปี	5	3.3
- 41 - 50 ปี	22	14.6
- 51 - 60 ปี	55	36.7
- มากกว่า 60 ปี	68	45.4
สิทธิการรักษาพยาบาล		
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ในเขต)	120	80.0
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นอกเขต)	-	-
- สวัสดิการข้าราชการ	23	15.3
- ประกันสังคม	4	2.7

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (โดยใช้ยาขนาดเดิม) และมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ 25.3 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยหญิงร้อยละ 45.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตได้ (โดยใช้ยาขนาดเดิม) แต่ยังคงมีผู้ป่วยหญิงร้อยละ 14.6 ที่ยังคงควบคุมภาวะความดันโลหิตไม่ได้ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ในขณะที่เดียวกัน ผู้ป่วยชาย ร้อยละ 23.3 ของผู้ป่วยทั้งหมดสามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตได้ (โดยใช้ยาขนาดเดิม) และยังคงมีผู้ป่วยชายร้อยละ 10.6 ยังคงควบคุมภาวะความดันโลหิตไม่ได้ในช่วงเวลา

ที่ทำการศึกษาเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 31.3 ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ขึ้นไป สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตได้ (โดยใช้ยาขนาดเดิม)

มีผู้ป่วยที่มีสิทธิรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดที่มาใช้บริการ สูงถึงร้อยละ 49.3 ของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตได้โดยใช้ยาขนาดเดิม นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการและและกลุ่มสิทธิประกันสังคม สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งสแลมจำแนกตามเพศ อายุ และประเภทสิทธิในการรักษาพยาบาล

	ความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิต(ร้อยละ)				
	คุมได้			คุมไม่ได้	รวม
	ใช้นายเดิม	ลดขนาดยา	เพิ่มขนาดยา		
เพศ					
ชาย	32(23.3)	3(2.0)	1(.6)	16(10.6)	52(34.6)
หญิง	68(45.3)	3(2.0)	5(3.3)	22(14.6)	98(63.4)
อายุ					
31-40 ปี	4(2.6)	0	0	1(.6)	5(3.3)
41-50 ปี	17(11.3)	0	0	5(3.3)	22(14.7)
51-60 ปี	32(21.3)	1(.6)	5(3.3)	17(11.3)	55(36.7)
มากกว่า 60 ปี	47(31.3)	5(3.3)	1(.6)	15(10.0)	68(45.3)
สิทธิรักษาพยาบาล					
UCในเขต*	74(49.3)	3(2.0)	6(4.0)	37(24.7)	120(80.0)
UCนอกเขต**	0	0	0	0	0
ข้าราชการ	20(13.4)	3(2.0)	0	0	23(15.4)
ประกันสังคม	4(2.6)	0	0	0	4(2.6)
อื่นๆ	2(1.4)	0	0	1(0.6)	3(2.0)
รวม	100(66.7)	6(4.0)	6(4.0)	38(25.3)	150(100)

UC ในเขต* หมายถึง สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต

UC นอกเขต** หมายถึง สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านอกเขต

จำนวนชนิดยาที่ใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิตพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 70 ราย (ร้อยละ 46.6) ใช้นายรักษาโรคความดันโลหิตสูงเพียง 1 ชนิด มีผู้ป่วย 53 ราย (ร้อยละ 35.3) สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยใช้นายขนาดเดิมและมี 2 รายที่สามารถลดขนาดยาได้ ในขณะที่เดียวกันพบว่า มีผู้ป่วยที่ใช้นายรักษาโรคความดัน

โลหิตสูง 5 รายที่จำเป็นต้องใช้นายควบคุมความดันโลหิตถึง 4 ชนิด (มี 4 ราย) และ 5 ชนิด (มี 1 ราย) ซึ่งสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพียงรายเดียว และผู้ป่วยที่ใช้นาย 5 ชนิดยังไม่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามจำนวนชนิดของยาที่ใช้

จำนวนชนิดของยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง	จำนวนผู้ป่วย(ร้อยละ)
ใช้ยา 1 ชนิด	70(46.6)
- ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้	53(35.3)
- สามารถลดขนาดยาได้	2 (1.33)
- ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้	15(10.0)
ใช้ยา 2 ชนิด	62(41.3)
- ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้	40(26.6)
- สามารถลดขนาดยาได้	2(1.3)
- ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้	20(13.3)
ใช้ยา 3 ชนิด	12(8.0)
- ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้	5(3.3)
- สามารถลดขนาดยาได้	1(0.6)
- ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้	6(4.0)
ใช้ยา 4 ชนิด	4(2.6)
- ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้	1(0.6)
- สามารถลดขนาดยาได้	-
- ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้	3(2.0)
ใช้ยา 5 ชนิด	1(0.6)
- ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้	-
- สามารถลดขนาดยาได้	-
- ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้	1(0.6)
รวม	150(100)

สรุป

ผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลทุ่งสแลยมส่วนใหญ่ สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศหญิง (ร้อยละ 50.3) ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ กลุ่มผู้ป่วย อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 31.3) เป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ในขณะที่

ผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต (ร้อยละ 49.3) ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ เมื่อพิจารณาจำนวนชนิดและขนาดยาที่ใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิต พบว่า ผู้ป่วย 99 ราย (ร้อยละ 66.0) สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเกณฑ์ได้ โดยใช้ยานาเดม โดยมีผู้ป่วย 53 ราย (ร้อยละ 35.3) ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยใช้ 1 ชนิดและใช้ยานาเดม มีผู้ป่วย

40 ราย (ร้อยละ 26.6) ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้โดยใช้ยา 2 ชนิด และมีผู้ป่วย 5 ราย สามารถลดขนาดยาที่ใช้ได้ สำหรับผู้ป่วยส่วนที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายได้มีทั้งสิ้น 38 ราย (ร้อยละ 25.3)

จำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมายจนสามารถลดขนาดยาที่ใช้ได้มีพบว่ามีทั้งสิ้น 5 ราย (ร้อยละ 3.3) ในจำนวนนี้ ผู้ป่วย 2 รายใช้ยา 1 ชนิดและสามารถลดขนาดยาได้ ผู้ป่วย 2 รายใช้ยา 2 ชนิดและสามารถลดขนาดยาได้ และผู้ป่วย 1 รายที่ใช้ยา 3 ชนิดและสามารถลดขนาดยาได้ ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยส่วนที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายได้มีทั้งสิ้น 38 ราย (ร้อยละ 25.3) ตลอดช่วงเวลาที่ทำการศึกษา แม้ว่าแพทย์ผู้ทำการรักษาจะปรับขนาดยาโดยการเพิ่มหรือลดขนาดยาก็ตาม

อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการประเมินผลลัพธ์ความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่มารับบริการซึ่งในผู้ป่วยทั่วไปให้ระดับความดันโลหิตอยู่ที่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยการให้ยาในขนาดเดิม การลดขนาดยา หรือการเพิ่มขนาดยาแล้วสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามค่าเป้าหมาย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ซึ่งพบว่ามากกว่าร้อยละ 70) ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียว เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาของคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมแล้ว สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของร่างกายให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเป้าหมายได้ (ร้อยละ 74.7) ทั้งนี้เนื่องจากโดยทั่วไปแล้ว การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมี 2 แนวทาง คือ การรักษาโดย

การใช้ยา และการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การเผชิญความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปปี 2554⁽⁵⁾ แนะนำให้ทำทุกรายแม้ในรายที่ยังไม่เป็นความดันโลหิตสูงก็อาจป้องกันหรือชะลอการเป็นความดันโลหิตสูงได้ สำหรับการให้ยาลดความดันโลหิต ไม่จำเป็นต้องเริ่มยาทุกราย และผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงบางรายอาจไม่ต้องใช้ยาก็ได้ หากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ที่มีส่วนสำคัญที่สุดในกระบวนการรักษาให้เป็นไปได้ตามเป้าหมาย คือ ตัวผู้ป่วยเอง โดยปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ ความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ รวมทั้งให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม องค์การอนามัยโลก⁶ การศึกษาของสุกัญฉิณี ปรีชากุล⁷ ก็พบเช่นกันว่า เมื่อเภสัชกรได้ทำการปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารทางเภสัชกรรมไปจากเดิมไปสู่การเพิ่มความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของการดูแล ทั้งในด้านการแก้ไขปัญหความร่วมมือในการใช้ยา การขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับแบบแผนการดำรงชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง การศึกษาของ นรรัตน์ สมเพชร⁸ ปรากฏว่า ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่ว่า การทำหน้าที่ของเภสัชกรมีส่วนสำคัญในการสร้างความร่วมมือในการใช้ยาควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามได้ตามเป้าหมาย ในส่วนของเพศและอายุที่แตกต่างกัน มี

อิทธิพลต่อความสามารถในการควบคุมภาวะความดันโลหิตหรือไม่ การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงนั้นต้องเกิดจากการกระทำบางอย่าง อาจจะโดยตัวผู้ป่วยเอง ผู้ให้การรักษา ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยหรือแม้กระทั่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของยารักษาโรคความดันโลหิตสูงแต่ละประเภทที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพแตกต่างกัน ก็ตาม ซึ่งตามข้อเสนอแนะของ JNC7⁽⁹⁾ นั้น การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงนอกจากการใช้ยาลดความดันโลหิตแล้ว ยังต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ซึ่งเอื้อต่อการลดความดันโลหิต สามารถป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง และกรณีผู้ป่วยได้รับยาอยู่แล้ว จะช่วยให้การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้ง่ายยิ่งขึ้น งาม รังสินธุ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ก็พบเช่นเดียวกันว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พื้นที่เขต ระดับของโรงพยาบาล สิทธิการรักษา อายุ และเพศ ผลลัพธ์ในประเด็น จำนวนชนิดของยาที่ผู้ป่วยใช้ยาแล้วสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 35.5 และร้อยละ 26.6 สามารถใช้ยาเพียง 1 ชนิด และ 2 ชนิดรวม (ซึ่งรวมกันแล้วมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง) แล้วสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึง การบรรลุเป้าหมายของแผนการรักษาโดยแพทย์และทีมผู้ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนความร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาให้เป็นไปตามแผนการรักษาได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย⁽⁵⁾ เพื่อลดผลไม่พึงประสงค์ของยา ถ้าผู้ป่วยตอบสนองดีต่อยา เพียงตัวเดียวแต่ยังควบคุมความดันโลหิตได้เพียงช่วงสั้นๆ ก็ควรจะเพิ่มขนาดยาถ้าผู้ป่วยทนยาได้ดีและมีการนัดผู้ป่วยเป็นระยะ ทั้งนี้เนื่องจากการใช้ยาร่วมกันจะเกิดประโยชน์น้อย ถ้ายาที่ใช้ร่วมกันนั้นมีกลไกการออก

ฤทธิ์คล้ายกัน หรือมีผลข้างเคียงคล้ายคลึงกัน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์มากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามถ้าใช้ยาตัวแรกแล้วผู้ป่วยตอบสนองเล็กน้อยหรือทนยาไม่ได้ ควรพิจารณาเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่มอื่น ก่อนที่จะเพิ่มขนาดยาตัวแรกที่ใช้ หรือให้เพิ่มยาอีกตัวหนึ่งร่วมเข้าไปด้วย⁽¹¹⁾

สำหรับกรณีปรากฏผลว่า มีผู้ป่วยอีกร้อยละ 25.3 ที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้นั้น อธิบายได้ว่า ในช่วงที่ทำการติดตามผู้ป่วยครั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลมีอิทธิพลต่อการควบคุมภาวะความดันโลหิตได้ ซึ่ง JNC 7 ได้อธิบายว่า ความผิดปกติของไต ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ การตั้งครรภ์ การรับประทานยาคุมกำเนิด ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงใหญ่ สมองอักเสบ ระบบประสาท เนื้องอกของสมอง โรคจิตวิปริต การคั่งของน้ำในหลอดเลือดมาก ภาวะไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นต้น อาจเป็นสาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูงได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุซึ่งจำเป็นต้องทำการติดตามผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยออกแบบกลุ่มเป้าหมายหรือประชากรที่สนใจทำการศึกษา โดยให้นิยามเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพียงโรคเดียว เพื่อป้องกันไม่ให้มีตัวแปรแทรกซ้อนอื่นๆ มารบกวนผลการประเมิน ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้ต่อไปและการอ้างอิงถึงประชากรควรระมัดระวัง

2. สำหรับงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันกับโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม สามารถนำรูปแบบการประเมินผลไปทำซ้ำหรือปรับปรุงให้

เหมาะสมกับการดำเนินงานได้ โดยการประเมินในกลุ่มผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนว่าจะปรากฏผลเช่นเดียวกันหรือแตกต่างไปจากการศึกษาครั้งนี้

3. ข้อค้นพบที่ได้จะทำให้ทราบผลของการดำเนินงานด้านการรักษาด้วยยา โดยเฉพาะ ในประเด็น จำนวนชนิดของยาที่ผู้ป่วยใช้แล้วสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนปรับปรุงกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมที่ทำอยู่เดิม ตลอดจนการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไป อาจขยายขอบเขตของประชากรออกไปได้อีกเช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกับโรคเบาหวาน และโรคอื่นๆ ซึ่งค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนในการควบคุมตัวแปร แต่ผู้ทำการวิจัยต้องระมัดระวังและออกแบบการวิจัยให้รัดกุมเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่น่าเชื่อถือ และมีคุณค่า
2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยอาจกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา; 2556
2. โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม. รายงานประจำปีงบประมาณ 2555; 2556.
3. โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม. บัญชีรายการยาโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม; 2555.
4. ประชุม สุวดี. การสำรวจด้วยตัวอย่าง : การชักตัวอย่างและการวิเคราะห์. กรุงเทพมหานคร : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2552.

วัตถุประสงค์เพื่อการค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เช่น ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม พฤติกรรมการดำรงชีวิต ภาวะโรคแทรกซ้อน พยาธิสภาพของผู้ป่วย ตลอดจนการปรับเปลี่ยนการกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม (อาจเนื่องมาจากผลการศึกษาก่อนหน้านี้) เป็นต้น หรือการทดสอบความแตกต่างระหว่างตัวแปร เพื่อเพิ่มคุณค่าให้กับการวิจัยประเมินผลในครั้งนี้ต่อไปได้

3. ความสามารถในการเดินทางมารักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลตามนัด ยังเป็นอุปสรรคในการสืบค้นข้อมูลและความต่อเนื่องในการรักษา เช่น กรณี มาครั้งที่ 3 เกินขอบเขตด้านเวลาที่ทำการศึกษา ทำให้อาจต้องสูญเสียตัวอย่างไป เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์บริรักษ์ ถิ่นทะกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม ที่สนับสนุนและให้คำแนะนำในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้มาโดยตลอด

5. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย; 2551.
6. World Health Organization. Factor affecting medication adherence. Retrives October, 10, 2009, from <http://www.connected-health.org>; 2003.
7. สุภณิณี ปรีชากุล. ผลการให้การบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสุโขทัย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาขาเภสัชกรรมคลินิก)]: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.

8. นรรัตน์ สมเพชร. ผลของการกระตุ้นด้วยวิธีโทรศัพท์โดยเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
9. National High Blood Pressure Educational Program. The 7th Report of Joint National Committee on Prevention ; Detection ; Evaluation ; and Treatment of High Blood Pressure. NIH publication; 2003.
10. ราม รังสินธุ์และคณะ. การวิจัยประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
11. ศุภวรรณ กฤษณทรัพย์. การศึกษาต้นทุน (ค่ายา) : ผลลัพธ์ในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงด้วยยาของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกผู้ป่วยนอก.วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2552 ;ปีที่1 เล่มที่ 2:136-145.



สภาพปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน จังหวัดพิษณุโลก

Disability, Economic and Social Problem of Leprosy affected Persons in Phitsanulok Province, Thailand

วรรณภา ภู่เสม ส.บ.(สาธารณสุข)

Wanna Phusem B.P.H. (Public Health)

นันทน์ภัส ยุทธไรสงค์ พย.ม. (พยาบาล)

Nannaphat Yutthaisong M.N.S. (Nursing)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก

Office of Disease Prevention and Control 9
Phitsanulok

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาพความพิการปัญหาเศรษฐกิจและสังคม และหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดพิษณุโลก จำนวนทั้งสิ้น 148 ราย เป็นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ผ่านการคัดกรองปัญหาเบื้องต้นจำนวน 23 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Appraisal toolkit: RDA tool kit) สถิติที่ใช้ในการอธิบายข้อมูลเบื้องต้นคือ 1.สถิติเชิงพรรณนา 2.วิเคราะห์ตัวแปร 2 ตัวด้วย Independent-Sample T-Test 3.การวิเคราะห์การผันแปรทางเดียว One - way ANOVA 4.สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษาในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป สถานภาพคู่ เรียนหนังสือจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัยมีความคงทน ไม่มีรถจักรยานยนต์ ไม่มีสวน นาข้าว และสัตว์เลี้ยงเพื่อเสริมรายได้ ลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกันแตกต่างในเรื่องการมีงานทำและหนี้สิน ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา MDT และมีความพิการในระดับ 2 เป็นจำนวนมากเนื่องจากไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง และไม่ได้ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ มีผลเรื้อรังร้อยละ 60.87 ใช้เครื่องช่วยความพิการอย่างน้อย 1 อย่าง ร้อยละ 82.60 ไม่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม และร้อยละ 30.44 มีความรู้สึกถูกตีตรา ซึ่งเป็นความรู้สึกอึดอัดเกี่ยวกับตัวเอง (Self-stigma) เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา สมาชิกในครอบครัว อาชีพ ประเภทที่อยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยในครอบครัวและหนี้สินของครอบครัวต่อเดือน การใช้เครื่องช่วยความพิการ ไม่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจากอยู่ในชนบทและอาศัยอยู่ในครอบครัว และไม่มีความรู้สึกถูกตีตราในสังคม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน การสำรวจสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมในครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลที่ได้นำไปฟื้นฟูสภาพและให้การช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนเพื่อลดปัญหาที่มีและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม, ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

**Disability, Economic and Social Problem of Leprosy affected Persons
in Phitsanulok Province, Thailand**

Wanna Phusem B.P.H. (Public Health)

Nannaphat Yutthaisong M.N.S. (Nursing)

Officice of Disease Prevention and Control 9 Phitsanulok

ABSTRACT

The purpose of this survey research was to describe the economic and social disabilities. And to identify factors related to leprosy's communities in Phitsanulok. A sample of 148 of participants was recruited from Leprosy's communities in Phitsanulok. The initial screening, 23 participant in this study. All participants were individually interviewed by the principal investigator in the Leprosy's communities conducted From 1985 to 2013.

According to the results from the analyses of demographic data .The results showed that most participants age older than 60 years, had 4 grade education, unemployed, Occupied direlling,no venchicles, Landless and livestock. Characteristics similar differences in employment and debt. Participants were reciving treatment with MDT drug and disability in the second. As many are not getting the treatment continued. They did not maintain the cleanliness of the body evenly 60.87 %t have chronic mechanical disability of at least 1 at 82.60% without restrictions in social participation By using Independent-Sample T-Test and One way Anova analysis, two predictors were identified from ten predictor variables, and those two accounted for 30.44 % ($p < 0.05$) of the variance in uncomfortable feeling and self-stigma. Seven variables were significantly correlated with feel the stigma. They were gender, age, marital status, education, occupation, family housing in here as family income, family debt, disability assory did not contribute to the variance in feel the stigma.

Keywords: economic, social, persons affected by leprosy.

บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อนของประเทศไทย จากอดีตในปี พ.ศ.2507 มีความชุกของโรคเท่ากับ 51.59 ได้ลดลงเหลือเพียง 0.11 คนต่อประชากร 10,000 คน ในปี 2552 และอัตราผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้ลดลง มาตามลำดับ คือ จาก 21.0 ในปี พ.ศ.2507 เหลือเพียง 0.56 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2552 และ จากรายงานในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2552 – 31 ธันวาคม 2552 มีผู้ป่วยรายใหม่ที่ค้นพบ 358 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 จำนวน 52 คน (ร้อยละ 14.53) และในปี 2556 จังหวัดพิษณุโลก พบผู้ป่วยติดเชื้อโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ถึงร้อยละ 40 ซึ่งมีสัดส่วนผู้พิการโรคเรื้อนรายใหม่ สูงกว่าภาพรวมของประเทศ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับ ร่างกาย ได้แก่ ความพิการที่เกิดขึ้นกับตา มือ และเท้า อันได้แก่ ตาหลับไม่สนิทหรือตาหลับไม่ลง นิ้วมืองอ หดสั้น ข้อมือ ข้อเท้าตก ที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการ ดำรงชีวิตประจำวันเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจผู้ป่วย จะรู้สึกกลัวว่าจะมีคนรังเกียจ วิตกกังวล ซึมเศร้า ไม่อยากร่วมกิจกรรมทางสังคมและอาจก่อให้เกิด ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจตามมา แม้ว่าผู้ป่วย เหล่านั้นจะพ้นจากการรักษาด้วยแล้วก็ตาม

การรักษาโดยการฟื้นฟูสภาพผู้พิการจากโรค เรื้อนให้ได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อย่างเหมาะสมหรือสามารถพึ่งพาตนเองได้ ถือเป็น คุณภาพงานโรคเรื้อนที่สำคัญ โดยการทำจะให้การฟื้นฟู สภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงและสนองต่อความ จำเป็นในการดำรงชีวิตนั้นจำเป็นต้องทราบถึงข้อมูล พื้นฐาน ได้แก่ ขนาดและสภาพปัญหาความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจ และสังคมของพิการหรือผู้ประสบ ปัญหาจากโรคเรื้อน ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รักษาหาย แล้ว แต่ยังคงมีความพิการที่รับการสงเคราะห์และอาศัยอยู่

ในชุมชน ความพิการยังคงเป็นปัญหาของผู้ป่วยโรค เรื้อนทั้งขณะกำลังรักษา และจำหน่ายจากการรักษา แล้ว ร่องรอยความพิการที่ยังปรากฏอยู่อาจ ก่อให้เกิดผลสืบเนื่องอันได้แก่ ปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และการดำรงชีวิตในสังคมตามมา อัน เนื่องจากการตีตรา ความรังเกียจจากชุมชนและ ความรู้สึกที่ตนเองด้อยค่า มีความรู้สึกด้านลบที่มี ต่อตนเอง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมร่วมกับ ชุมชนและการประกอบอาชีพซึ่งส่งผลให้เขาเหล่านี้ มีฐานะยากจน บางรายหมดสิ้นหนทางจึงต้องหา เลี้ยงชีพโดยการขอทาน ดำเนินชีวิตอย่างไรซึ่ง ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ การสำรวจสภาพความ พิจารณาผู้ป่วยโรคเรื้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อจะให้ความ ช่วยเหลือในเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว สามารถป้องกัน ความพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังให้ การฟื้นฟูสภาพผู้พิการจากโรคเรื้อนให้ได้รับการ ดูแลอย่างเหมาะสม หรือสามารถพึ่งพาตนเองได้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัด พิษณุโลก รับผิดชอบพื้นที่ 5 จังหวัด ประกอบด้วย พิษณุโลก เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ ตาก และสุโขทัย การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยประสบความสำเร็จสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหา สาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันเป็นระยะหลังการกำจัดโรค เรื้อน สามารถลดอัตราความชุกโรคเรื้อนระดับจังหวัด และอำเภอ การค้นพบโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปีมี จำนวนค่อยๆลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์การอนามัย โรคได้ตั้งเป้าหมายในการลดอัตราความพิการระดับ 2⁽¹⁾ การศึกษานี้เลือกพื้นที่การศึกษาในพื้นที่จังหวัด พิษณุโลกเพื่อเป็นจังหวัดพื้นที่นำร่อง แต่ยังมีผู้ประสบ ปัญหาจากโรคเรื้อนที่มีชีวิตอยู่ในอำเภอต่างๆ จำนวน 148 ราย ซึ่งยังไม่เคยมีการสำรวจมาก่อน (นารายชื่อ

จากทะเบียนรักษาย้อนหลัง 28 ปี ตั้งแต่ปี 2528 – 2556
มาตรวจสอบการมีชีวิตรอดจากทะเบียนของสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพความพิการ
ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ในผู้ประสบปัญหา
จากโรคเรื้อน ในชุมชนจังหวัดพิษณุโลก

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสภาพความพิการปัญหาเศรษฐกิจและสังคม
ในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ขอบเขตการวิจัย

ด้านเนื้อหาที่ศึกษา ได้แก่ สํารวจสภาพความ
พิการ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจาก
โรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดพิษณุโลก มีทั้งหมด 4 ด้าน
ดังนี้ 1).การสูญเสียหรือผิดปกติ 2).ข้อมูลส่วนบุคคล
3).ข้อจำกัดการมีส่วนร่วม และ 4).ความรู้สึกลึกซึ้งดีตรา

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัด
พิษณุโลก จำนวน 148 คน ซึ่งได้จากรายชื่อผู้ป่วยโรค
เรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาย้อนหลัง 24 ปี

วิธีการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นชุดประเมินความพิการ
แบบเร็ว (Rapid Disability Assessment toolkit: RDA
tool kit) ที่ได้มาจากสถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่ง
ผ่านการแปลกลับไปมาระหว่างภาษาอังกฤษและ
ภาษาไทย รวม 3 ครั้ง ทำการศึกษาหาเกณฑ์มาตรฐาน
(normative study) กับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีอายุ
และเพศเดียวกับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัย
อยู่ในชุมชนเดียวกันในจังหวัดกาญจนบุรี 100 คน ที่
มีเพศ อายุ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ประสบ
ปัญหาจากโรคเรื้อนมากที่สุด โดยหลักการคำนวณ
ขนาดตัวอย่างการศึกษา normative study ของ
ประชากรทั่วไปที่อยู่ในพื้นที่ที่มีผู้ประสบปัญหาจาก
โรคเรื้อนที่มีเกณฑ์ปกติแตกต่างกันไปแต่ละบริบท จึง
ควรมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 50 คนขึ้นไป ⁽²⁾ ซึ่ง
สามารถคำนวณขนาดตัวอย่างได้โดยใช้โปรแกรม
Epical 2000 Version 1.02 หรือใช้สูตรการคำนวณ
ขนาดตัวอย่างที่เป็น single proportion ดังนี้

$$n > \frac{\{u\sqrt{[\pi(1-\pi)]} + v\sqrt{[\pi_0(1-\pi_0)]}\}^2}{(\pi - \pi_0)^2}$$

n = required minimum sample size

π = proportion of interest

π_0 = null hypothesis proportion

u = one – sided percentage point of the normal distribution corresponding
to 100 % - the power, e.g. if power 90 % (100 % - power) = 10 % and $u = 1.28$

v = percentage of the normal distribution corresponding to the required
(two – sided) significance level, e.g. if significance level = 5 % and $u = 1.96$

ในการศึกษานี้กำหนดให้ $\pi = 0.75$, $\pi_0 = 0.60$, $u = 1.28$ และ $V = 1.96$

แทนค่า

$$n > \frac{[1.28 \times \sqrt{(0.75 \times 0.25)} + 1.96 \times \sqrt{(0.6 \times 0.4)}]^2}{(0.75 - 0.6)^2}$$

$$n > 97$$

ดังนั้นการศึกษาหาเกณฑ์มาตรฐานในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชากรทั่วไปในการศึกษาที่ จ.พิษณุโลก นี้จึงทำการจำนวน 100 คนขึ้นไป*(หมายเหตุ : การกำหนดค่า π = proportion of interest = 0.75 ในการศึกษานี้เพื่อให้ได้จำนวนที่ครอบคลุมประชากรทั่วไปที่มีเพศและอายุเดียวกันกับผู้ประสบปัญหาจากโรคและให้มีจำนวนตัวอย่างมากพอในการประมวลผลทางสถิติเชิงปริมาณของแต่ละแบบวัด)โดยชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Assessment toolkit: RDA tool kit) ของสถาบันราชประชาสมาสัย ประกอบด้วยข้อมูล 8 ส่วน แต่ผู้ศึกษาคัดแปลงมาใช้ 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาในการดำเนินชีวิต 8 ข้อ ได้แก่ ความลำบากในการมองเห็นด้านสายตา การเดินหรือขึ้นบันได การชำระล้างร่างกายหรือสวมใส่เสื้อผ้า การทำกิจกรรมประจำวันบางอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ การขาของมือและเท้า การอ่อนแรงของมือและเท้า บาดแผลตามมือและเท้าความสัมพันธ์หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับบุคคลอื่น

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ (Impairment data) ได้แก่ ความผิดปกติของร่างกายทางด้าน สายตา มือ และเท้า

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ เพศ วัน เดือน ปีเกิด อายุ ระดับการศึกษา ที่อยู่ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกครอบครัวที่อยู่ร่วม ชาติ อาชีพ ประเภทของที่อยู่อาศัยสถานะในบ้าน รายได้จำนวนทรัพย์สิน หนี้สินที่มีอยู่

ส่วนที่ 4 แบบวัดข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation Scale) จำนวน 18 ข้อ ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมจากแบบวัดการมีส่วนร่วม 18 ข้อ 7 ด้าน P-Scale (The Participation Scale) ของ Wim Van

Brakel และคณะ โดยมีค่าคะแนนรวมทั้งหมดได้ตั้งแต่ 0 - 90 คะแนน โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

คะแนน	ระดับข้อจำกัด อุปสรรคการมีส่วนร่วม
0 - 12	ไม่มีข้อจำกัด
13 - 22	มีข้อจำกัดเล็กน้อย
23 - 32	มีข้อจำกัดปานกลาง
33 - 52	มีข้อจำกัดมาก
53 - 90	มีข้อจำกัดมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้สึกถูกตีตรา(Jacoby Stigma Scale) จำนวน 3 ข้อ โดยการสอบถามความรู้สึกของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อรังว่า ผู้อื่นมีความรู้สึกและปฏิบัติต่อเขาอย่างไร

ขั้นตอนและวิธีการสำรวจ

1.การสำรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรายที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตจังหวัดพิษณุโลกไม่น้อยกว่า 1 ปี ย้อนหลังนับจากวันที่เริ่มทำการศึกษาวิจัยที่กำลังรักษาโรคอยู่ในระยะเฝ้าระวังหรือจำหน่ายออกจากระยะเฝ้าระวังแล้ว ในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อทำการสัมภาษณ์นั้นใช้วิธีค้นหาตามรายชื่อผู้ป่วยที่มีอยู่ในทะเบียนตั้งแต่ปี พ.ศ.2528 จนถึงวันที่เริ่มศึกษาวิจัย พร้อมทั้งค้นหาผู้ป่วยที่พิการจากโรคเรื้อรังในพื้นที่เพิ่มเติมซึ่งอาจไม่มีชื่อในทะเบียนดังกล่าว

2.ทำการสำรวจสภาพความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม โดยใช้เครื่องมือสำรวจชุดประเมินความพิการแบบเร็ว(Rapid Disability Appraisal toolkit: RDA tool kit) ในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังจังหวัดพิษณุโลกที่ผ่านการคัดกรองสภาพปัญหาในการดำเนินชีวิต 8 ข้อ

3.ทำการศึกษาหาเกณฑ์มาตรฐาน(normative study) ของแบบสอบถามในชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (RDA tool kit) กับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีอายุและเพศ

เดียวกับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันในจังหวัดกาญจนบุรี

4.ทำการสำรวจทัศนคติและการรับรู้ของชุมชนที่มีต่อโรคเรื้อนและผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในสมาชิกชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรมทางสถิติ เป็นค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่ากลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานโดยIndependent-Sample T-Test One way ANOVA และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคเรื้อน 148 คน คัดกรองพบผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน 23 ราย ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 78.3 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 82.60 สถานภาพสมรสแต่งงาน ร้อยละ 43.5 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.2 มีสมาชิกในครอบครัว 2- 4 คน ร้อยละ 56.52 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 69.57 ประเภทที่อยู่อาศัยที่

มีความคงทนน้อย ร้อยละ 69.56 เป็นเจ้าของครอบครัว ร้อยละ 69.60 ครอบครัวที่ไม่มีรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 56.52 ไม่มีรถยนต์ ร้อยละ 91.ครอบครัวที่ไม่มีสวน นาข้าว บ่อเลี้ยงปลา ร้อยละ 87.00 ครอบครัวที่ไม่ได้เลี้ยงสัตว์เพื่อสร้างรายได้ ร้อยละ 78.3 ครอบครัวที่เลี้ยงสัตว์เพื่อสร้างรายได้เลี้ยง 1 อย่าง ร้อยละ 21.7 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 47.80 มีหนี้สินของครอบครัวต่อเดือน ร้อยละ 21.74 ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยความพิการ ร้อยละ 26.10 ใช้เครื่องช่วยความพิการ 1 อย่าง ร้อยละ 56.50 และใช้เครื่องช่วยความพิการใช้ 2 อย่างขึ้นไป ร้อยละ 17.40 ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยความพิการเลย ร้อยละ 26.10 ใช้แว่นตาเพื่อช่วยความพิการ ร้อยละ 13.05 ใช้ไม้เท้า ร้อยละ 8.69 และไม้ค้ำยัน ร้อยละ 26.06 นอกจากนั้นใช้รถเข็น และกายอุปกรณ์ ร้อยละ 13.05 ไม่มีแผลเรื้อรัง ร้อยละ 39.13 มีแผลเรื้อรังตั้งแต่ 2 แผลขึ้นไป ร้อยละ 47.83

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับของข้อจำกัดและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ระดับของข้อจำกัด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีข้อจำกัด	19	82.60
มีข้อจำกัดเล็กน้อย	3	13.05
มีข้อจำกัดปานกลาง	1	4.35
รวม	23	100.00

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของความรู้สึกถูกตีตราของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

คะแนนถูกตีตรา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่รู้สึกถูกตีตรา	16	69.56
มีความรู้สึกถูกตีตรา	7	30.44
รวม	23	100.00

จากตารางที่ 1 ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ส่วนมากไม่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม และ

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ส่วนมากไม่มีความรู้สึกถูกตีตรา

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับค่าเฉลี่ยข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ตัวแปร	จำนวน	Mean(SD)	T	F	P-value
เพศ					
ชาย	18	0.60 (.894)	1.518	2.303	.131
หญิง	5	0.11 (.323)			
อายุ					
อายุน้อยกว่า/เท่ากับ 60 ปี	4	0.00 (.000)	-	.974	.335
อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป	19	0.26 (.562)			
สถานภาพสมรส					
ไม่เคยแต่งงาน	7	0.43 (.787)	1.332	1.774	.197
แต่งงาน	10	0.20 (.422)			
หม้าย/หย่า/แยก	3	0.00 (.000)			
การศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	0.38 (.744)	.844	.713	.408
ระดับประถมศึกษา	13	0.15 (.376)			
มัธยมศึกษาถึงมหาวิทยาลัย	2	0.00 (0.00)			
สมาชิกในครอบครัว					
1 คน(ผู้ถูกสัมภาษณ์)	7	0.14 (.378)	.252	.063	.804
2 - 4 คน	13	0.31 (.630)			
5 คนขึ้นไป	3	0.00 (.000)			
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	0.31 (.602)	1.271	1.616	.218
รับจ้าง	3	0.00 (.000)			
เกษตรกร	2	0.00 (.000)			
อื่นๆ	2	0.00 (.000)			
ประเภทที่อยู่อาศัย					
-คชนน้อย	16	0.19 (.403)	.249	.062	.806
-มีความคชนมาก	7	0.29 (.756)			
ครอบครัวมีมอเตอร์ไซด์					
มี	10	0.30 (.675)	-	.077	.784
ไม่มี	13	0.15 (.376)			
ครอบครัวมีรถยนต์					
มี	2	0.00 (.000)	.655	.430	.519
ไม่มี	21	0.24 (.539)			

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับค่าเฉลี่ยข้อจำกัดฯ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	Mean(SD)	T	F	P-value
มีสวน นาข้าว ป่อเลี้ยงปลา					
มี	3	0.00 (.000)	.828	.685	.417
ไม่มี	20	0.25 (.550)			
มีการเลี้ยงสัตว์เพื่อสร้างรายได้					
ไม่มี	18	0.17 (.514)	-	2.303	.144
มี	5	0.40 (.548)			
รายได้เฉลี่ยในครอบครัว					
ต่ำกว่า 2,000 บาท	6	0.67 (.816)	.945	.894	.355
ระหว่าง 2,001-5,000บาท	11	0.00 (.000)			
ตั้งแต่ 5,001 บาทขึ้นไป	1	0.00 (.000)			
ไม่มีรายได้	5	0.20 (.477)			
หนี้สินของครอบครัวต่อเดือน					
ไม่มี	18	0.22 (.548)	-	.028	.869
มี	5	0.20 (.447)			
เครื่องช่วยความพิการที่ใช้					
ไม่ได้ใช้เครื่องช่วย	6	0.17 (.408)	.528	.279	.603
ใช้ 1 อย่าง	13	0.31 (.630)			
ใช้ 2 อย่างขึ้นไป	4	0.00 (.000)			

จากตารางที่ 3 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างปัจจัย ครอบครัว อาชีพ ประเภทที่อยู่อาศัย รถ อาชีพ รายได้ ต่างๆกับคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกลดดีตราของผู้ เติบโตในครอบครัว หนี้สินของครอบครัวต่อเดือน และ ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่า ปัจจัยด้านต่างๆ เครื่องช่วยความพิการ ไม่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา สมาชิกใน

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับค่าเฉลี่ยความรู้สึกลดดีตราผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ตัวแปร	จำนวน	Mean(SD)	T	F	P-value
เพศ					
ชาย	16	.22(.416)	1.649	2.720	.114
หญิง	7	.13(.344)			
อายุ					
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	4	1.25 (.500)	-	.062	.806
อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป	19	1.32 (.478)			
สถานภาพสมรส					
ไม่เคยแต่งงาน	7	1.43 (.535)	.403	.162	.691
แต่งงาน	10	1.20 (.422)			
หม้าย/หย่า/แยก	6	1.33 (.516)			

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับค่าเฉลี่ยความรู้สึกลึกถูกตีตราฯ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	Mean(SD)	T	F	P-value
การศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	1.38 (.518)	.854	.729	.403
ระดับประถมศึกษา	13	1.31 (.480)			
มัธยมศึกษาถึงมหาวิทยาลัย	2	1.00 (.000)			
สมาชิกในครอบครัว					
1 คน(ผู้ถูกสัมภาษณ์)	7	1.29 (.488)	-	.22	.884
2 - 4 คน	13	1.31 (.480)			
5 คนขึ้นไป	3	1.33 (.577)			
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	1.31 (.479)	.429	.184	.672
รับจ้าง	3	1.33 (.577)			
เกษตรกร	2	1.50 (.707)			
อื่นๆ	2	1.00 (.000)			
ประเภทที่อยู่อาศัย					
-มีความคงทนน้อย	16	1.25 (.447)	-	.692	.415
-มีความคงทนมาก	7	1.43 (.535)			
ครอบครัวมีมอเตอร์ไซด์					
มี	10	1.50 (.527)	-	3.393	.080
ไม่มี	13	1.15 (.376)			
ครอบครัวมีรถยนต์					
มี	2	1.00 (.000)	.956	.913	.350
ไม่มี	21	1.33 (.483)			
ครอบครัวสวน นาข้าว บ่อเลี้ยงปลา					
มี	3	1.33 (.577)	-	.013	.912
ไม่มี	20	1.30 (.470)			
ครอบครัวมีการเลี้ยงสัตว์เพื่อสร้างรายได้					
มี	18	1.00 (.000)	1.704	2.905	.103
ไม่มี	5	1.39 (.502)			

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับค่าเฉลี่ยความรู้สึกถูกตีตราฯ (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	Mean(SD)	T	F	P-value
รายได้เฉลี่ยในครอบครัว					
ต่ำกว่า 2,000 บาท	6	1.50 (.548)	.213	.045	.833
ระหว่าง 2,001-5,000บาท	11	1.18 (.405)			
ตั้งแต่ 5,001 บาทขึ้นไป	1	1.00 (.000)			
ไม่มีรายได้	5	1.40 (.548)			
หนี้สินของครอบครัวต่อเดือน					
ไม่มี	18	1.33 (.485)	.552	.304	.587
มี	5	1.20 (.447)			
เครื่องช่วยความพิการที่ใช้					
ไม่ได้ใช้เครื่องช่วย	6	1.17 (.408)	.260	.067	.798
ใช้ 1 อย่าง	13	1.46 (.519)			
ใช้ 2 อย่างขึ้นไป	4	1.00 (.000)			

จากตารางที่ 4 เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างปัจจัยต่างๆกับคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกถูกตีตราของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่า ปัจจัยด้านต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สมาชิกใน

ครอบครัว อาชีพ ประเภทที่อยู่อาศัย รถ อาชีพ รายได้เฉลี่ยครอบครัว หนี้สิน และการใช้เครื่องช่วยความพิการ ไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปและวิจารณ์

จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อน 148 คน พบผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดพิษณุโลกทั้งหมด 23 คน จำแนกรายอำเภอที่มีผู้ผ่านการคัดกรองความพิการ 8 ข้อ มากที่สุดคือ อำเภอวัดโบสถ์ ร้อยละ 30.43 รองลงมาคือ อำเภอเมืองและอำเภовังทอง ร้อยละ 17.39 เพศชาย ร้อยละ 78.3 เพศหญิง ร้อยละ 21.7 อายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60ปี ร้อยละ 17.40 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 82.60 ไม่เคยแต่งงาน ร้อยละ 30.4 แต่งงาน ร้อยละ 43.5 และหม้าย หย่า แยก ร้อยละ 26.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 34.8 ประถมศึกษา ร้อยละ 56.5 และมีมัธยมศึกษาถึงมหาวิทยาลัย ร้อยละ 8.7 สมาชิกในครอบครัว 1 คน (ผู้ถูกสัมภาษณ์) ร้อยละ 30.44 สมาชิกในครอบครัว 2-4 คน ร้อยละ 56.52 สมาชิกในครอบครัว 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 13.04 พบว่า

ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 69.57 รับจ้าง ร้อยละ 13.04 เกษตรกร ร้อยละ 8.69 และอื่นๆ ร้อยละ 4.35 ประเภทที่อยู่อาศัยที่มีความคงทนน้อย ร้อยละ 69.56 มีความคทนมาก ร้อยละ 30.44 เป็นเจ้าของครอบครัว ร้อยละ 69.60 และ ไม่ใช่เจ้าของครอบครัว ร้อยละ 30.40 ครอบครัวที่ไม่มีรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 56.52 ครอบครัวที่มีรถยนต์ ร้อยละ 8.69 และไม่มีรถยนต์ ร้อยละ 91.31 ครอบครัวที่มีสวน นาข้าว บ่อเลี้ยงปลา ร้อยละ 13.0 และไม่มีสวน นาข้าว บ่อเลี้ยงปลา ร้อยละ 87.00 ครอบครัวที่ไม่ได้เลี้ยงสัตว์เพื่อสร้างรายได้ ร้อยละ 78.3 ครอบครัวที่เลี้ยงสัตว์เพื่อสร้างรายได้เลี้ยง 1 อย่าง ร้อยละ 21.7 ครอบครัวที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 26.10 ครอบครัวที่ไม่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 47.80 ครอบครัวที่ไม่มีรายได้ระหว่าง 2,001-5,000บาท ร้อยละ 21.70 และมีรายได้ ตั้งแต่ 5,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ

4.30 ครอบครัวที่ไม่มีหนี้สินต่อเดือน ร้อยละ 78.26 และมีหนี้สินของครอบครัวต่อเดือน ร้อยละ 21.74 ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยความพิการ ร้อยละ 26.10 ใช้เครื่องช่วยความพิการ 1 อย่าง ร้อยละ 56.50 และใช้เครื่องช่วยความพิการใช้ 2 อย่างขึ้นไป ร้อยละ 17.40 ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยความพิการ ร้อยละ 26.10 ใช้แว่นตา และรถเข็น ร้อยละ 13.05 ใช้ไม้เท้า ร้อยละ 8.69 และไม่ก้ำยัน ร้อยละ 26.06 ไม่มีแผลเรื้อรังร้อยละ 39.13 มีแผลเรื้อรังร้อยละ 60.87 มีขีดจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 13.05 มีขีดจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 4.35 และผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนไม่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมมากที่สุด ร้อยละ 82.60 คะแนนความรู้สึกลึกถูกตีตราคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน (3ข้อ) โดยมีเพียง 1 คะแนน ก็ถือว่ามีความรู้สึกลึกถูกตีตรา ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกลึกถูกตีตรา 1-3 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกลึกถูกตีตรา พบว่าไม่มีความรู้สึกลึกถูกตีตรา ร้อยละ 69.56 และมีความรู้สึกลึกถูกตีตรา ร้อยละ 30.44

การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆกับคะแนนของข้อจำกัดการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่า ปัจจัยด้านต่างๆของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา สมาชิกในครอบครัว อาชีพ ประเภทที่อยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยในครอบครัว และหนี้สินของครอบครัวต่อเดือน ไม่มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยของข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริมาศ รอดจันทร์และคณะ⁽³⁾ว่า ร้อยละ 95 ของประชาชนที่มีอายุและเพศเดียวกับผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนนั้นมีค่าปกติของคะแนนที่ 20 ซึ่งสูงกว่าแบบวัดต้นฉบับที่มี 12 คะแนน เพราะบริบท

สังคมไทยมีลักษณะครอบครัวขนาดใหญ่ มีวัฒนธรรมในการช่วยเหลือเกื้อกูล เลี้ยงดูกัน จึงทำให้แม้บุคคลนั้น แม้มีความพิการ สูงอายุ หรือมีความบกพร่องของทางร่างกาย แต่ไม่ค่อยมีปัญหาในการมีส่วนร่วมทางสังคม

การทดสอบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆกับคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกลึกถูกตีตราของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่า ปัจจัยด้านต่างๆของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา สมาชิกในครอบครัว อาชีพ ประเภทที่อยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยในครอบครัว และหนี้สินของครอบครัวต่อเดือน ไม่มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกลึกถูกตีตรา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของศิริมาศ⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่า “การตีตรามีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับการรังเกียจเหยียดฉันท์ซึ่งธรรมชาติของการรังเกียจมาจากฐานความคิดของคนในการมองเรื่องความปกติ ไม่ปกติ ความบริสุทธิ์ มลทิน ในทางสังคม วัฒนธรรม เวลาที่เราเห็นสิ่งที่ตอกย้ำเรื่องความไม่ปกติ หรือมลทิน มักจะรังเกียจเหยียดฉันท์ตามมา โดยการผิดรูปร่างของอวัยวะและร่างกายที่ทำให้เกิดความรังเกียจได้

ข้อมูลทั่วไปและสภาพความพิการ

ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดพิษณุโลกทั้งหมด 23 คน มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป แต่งงานแล้ว เรียนหนังสือในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัยมีความคงทน ส่วนใหญ่ไม่มีรถจักรยานยนต์ ส่วนน้อยที่มีสวน นา ข้าว บ่อเลี้ยงปลาและเลี้ยงสัตว์เพื่อเสริมรายได้ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการสำรวจมีความพิการในระดับ 2 เนื่องจากไม่ได้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และไม่ได้ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ส่วนใหญ่ใช้เครื่องช่วยความพิการอย่างน้อย 1 อย่าง ไม่

มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจากอยู่ในชนบทและในครอบครัวจึงไม่มีข้อจำกัดทางสังคม ไม่มีความรู้สึกถูกตีตราในสังคม มีเพียงส่วนน้อยที่มีความรู้สึกตีตราซึ่งเป็นความรู้สึกอึดอัดเกี่ยวกับตัวเอง (Self-stigma)

ข้อมูลทั่วไปด้านเศรษฐกิจและสังคม

ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่าครอบครัวที่มีหนี้สินอยู่ ร้อยละ 21.74 รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.80 ครอบครัวที่ไม่มีรายได้ระหว่าง 2,001-5,000 บาท ร้อยละ 21.70 และมีรายได้ ตั้งแต่ 5,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 4.30 แสดงว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีฐานะค่อนข้างยากจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและญาติ ทีมเครือข่ายงานโรคเรื้อน ท่านผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จ.พิษณุโลก

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค, รายงานประจำปี 2553 , (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2554).
2. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค, จุดเน้นและกรอบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน และภัยสุขภาพ, เอกสารอัดสำเนาการจัดประชุมเรื่องจุดเน้นการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ประจำปี 2556.

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการสำรวจสภาพความพิการปัญหาเศรษฐกิจ และสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนให้ครอบคลุมพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลกทุกจังหวัด
2. ให้ความรู้ ทักษะการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่ และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ตลอดจนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง
3. ให้ความรู้และทักษะด้านการดูแลตนเองในการดูแลป้องกันความพิการในเรื่อง ตา มือ เท้าและการดูแลแผลแก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง
4. เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ยังไม่เปิดเผยตัวเข้ารับบริการฟื้นฟูสภาพจากหน่วยงานเครือข่ายอื่นๆ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก และสถาบันราชประชาสมาสัย ที่มีส่วนร่วมให้การศึกษาวิจัยนี้สำเร็จ

3. ศิรามาศ รอดจันทร์. คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน. วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย 2505;5(1) : 1-14
4. ศิรามาศ รอดจันทร์และคณะ. การสำรวจความพิการปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารกรมควบคุมโรค. ปี 2554 ; ปีที่ 37 : 186-196.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

The Development of Diabetic and Hypertension Caring Model by Community Participation

ธรรมรัตน์ เพชร* สบ.

Tammarat Petcharee* B.P.H

สุขใจ ถือแก้ว** พย.บ.

Sukjai Thuekaew** B.sc(Nursing)

ธานี ถือแก้ว** สบ.

Thanee Thuekaew** B.P.H

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก*

Noenmaprang District Public Health Office*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไฟ

Prongphai Public Health Center **

อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก**

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไฟ อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ดำเนินการ 3 ระยะคือ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลโดยวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการให้บริการผู้ป่วย 2) ทดลองใช้รูปแบบ และ 3) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบหลังดำเนินงาน 6 เดือน รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มสุขภาพประจำครอบครัวและทะเบียนผู้รับบริการ สัมภาษณ์เชิงลึก สันทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงประกอบด้วย 1) การสร้างเครือข่ายดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยมีขั้นตอนสำคัญ คือ 1.1) ให้ความรู้เรื่องโรคการเจาะเลือด การวัดความดันโลหิต แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1.2) จัดทำแผนดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 1.3) ผู้ป่วยรวมกลุ่มพร้อมเลือกตั้งหัวหน้ากลุ่มให้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย 1.4) สร้างผู้นำทำกิจกรรมกลุ่มในหมู่บ้าน 1.5) จัดกลุ่มผู้ป่วยให้มีหน้าที่ดูแลกระตุ้นเตือนตนเอง 2. ให้บริการเชิงรุกในหมู่บ้าน มีขั้นตอนสำคัญ คือ 2.1) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเตรียมการให้บริการก่อน 1-2 วัน 2.2) ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ก่อนให้บริการ 1 วัน 2.3) หัวหน้ากลุ่มผู้ป่วยในหมู่บ้านจัดเตรียมสถานที่บริการ 2.4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตรวจเลือดและวัดความดันโลหิตผู้ป่วย 2.5) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการพร้อมให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม 2.6) ผู้ป่วยทำกิจกรรมกลุ่ม ประสิทธิภาพของรูปแบบทำให้อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 35.50 เป็นร้อยละ 0.59 ความแออัดของการบริการลดลงเวลาให้บริการต่อครั้งจาก 8 เป็น 4 ชั่วโมง การให้สุขศึกษาผู้ป่วยครอบคลุมมากขึ้นพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับที่ปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.56 เป็นร้อยละ 57.81 มีน้ำตาลสะสมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.56 เป็นร้อยละ 10.94 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.50 เป็นร้อยละ 89.36

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

The Development of Diabetic and Hypertension Caring Model by Community Participation

Tammarat Petcharee* B.P.H

Sukjai Thuekaew** B.sc(Nursing)

Thanee Thuekaew** B.P.H

Noenmaprang District Public Health Office*

Prongphai Public Health Center**

Abstract

This participatory action research aimed to study effectiveness of the development in improving diabetes and hypertensive care model on participants in Tombol Banprongpai Health Promoting Hospital NoenMaprang District, Phitsanulok Province. This research was implemented into 3 phases. 1) To development the effective of diabetes and hypertensive care model; 2) To implement the effective of diabetes and hypertensive care model; and 3) To evaluate the effective of diabetes and hypertensive care model after 6-month imp. Data were collected from family folder and patient's record, including in-depth interview, focus group discussion, questionnaire. Analysis was utilized by descriptive statistic, including mean, percentage, standard deviation and content analysis for qualitative data.

The result showed that the development the effective of diabetes and hypertensive care model consist of 1) Net work building of patient care in community that including 1.1) Peripheral puncture training, Blood pressure measure training for Health Volunteers; 1.2) Action plan building by net work cooperation; 1.3) Group of patients for patient caring; 1.4) Community Activity Leaders; 1.5) Patients's partner for patient caring, 2) Proactive service in community that including 2.1) Preliminary proactive service by health officers; 2.2) Public announcement by community leader; 2.3) Location Service arrange by Patient Leader; 2.4) Peripheral puncture and Blood pressure measure implement by Health Volunteers; 2.5) Health service and health education both individual and group service by health officers; 2.6) Patient group activities. The study revealed that the development the effective of diabetes and hypertensive care model effect to decreased of miss an appointment from 35.50 percentage to 0.59 percentage, Decrease service time from 8 to 4 hours, Coverage of health education, Increase Patients's self-care behaviors, Increase Patients's normal peripheral blood sugar from 26.56 percentage to 57.81 percentage, HbA1C is less than or equal 7 that increased from 1.56 percentage to 10.94 percentage and hypertensive patients can control normal blood pressure that increased from 69.50 percentage to 89.36 percentage.

Key words: The effective of diabetes and hypertensive care model, Participation Action Research

บทนำ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย สถานการณ์ปัจจุบันการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงมากขึ้น⁽¹⁾เป็นโรคที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงถ้าหากผู้ป่วยไม่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างสม่ำเสมอ โดยจะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เรื้อรังหรือรุนแรงได้ ซึ่งปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเหล่านี้สามารถส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว⁽²⁾ ปี 2552-2556 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 149 , 150, 171 , 177 , 198 ราย อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 2,910.15 , 2,950.43 , 3,369.46 , 3,478.77 และ 3,732.81 ตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูง 216, 255 , 326 , 340 , 340 ราย อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 4,218.75 , 5,015.74 , 6,423.65 , 6,682.39 และ 6,679.76 ตามลำดับจากการสรุปผลการดำเนินงาน 9 เดือนของปีงบประมาณ 2557 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ พบว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขเป็นลำดับแรกมีประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบป่วยเป็นโรคเบาหวาน 93 คน โรคความดันโลหิตสูง 235 คน ป่วยเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 98 คน รับการรักษาทั้งที่โรงพยาบาลเนินมะปรางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ โดยรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน 27 คน โรคความดันโลหิตสูง 105 คน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 37 คน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยจัดเป็นคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันพุธที่ 3 ของเดือนผู้ให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่านั้น ในวันที่มีคลินิกจะมีผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 80-120 ราย ทำให้เกิดปัญหาการบริการที่แออัด เจ้าหน้าที่ต้องรีบให้บริการให้ทันเวลา ทำให้การบริการผู้ป่วยไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรมส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงขาดนัด รับบริการไม่ต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 35.50 ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติเพียงร้อยละ 26.56 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า 7 ร้อยละ 1.56 และเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 5.26 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพียงร้อยละ 69.50 นอกจากนี้การให้สุขศึกษาและการแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคแก่ผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม ดำเนินการได้เพียงให้เป็นรายบุคคลในช่วงตรวจร่างกายและจ่ายยาเท่านั้น ส่วนรายกลุ่มยังไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ผู้ป่วยมีจำนวนมาก จากปัญหาดังกล่าวถ้าหากไม่ดำเนินการแก้ไขจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากขึ้น และจะส่งผลทำให้มีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นตามมา

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลวิธีหนึ่งที่ช่วยให้กิจกรรมหรือโครงการมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล โดยเฉพาะเมื่อมีทรัพยากรจำกัด กิจกรรมที่ประชาชนมีส่วนร่วมมากมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จมาก ซึ่งก่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน การมีส่วนร่วมของชุมชนต้องให้ชุมชนทุกระดับเข้ามามีส่วน

ร่วมในทุกขั้นตอน⁽³⁾ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมี 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุ ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดความต้องการ 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน เป็นการมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินงาน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เป็นการมีส่วนร่วมโดยการร่วมช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์ วัสดุ อุปกรณ์และแรงงาน หรือโดยการบริหารงาน ประสานงาน และ 4) การมีส่วนร่วมประเมินผล⁽⁴⁾ ในการดำเนินดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงก็เช่นกัน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากชุมชน เนื่องจากการดูแลแบบองค์รวม มีการเชื่อมโยงระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ญาติ บ้านและชุมชน จากการศึกษาวงเดือน ภาษาและคณะ⁽⁵⁾ ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลชัยภูมิ โดยทีมสหวิชาชีพสุขภาพแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครบวงจรต่อเนื่องและยั่งยืน และจากการศึกษาของสมใจวิจิตรกุล และนิตยาสุขชัยสงค์⁽⁶⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพฤติกรรมดูแลตนเองภายหลังการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผล ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของปัญหาและความเป็นไปได้ที่จะแก้ปัญหา จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ คือ หมู่ที่ 2,3,4,5,7,11 และ 12 ตำบลบ้านน้อยชุมชู้เหล็ก อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ที่รับบริการในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ ตำบลบ้านน้อยชุมชู้เหล็ก อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ระหว่างเดือนสิงหาคม 2557 ถึง เดือนมกราคม 2558

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2557 ถึงเดือนมกราคม 2558

ประชากร กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่รับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2557 ถึงมกราคม 2558 จำนวน 169 คน โดยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 27 คน เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 105 คน เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 37 คน

2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ จำนวน 6 คน

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ จำนวน 107 คน

กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาสำหรับการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีทั้งกลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการสุ่มตัวอย่าง และการเก็บข้อมูลรายละเอียดดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระหว่างเดือนสิงหาคม 2557 ถึงมกราคม 2558 ทุกคนจำนวน 169 คน เก็บข้อมูลโดยการรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกสุขภาพรายบุคคลในแฟ้มสุขภาพประจำครอบครัวและทะเบียนของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อประเมินอัตราการขาดนัดของผู้ป่วยและความแออัดของคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องทุกครั้งตามนัด ไม่เคยขาดนัดตลอดระยะเวลาการวิจัยจำนวน 168 คนเนื่องจากขาดนัด 1 คน โดยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน 27 คน โรคความดันโลหิตสูง 104คน เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 37 คน และเมื่อแยกเป็นรายโรค เป็นโรคเบาหวาน 64คนโรคความดันโลหิตสูง 141 คนเก็บข้อมูลโดยการรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกสุขภาพรายบุคคลในแฟ้มสุขภาพประจำครอบครัวและทะเบียน

ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสอบถามโดยแบบสอบถาม เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

กลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องทุกครั้งตามนัด ไม่เคยขาดนัดการรักษา ตลอดระยะเวลาการวิจัย สุ่มตัวอย่างแบบง่ายหมู่บ้านละ 5 คน สำหรับเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 3 คน และสนทนากลุ่ม 2 คนต่อหมู่บ้าน รวมทั้งหมด 35 คนเพื่อประเมินความแออัดของคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงระบบการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการขาดนัดของผู้ป่วยเนื่องจากมีข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากผู้ป่วยซึ่งบอกถึงคุณภาพที่ดีของการดำเนินงานเกี่ยวกับปัญหาขาดนัด

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้ร่วมการให้บริการผู้ป่วยที่คลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทุกครั้งของการบริการ ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย หมู่บ้านละ 2 คน รวมทั้งหมด 14 คน สำหรับเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินการขาดนัดของผู้ป่วย ความแออัดของคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงระบบการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

3. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ทุกคนที่เป็นผู้ให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตลอดระยะ

การดำเนินการวิจัย จำนวน 5 คนโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินการขาดนัดของผู้ป่วย การความแออัดของคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ระบบการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1) โดยวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการให้บริการผู้ป่วยในคลินิกโรคโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับคืบข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง 2) วางแผนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและตัวแทนผู้ป่วยในหมู่บ้าน มีกิจกรรม คือ 1) นำเสนอข้อมูลสถานการณ์และปัญหาการให้บริการผู้ป่วยเพื่อคืบข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง 2) สนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 3) อภิปรายเพื่อสรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน

ระยะที่ 2 นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปทดลองปฏิบัติและประเมินผลโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม 2 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 หลังจากนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไปทดลองปฏิบัติเป็นระยะเวลา 2 เดือน ครั้งที่ 2 หลังจากนำรูปแบบที่ได้จากการปรับปรุงในครั้งที่ 1 ไปดำเนินการทดลองปฏิบัติต่อเป็นระยะเวลา 2 เดือน

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลังจากดำเนินงาน

ครบ 6 เดือน โดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกสุขภาพรายบุคคลในแฟ้มสุขภาพประจำครอบครัวและทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิต สัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม และใช้แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยหลักการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลของการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดำเนินการตามขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการเป็น 3 ระยะตามวิธีการดำเนินการวิจัย ผลของการวิจัยตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นปัญหาและสาเหตุของปัญหา ดำเนินการในระยะที่ 1 ของการวิจัยโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและตัวแทนผู้ป่วยในหมู่บ้าน สรุปรายปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่พบ คือ 1) ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมาก วันละ 80-120 ราย เฉลี่ย 100 คนต่อวัน เกิดปัญหาการบริการที่แออัด เนื่องจากจัดคลินิกบริการเพียงเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันพุธที่ 3 ของเดือน 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงขาดนัด รับบริการไม่ต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 35.50 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติน้อย ร้อยละ 26.56 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า 7 น้อย ร้อยละ 1.56 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ น้อย ร้อยละ 69.50 การให้สุขศึกษาและการแนะนำการปฏิบัติตัวผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากผู้ให้บริการ

เป็นเจ้าของหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่านั้น เจ้าหน้าที่ต้องรีบให้บริการให้ทันเวลา ทำให้การบริการผู้ป่วยไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรมผู้ป่วยบางคนไม่สามารถเดินทางเข้ารับบริการได้เนื่องจากไม่มีคนพาเข้ารับบริการ บางคนญาติพาไปลำบากเนื่องจากนอนติดเตียง

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ดำเนินการในระยะที่ 1 ของการวิจัย โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องสรุปผลดำเนินการ คือ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อแก้ไขปัญหา คือ 1) สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพชุมชน 2) ให้บริการเชิงรุกในชุมชน 3) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามปัญหาของแต่ละคนเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค 4) สร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย 5) ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีรูปแบบและแผนการดำเนินงาน คือ

1. สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยการ
1.1) ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเจาะเลือด การวัดความดันโลหิตแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีหน้าที่ตรวจเลือดและวัดความดันโลหิตผู้ป่วยในหมู่บ้าน 1.2) จัดทำแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมกับเครือข่าย แบ่งความรับผิดชอบผู้ป่วยแก่อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลประจำตัวผู้ป่วย และมอบแผนงานให้เครือข่ายดำเนินงานตามแผน

2. ให้บริการเชิงรุก โดยการออกให้บริการผู้ป่วยในหมู่บ้านทุกวันพุธ จำนวน 7 หมู่บ้าน โดยเรียงลำดับกันไปมีขั้นตอนดำเนินงานคือ 2.1) เจ้าหน้าที่จัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วยรับบริการรายหมู่ ศึกษาปัญหา วิธีการแก้ปัญหา และการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมจัด

ยาก่อนลงพื้นที่ 1-2 วัน 2.2) ผู้นำชุมชนประกาศประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทราบก่อนวันเจ้าหน้าที่ออกให้บริการ 1 วัน 2.3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและวัดความดันโลหิตผู้ป่วยช่วงเช้าของวันที่ออกให้บริการ ก่อนเจ้าหน้าที่ไปถึงสถานที่จัดให้บริการในหมู่บ้าน 2.4) เจ้าหน้าที่ไปถึงจุดบริการ ชักประวัติ จ่ายยาแก่ผู้ป่วย พร้อมให้ความรู้เป็นรายบุคคลในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยให้ผู้ป่วยประเมินสภาพปัญหาตัวเองและจัดกลุ่มติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการเจ็บป่วยของตนเอง 2.5) ทำกิจกรรมกลุ่ม โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนแนวคิด การปฏิบัติตัวซึ่งกันและกันพร้อมเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย และออกกำลังกายร่วมกัน โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้นำในการทำกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผน ดำเนินการในระยะที่ 2 โดยมีส่วนร่วมในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไปทดลองปฏิบัติ ผู้มีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้คือ เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้ป่วยในหมู่บ้าน ซึ่งดำเนินการเป็นระยะเวลา 6 เดือน คือ หลังจากนำรูปแบบไปทดลองปฏิบัติเป็นระยะเวลา 2 เดือน หลังจากประเมินผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 2 เดือน และหลังจากประเมินผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลดำเนินการในระยะที่ 2 โดยมีส่วนร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สำหรับการประเมินผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมผู้มีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้คือ เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านและผู้ป่วยในหมู่บ้าน ซึ่งดำเนินการ 2 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1.หลังจากนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไปทดลองปฏิบัติเป็นระยะเวลา 2 เดือน คือ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2557 ถึงเดือนกันยายน 2557 โดยประเมินผลสัปดาห์แรกของเดือนตุลาคม 2557 สรุปการประเมินผลและการปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมมีดังต่อไปนี้

1. ปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่ยังพบคือ

1.1) ผู้ป่วยบางส่วนยังขาดนัดและมี

พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เนื่องจากไม่มีผู้คอยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยในเรื่องการเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1.2) การทำกิจกรรมกลุ่มในหมู่บ้านไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากอาศัยเจ้าหน้าที่เป็นผู้นำอย่างเดียว และไม่มีผู้ดำเนินการทำกิจกรรมในชุมชน 1.3) การจัดการสถานที่สำหรับดำเนินงานยังไม่พร้อม เนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบดำเนินการจัดสถานที่สำหรับบริการ

2. การปรับปรุงรูปแบบเพิ่มเติม ดำเนินการในส่วนการสร้างเครือข่ายคือ 2.1) กำหนดผู้ป่วยในแต่ละหมู่บ้านรวมกันเป็นกลุ่มผู้ป่วย โดยให้ 1 หมู่บ้านเป็น 1 กลุ่ม แล้วให้ผู้ป่วยในกลุ่มเลือกตั้งผู้ป่วยด้วยกันเป็นหัวหน้ากลุ่ม ให้มีหน้าที่ประสานงานในการจัดเตรียมอุปกรณ์ สถานที่ในการให้บริการผู้ป่วย และจัดกิจกรรมต่างๆ ก่อนเจ้าหน้าที่ไปให้บริการตลอดจนดูแลผู้ป่วยในหมู่บ้านทั้งหมด 2.2) สร้างผู้นำในการทำกิจกรรมกลุ่มในหมู่บ้าน โดยส่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ารับการอบรม เพื่อให้เป็นผู้นำในการทำกิจกรรมกลุ่มในหมู่บ้าน ให้มีหน้าที่วางแผนการทำกิจกรรม ประสานงานการทำกิจกรรมของหมู่บ้านทั้งหมด 2.3) จัดคู่มือให้กับผู้ป่วย โดยเลือกผู้ป่วยที่มีบ้านอยู่ใกล้กันเป็นคู่หูกัน ให้มีหน้าที่คอยดูแล กระตุ้นเตือน

การเข้ารับการรักษาดำเนินการ คอยสังเกตพฤติกรรมของคู่ตนเอง ถ้าหากมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องให้คอยกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง ตลอดจนเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่กรณีเจ้าหน้าที่สอบถามพฤติกรรมของคู่ตนเอง และดำเนินงานเพิ่มเติมในส่วนการให้บริการเชิงรุก คือ ในกิจกรรมกลุ่ม โดยปรับเปลี่ยนผู้นำในการทำกิจกรรมกลุ่มของหมู่บ้านจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมกลุ่มของหมู่บ้าน

ครั้งที่ 2 หลังจากนำรูปแบบที่ได้จากการปรับปรุงในครั้งที่ 1 ไปดำเนินการทดลองปฏิบัติต่อเป็นระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2557 โดยประเมินผลสัปดาห์แรกของเดือนธันวาคม 2557 สรุปการประเมินผลและการปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมครั้งที่ 2 คือ

1. ปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่ยังพบคือ

ผู้ป่วยบางส่วนยังมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากการติดตาม กระตุ้นเตือนของกลุ่มผู้ป่วย และหัวหน้ากลุ่มผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง

2. การปรับปรุงรูปแบบเพิ่มเติมไม่มีการ

ปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานเพิ่มเติมโดยใช้รูปแบบเดิมแต่ให้กลุ่มผู้ป่วย และหัวหน้ากลุ่มผู้ป่วย คอยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้เกิดความตระหนักรู้อย่างสม่ำเสมอ สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ที่ได้หลังจากการพัฒนา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยการ

1.1. ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความดัน

โลหิตสูงการเจาะเลือด การวัดความดันโลหิตแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีหน้าที่ตรวจเลือดและวัดความดันโลหิตผู้ป่วยในหมู่บ้าน

1.2 จัดทำแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม
ร่วมกับเครือข่าย แบ่งความรับผิดชอบผู้ป่วยแก่
อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลประจำตัวผู้ป่วย และ
มอบแผนงานให้เครือข่ายดำเนินงานตามแผน

1.3 กำหนดผู้ป่วยในหมู่บ้านรวมกันเป็น
กลุ่มผู้ป่วย โดยให้ 1 หมู่บ้านเป็น 1 กลุ่ม แล้วให้ผู้ป่วย
ในกลุ่มเลือกตั้งผู้ป่วยด้วยกันเป็นหัวหน้ากลุ่ม ให้มี
หน้าที่ประสานงานในการจัดเตรียมอุปกรณ์ สถานที่ใน
การให้บริการผู้ป่วย และจัดกิจกรรมต่างๆ ก่อน
เจ้าหน้าที่ไปให้บริการตลอดจนดูแลผู้ป่วยในหมู่บ้าน
ทั้งหมด

1.4 สร้างผู้นำในการทำกิจกรรมกลุ่มใน
หมู่บ้านโดยส่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เข้ารับการอบรม เพื่อให้เป็นผู้นำในการทำกิจกรรมกลุ่ม
ในหมู่บ้าน ให้มีหน้าที่วางแผนการทำกิจกรรม
ประสานงานการทำกิจกรรมของหมู่บ้านทั้งหมด

1.5. จัดคู่มือให้กับผู้ป่วย โดยเลือกผู้ป่วยที่มี
บ้านอยู่ใกล้กันเป็นคู่มือกัน ให้มีหน้าที่คอยดูแล กระตุ้น
เตือนการเข้ารับการรักษามาตามนัด คอยสังเกตพฤติกรรม
ของกลุ่มตนเอง ถ้าหากมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องให้คอย
กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง ตลอดจนเป็นผู้ให้
ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่กรณีเจ้าหน้าที่สอบถามพฤติกรรม
ของกลุ่มตนเอง

2. ให้บริการเชิงรุก โดยการออกให้บริการ
ผู้ป่วยในหมู่บ้านทุกวันพุธ จำนวน 7 หมู่บ้านโดย
เรียงลำดับกันไป มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

2.1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านโป่งไผ่ จัดเตรียมทะเบียนผู้ป่วยรับบริการ
รายหมู่ ศึกษาปัญหา วิธีการแก้ปัญหา และการดูแล
รักษาผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมจัดยาถอนลงพื้นที่ 1-2 วัน

2.2 ผู้นำชุมชนประกาศประชาสัมพันธ์ให้
ผู้ป่วยทราบก่อนวันเจ้าหน้าที่ออกให้บริการ 1 วัน

2.3 หัวหน้ากลุ่มผู้ป่วยแต่ละหมู่บ้านจัดเตรียม
อุปกรณ์และสถานที่สำหรับให้บริการผู้ป่วยและจัด
กิจกรรมให้พร้อมก่อนเจ้าหน้าที่ไปถึงจุดบริการ

2.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และ
วัดความดันโลหิตผู้ป่วยช่วงเช้าของวันที่ออกให้บริการ
ก่อนเจ้าหน้าที่ไปถึงสถานที่จัดให้บริการในหมู่บ้าน

2.5 เจ้าหน้าที่ไปถึงจุดบริการ ชักประวัติ จ่าย
ยาแก่ผู้ป่วย พร้อมให้ความรู้เป็นรายบุคคลในเรื่องการ
ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยให้ผู้ป่วยประเมินสภาพปัญหา
ตัวเองและจัดกลุ่มติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหรือความ
ดันโลหิต เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการเจ็บป่วยของ
ตนเอง

2.6 ทำกิจกรรมกลุ่ม โดยการสนทนากลุ่ม
(Focus Group Discussion) เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยน
แนวคิด การปฏิบัติตัวซึ่งกันและกันพร้อมเสริมพลัง
อำนาจให้กับผู้ป่วย และออกกำลังใจร่วมกัน โดยผู้นำ
ในการทำกิจกรรมกลุ่มของหมู่บ้าน

**ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูง**

ประสิทธิผลของการดำเนินงานตามรูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ส่งผลทำให้อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงลดลงจากร้อยละ 35.50 เป็นร้อย
ละ 0.59 รายละเอียดตามตารางที่ 1 และผู้ป่วยที่ติดบ้าน
ติดเตียง รวมทั้งผู้ป่วยที่ญาติไม่สามารถพาเข้ารับบริการ
ที่สถานบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ดัง
คำพูดของผู้ป่วยที่ว่า “แต่ก่อนยายไปไม่ได้ ลูกหลานไม่
มีรถพาไป พอหมอเข้ามาในหมู่บ้าน หมอมาเยี่ยมถึงบ้าน
ยายเลยได้รับยาตลอด..” และอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านที่ว่า “...แต่ก่อนคนป่วยที่ถูกหลานพาไป
ไม่ได้ก็จะขาดนัดเรื่อย ๆ ถ้าลูกหลานว่างก็จะได้ไป แต่

พอหมอเข้ามาในหมู่บ้าน หมอก็เข้าไปดูที่บ้านเลย บางคนที่เดินมาเองก็ไม่ขาดนัด..”ผู้รับบริการในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลงจาก 80-120 คนต่อวัน ค่าเฉลี่ย 100 คนต่อวัน เป็น 14-45 คนต่อวัน ค่าเฉลี่ย 30 คนต่อวัน ทำให้ความแออัดของการบริการลดลงและใช้เวลาในการให้บริการลดจาก 8 ชั่วโมงต่อ

ครั้งเป็น 4 ชั่วโมงต่อครั้ง ขบวนการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยครอบคลุมดำเนินการได้ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ผลปรากฏดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดและมาตามนัดก่อนและหลังดำเนินการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโป่งไฟ

รายการ	ก่อนดำเนินการ(n = 169)		หลังดำเนินการ(n = 169)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยมาตามนัด(คน)	109	64.5	168	99.4
ผู้ป่วยขาดนัด(คน)	60	35.5	1	0.6

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย พบว่าดีขึ้น มีการควบคุมอาหารเพิ่มขึ้น คือ มีการควบคุมการรับประทานข้าวจากรับประทานโดยไม่จำกัดปริมาณเป็นประจำ รับประทานขนมหวาน ผลไม้ที่มีรสหวานเป็นประจำ รับประทานอาหารรสเค็มจัดเป็นประจำ ดื่มน้ำหวาน และชา กาแฟที่ใส่น้ำตาลเป็นประจำ รับประทานอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบเป็นประจำลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการมีกลุ่มคอยสังเกตกระตุ้นเตือนและมีความรู้ความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำผู้ป่วยมีการออกกำลังกายมีเพิ่มมากขึ้นทั้งจากการออกกำลังกายร่วมกันและนำรูปแบบจากการออกกำลังกายร่วมกันไปปฏิบัติต่อที่บ้าน มีการออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.34 เป็นร้อยละ 58.33 ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายความเครียดจากการออกกำลังกายร่วมกัน และมีการผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิไหว้พระสวดมนต์ทำงานอดิเรกที่ชอบหรือวาง

เลขตามหลักธรรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.05 เป็นร้อยละ 55.36 และรับประทานยาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.81 เป็นร้อยละ 97.62

ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ปกติ คือระดับ 70-130 mg/dl เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.56 เป็นร้อยละ 57.81 ระดับที่สูงกว่าปกติ คือ ระดับ 131-154 mg/dl ลดลงจากร้อยละ 34.38 เป็นร้อยละ 31.25 ระดับ 155-182 mg/dl ลดลงจากร้อยละ 31.25 เป็นร้อยละ 10.94 และไม่มีในระดับ 183 mg/dl ขึ้นไป และมีน้ำตาลสะสมในเลือดระดับตั้งแต่ 10.1 ขึ้นไปลดลงจากร้อยละ 46.88 เป็นร้อยละ 9.37 ระดับ 9.1-10 ลดลงจากร้อยละ 23.44 เป็นร้อยละ 12.50 ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.56 เป็นร้อยละ 10.94 ระดับ 7.1-8 และ 8.1-9 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.81 ,20.31 เป็นร้อยละ 18.75 และ 48.44 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.

รายการ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) (mg/dl)				
70 – 130	17	26.56	37	57.81
131 – 154	22	34.38	20	31.25
155 – 182	20	31.25	7	10.94
183 ขึ้นไป	5	7.81	0	0
รวม	64	100	64	100
2. ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) (%)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7	1	1.56	7	10.94
7.1 – 8	5	7.81	12	18.75
8.1 – 9	13	20.31	31	48.44
9.1 – 10	15	23.44	8	12.50
10.1 ขึ้นไป	30	46.88	6	9.37
รวม	64	100	64	100

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ปกติ คือน้อยกว่า 140/90mmHg และมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110mmHg ลดลงจากร้อยละ 69.50 เป็นร้อยละ 89.36 ในระดับที่สูงกว่าปกติ คือ 140–159/90–99 mmHg ลดลงจากร้อยละ 23.40 เป็นร้อยละ 10.64 ในระดับ 160–179/100–109 และมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110mmHg ลดลงจากร้อยละ 4.97 และ 2.13 เป็นร้อยละ 0 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ระดับความดันโลหิต (mmHg)	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 140/90	98	69.50	126	89.36
140 – 159 / 90 – 99	33	23.40	15	10.64
160 – 179 / 100 – 109	7	4.97	0	0
มากกว่าหรือเท่ากับ 180/110	3	2.13	0	0
รวม	141	100	141	100

ผู้ป่วยให้คะแนนความพึงพอใจรวมทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 94.46 ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 73.80 ความพึงพอใจเป็นรายข้อในหัวข้อประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมระดับมากที่สุด ร้อยละ 100 ความสามารถนำความรู้หรือประโยชน์ที่ได้รับไปปรับใช้ได้ระดับมากที่สุด ร้อยละ 96.43 การประชาสัมพันธ์กิจกรรมระดับมากที่สุด ร้อยละ 69.64 สถานที่จัดให้บริการหรือกิจกรรมระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.64 รูปแบบการจัดกิจกรรมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับมากที่สุด ร้อยละ 95.83 ความเหมาะสมของการจัดกิจกรรมระดับมากที่สุด ร้อยละ 97.62 และความพึงพอใจในภาพรวมทั้งหมดระดับมากที่สุด ร้อยละ 100

วิจารณ์

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนมีหลายลักษณะ คือ ร่วมทำการศึกษา ค้นคว้า ปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบ รวมทั้งวิธีการพัฒนาร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลร่วมปฏิบัติตามนโยบายแผนงานโครงการและกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายและร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ให้ได้ประโยชน์ได้ตลอดไป⁽⁷⁾ ในการดำเนินงานพัฒนางานสามารถประยุกต์แนวทางดังกล่าวมาใช้ดำเนินงานหลายแนวทาง สำหรับขบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ได้ประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับดำเนินการพัฒนารูปแบบ คือ ร่วมค้นหาปัญหา

และสาเหตุของปัญหา ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วย ร่วมวางแผนการทำการกิจกรรม ร่วมปฏิบัติตามแผน ร่วมปรับปรุงรูปแบบให้มีประสิทธิผล และร่วมประเมินผลโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอนผู้ที่มีส่วนร่วมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วย และผู้นำชุมชน เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีความสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครนายกของนันทพร บุษราคัมวดี และชวมาลย์⁽⁸⁾ ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา คือ เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่มีความแตกต่างจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลชัยภูมิ ของวงเดือนและคณะ⁽⁵⁾ ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาเป็นทีมสหวิชาชีพเพียงอย่างเดียว

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่เป็นการดำเนินงานที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเป็นส่วนใหญ่ โดยมีส่วนร่วมในหลายลักษณะทั้งเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ คิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและวางแผนดำเนินงาน ทดลองปฏิบัติตามรูปแบบ และในการประเมินผลเพื่อปรับปรุงรูปแบบโดยเฉพาะในการปฏิบัติตามรูปแบบผู้ป่วยจะเป็นผู้เข้ามาดำเนินการในขบวนการดำเนินงานเกือบทั้งหมด คือ เป็นหัวหน้ากลุ่มผู้ป่วยในแต่ละหมู่บ้าน มีหน้าที่จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมในหมู่บ้านและดูแลผู้ป่วยในหมู่บ้าน เป็นคู่หูผู้ป่วย มีหน้าที่สังเกตพฤติกรรมสุขภาพและคอยเตือนคู่ตัวเองในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ดักเตือนให้เข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องเป็นที่ปรึกษาแก่คู่ตนเอง และเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่

เจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยมีความเป็นเจ้าของกิจกรรม ซึ่งจะส่งผลทำให้การดำเนินงานมีความยั่งยืนและต่อเนื่อง นอกจากนี้รูปแบบดังกล่าวเป็นการดำเนินงานเชิงรุก ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางเข้ารับบริการในสถานบริการได้ ทำให้ได้ความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านมากขึ้น เพราะทำให้เจ้าหน้าที่มีโอกาสเข้าไปดูแลผู้ป่วยถึงที่บ้านมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวประหยัดค่าใช้จ่ายของครอบครัว เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยา

การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาในเรื่องการขาดนัด ขาดการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ความแออัดของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไฟได้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น ขบวนการให้สุขศึกษามีความครอบคลุมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เนื่องจากการให้รายกลุ่มนั้นไม่สามารถดำเนินการได้ในคลินิกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมหวัง ช่อนงามและคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผล HbA1C มากกว่า 7 อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลกพบว่าไม่มีการให้สุขศึกษารายกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีน้อย ผู้ป่วยมาก แนวทางการให้สุขศึกษาเป็นรายกลุ่มต้องแยกไปดำเนินการคนละวันกับวันมีคลินิก นอกจากนี้ยังทำให้ระยะเวลาในการ

ให้บริการลดจาก 8 ชั่วโมงเป็น 4 ชั่วโมงต่อครั้ง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีน้ำตาลสะสมระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.56 เป็นร้อยละ 10.94 และคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการคิดเป็นร้อยละ 94.46 มีความพึงพอใจที่ระดับมากที่สุด ร้อยละ 73.80 สอดคล้องกับการศึกษาของวงเดือน ภาษา และคณะ⁽⁵⁾ ซึ่งศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่าสามารถลดระยะเวลารอคอยจากเดิมเฉลี่ย 5 ชั่วโมง เป็น 1.27 ชั่วโมง ความพึงพอใจของผู้ให้บริการก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพารัตน์ กงนาวัง และ จุฬารัตน์ โสตะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งได้ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนพบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้ มีการปฏิบัติตัว ได้รับการสนับสนุน และ มีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลเลือดผู้ป่วย ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานทำให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไฟ เมื่อดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ส่งผลทำให้การแก้ปัญหาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไฟประสบผลสำเร็จ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวช่วยให้เกิดระบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ให้บริการเกิดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเกิด

เครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และขบวนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขประสบผลสำเร็จ เนื่องจากจะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความเป็นเจ้าของในการดำเนินงาน ได้รับผลประโยชน์ร่วมกันนอกจากนี้การดำเนินงานในลักษณะการสร้างเครือข่ายในชุมชนและดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเป็นอีกแนวทางหนึ่งสำหรับสถานบริการสาธารณสุขที่มีอัตราค่าส่งไม่เพียงพอ โดยเป็นการนำทรัพยากรในชุมชน คือ ทรัพยากรบุคคลเข้ามาร่วมดำเนินงานทำให้ใช้อัตรากำลังเจ้าหน้าที่สำหรับดำเนินงานลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยนี้ไม่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสม(HbA1C)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.ศิริลักษณ์ โกวิทยานนท์ ดร.อรรถชัย เจริญ และ ดร.สุทัศน์ สิทธิศักดิ์ ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมเก็บข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเนินมะปรางนำโดยคุณ

ให้น้อยกว่า 7 ดังนั้นถ้าหากจะประยุกต์แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไฟไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้น้อยกว่า 7 เพิ่มขึ้น ควรมีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1C) และอันตรายจากภาวะมีน้ำตาลสะสมในเลือดสูงกว่ากำหนดทุกเดือน ๆ ละ 1 ครั้ง

2. ปัจจุบันช่องทางในการสื่อสารมีมากขึ้น เช่น โทรศัพท์ไลน์เฟสบุ๊ค เป็นต้น และเข้าถึงทุกหมู่บ้าน ถ้าหากปรับปรุงการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไฟควรเพิ่มเติมกิจกรรมการสื่อสารระหว่างเครือข่ายดูแลผู้ป่วยในชุมชนกับสถานบริการโดยใช้ระบบการสื่อสารในช่องทางดังกล่าว

สมหวัง ช่อนงาม ที่ได้ช่วยในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไฟทุกท่านที่เป็นทีมงานร่วมกันตลอดการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2554). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.2554.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2554.

3. สมนึก ปัญญาสิงห์. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. ภาควิชาพัฒนาสังคม, คณะวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2542
4. ชูชาติ พ่วงสมจิตร. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงเรียนประถมศึกษาในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2540

5. วงเดือน ภาษา และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลชัยภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 1
นนทบุรี : สำนักงานกิจการกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2553
6. สมใจวินิจกุลและนิตยาสุขชัยสงค์. ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารเกื้อการุณย์ปีที่ 20ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2556;84-97. 2554.
7. ชิต นิลพานิช และกุลชน ธนาพงศธร.การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ชนบท. เอกสารการสอนชุดวิชาความรู้ทั่วไปสำหรับการพัฒนาระดับตำบล หมู่บ้าน หน่วยที่ 8.พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.2532 .
8. นันทพร บุษราคัมวดี , ยวมาลย์ ศรีปัญญาดีศักดิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครนายก. วารสารการพยาบาลและการศึกษาปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม–สิงหาคม 2555; 114-130. 2554.
9. สมหวัง ช้อนงาม และคณะ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มี HbA1C มากกว่า 7 อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก . รายงานการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก. 2555.
10. ทิพารัตน์ คงนาวัง และจุฬารัตน์โสตะ.ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2โดยมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2554.

6 โรคฮิตมนุษย์ออฟฟิศ

พฤติกรรมก่อโรค



เครียด



ทำงานนานเกินไป



กินไม่ตรงเวลา



ไม่ออกกำลังกาย



ต้อหิน/ต้อกระจก
มองไม่ชัด ไม่สู้แสง
อาจทำให้ตาบอด

ไมเกรน
นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย
เสียสมรรถภาพในการทำงาน

นิ้วล็อก
กระดกนิ้วไม่ได้
นิ้ว รู้สึกเจ็บ
กล้ามเนื้ออักเสบ

ปวดหลังเรื้อรัง
ปวดหลัง ไหล่ ต้นคอ
อาจทำให้เป็นอัมพาตได้

โรคอ้วน
เสี่ยงเกิดโรคหัวใจ
ความดันโลหิตสูง
เบาหวาน ฯลฯ

กรดไหลย้อน
สาเหตุก่อมะเร็งกระเพาะ
และมะเร็งหลอดอาหาร

เคล็ดลับไกลโรค



พักผ่อนสายตา



นั่งให้ถูกท่า



อาหารครบ 5 หมู่



พักผ่อนเมื่อเครียด

“อย่ามัวแต่ทำงานท่วมหัว จนเอาตัวไม่รอด”

Source: www.thaihealth.or.th/

Infographic Move

Infographic Move

Infographic MOVE

**ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว**

Effects of behavioral prevention and control of dengue fever in family health volunteer leaders

สุเทพ กระต่ายน้อย วท.บ.

Suthep Kratainoi B.Sc.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าชัย

Thachai Primary Health Care Center

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และดัชนีความชุกของน้ำยุงลายของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 1 บ้านปากกล้วย ตำบลท่าชัย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย 78 คนใช้เครื่องมือ ในการศึกษาได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ จัดการเรียนรู้ 3 กิจกรรม คือ 1)บรรยายให้ความรู้ 2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก 3)ทำนวัตกรรมโดยการให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีส่วนร่วม มีการให้แรงสนับสนุนกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยการออกเยี่ยมบ้านตรวจลูกน้ำยุงลาย โดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) แต่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ : โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
ผู้นำสุขภาพประจำครอบครัว

Effects of behavioral prevention and control of dengue fever in family health volunteer leaders

Suthep Kratainoi B.Sc.

Thachai Primary Health Care Center

Abstract

This research was a quasi-experimental research aimed to study effectiveness of behavior modification to knowledge, health believe about behavioral prevention and control of dengue fever and prevalence of mosquito larva index among key performances of health volunteers in family. The participants were recruited from 78 samples and randomized by simple random sampling in Moo 1 BanPakuay Tambol Tachai, Srisachanalai Distric, Sukhothai Province. Samples were divided to experimental and control group. Data were collected by effectiveness of behavior modification to knowledge, health believe about behavioral prevention and control of dengue fever and the prevalence of mosquito larva index, including of three activities 1) Lecture of dengue.fever. ; 2) Group discussion from former dengue patients ;3) Innovation about dengue fever by principal investigator and leader of health volunteers' home visit regarding mosquito larva as well as health education for prevention and control of dengue fever. Analysis was utilized by mean, percentage, standard deviation, pair t and independent samples T-test.

The result showed that mean score of knowledge, perceived of health risk behaviors, perceived severity of illness and perceived barriers to prevention of dengue in the control group are better than the compare group significantly ($p < 0.001$); whereas there is no significant differ in mean score of perceived benefits of dengue prevention. The prevalence of of mosquito larva index in control group is lower than compare group significantly ($p < 0.001$).

Key words: Behavioral Modification Program, Behavioral prevention and control of dengue fever, family health volunteer leader

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นที่มีความรุนแรง เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี มี 4 สายพันธุ์ การติดเชื้อชนิดนี้สายพันธุ์หนึ่งจะทำให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อสายพันธุ์นั้นตลอดไป และจะสามารถป้องกันข้ามไปยังสายพันธุ์อื่นได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น โรคนี้ยังไม่มีวัคซีนป้องกันและไม่มียารักษาโดยเฉพาะ จึงทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตทุกปี⁽¹⁾ ในประเทศไทยโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขมานานกว่า 50 ปี โดยการระบาดเป็นวงกว้างยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอนาคตมีแนวโน้มว่าน่าจะทวีความรุนแรงมากขึ้นตามลำดับเนื่องจากมีหลายปัจจัยสนับสนุนทั้งกรณีพื้นที่เขตเมืองเพิ่มขึ้นซึ่งแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายพาหะของโรคก็จะมากขึ้นตามประชากรทั้งในและระหว่างประเทศมีการเคลื่อนย้ายสูง ภาวะโลกร้อนที่ส่งผลให้ยุงพาหะและตัวเชื้อโรคมีการเจริญเติบโตเร็วขึ้น⁽²⁾ องค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคไข้เลือดออกเป็น 1 ใน 40 โรคที่หวนกลับมาแพร่ระบาดใหม่ กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขในกว่า 100 ประเทศ

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี 2556 จากรายงาน 506 ของสำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคแจ้งว่า ณ วันที่ 22 ตุลาคม 2556 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมรวม 136,058 รายคิดเป็นอัตราป่วย 211.71 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากปี 2555 ณ ช่วงเวลาเดียวกันร้อยละ 154.1 (2.5 เท่า) กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 15 – 24 ปี (ร้อยละ 29.20) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มนักเรียน (ร้อยละ 49.43) จำนวนผู้ป่วยตาย 126 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยตายสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 15 – 24 (ร้อยละ 26.19) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มนักเรียน (ร้อยละ 47.62)⁽³⁾

จังหวัดสุโขทัยพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในปี 2556 จำนวน คน 679 ราย เสียชีวิต 2 ราย อัตราป่วยร้อยละ

112.88 อัตราตายร้อยละ 0.3 และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.29 พื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำชัยซึ่งมีพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 13 หมู่บ้าน มีโรคไข้เลือดออกระบาดอย่างต่อเนื่องทุกปี ปีละ 45 – 60 ราย มาในปี 2546 มีการณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงปล่อยปลาหางนกยูงและใส่ทรายอะเบท ตามช่วงฤดูที่มีการระบาดทำให้อัตราการเกิดโรคลดลงเหลือปีละ 8 – 10 ราย และเกิดมากในพื้นที่หมู่ที่ 1 ตำบลทำชัยตั้งแต่ปี 2554 – 2556 คิดเป็น ร้อยละ 40, ร้อยละ 58 และร้อยละ 65 ของพื้นที่ที่รับผิดชอบทั้งหมดทั้งๆที่ได้รับการควบคุมและ ป้องกันโรคไข้เลือดออกทุกกิจกรรมเหมือนกับหมู่บ้านอื่นๆ แต่ละหมู่บ้านจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขและ เครือข่ายสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยกันดูแลสุขภาพและ สิ่งแวดล้อมของชุมชนของทุกชุมชนอยู่แล้ว เพื่อเป็นแกนนำประชาชนในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพในพื้นที่ ในการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยหลักที่จะส่งเสริมให้ปัจจัยการเกิดโรคลดลง แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายลดลงเพราะโรคไข้เลือดออกทำให้เสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องยิ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่อย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจึงควรที่จะต้องศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่เพื่อหาแนวทางแก้ไขไม่ให้โรคไข้เลือดออกได้เกิดการระบาดในพื้นที่รับผิดชอบและพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อควบคุมการเกิดและการระบาดของโรคได้ทันเวลาและไม่เกิดการสูญเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม
2. ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีวัดความซุกของลูกน้ำยุงลาย ต่ำกว่าก่อนการจัดโปรแกรม
4. ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีความซุกของลูกน้ำยุงลายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในหมู่ที่ 1 ต.ท่าชัย อ.ศรีสัชนาลัย จ.สุโขทัย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางของยามาเน่ (Yamane)⁽⁴⁾ มีค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จำนวน 78 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 39

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชนิดคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ได้แก่โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ(Health Belief Model) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ซึ่งประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกัน

โรค พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ที่เคยป่วย

กิจกรรมที่ 2 การทำนวัตกรรมการให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีส่วนร่วม ปูนแดงผสมน้ำจิง ซึ่งมีการบรรยาย และสาธิตการทำนวัตกรรมการ

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการประกวดบ้านสะอาดปลอดลูกน้ำยุงลาย โดยมีเกณฑ์ดังนี้ ไม่พบลูกน้ำยุงลายตลอดระยะเวลาในการดำเนินงานทั้งหมดจำนวน 3 สัปดาห์ โดยทุกวันศุกร์ของสัปดาห์จะมีการให้แรงสนับสนุนกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยการออกเยี่ยมบ้านตรวจลูกน้ำยุงลาย จำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1-3 โดยผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร และการให้คำชี้แจง ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

การตรวจหาคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามฉบับร่างปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อให้มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษานำมาทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในหมู่ 2 ตำบล ท่าชัย อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 ชุด นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามในเรื่องของความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.832 ส่วนแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้

ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.802, 0.746, 0.769 และ 0.839 ตามลำดับ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยนี้ใช้เวลา 3 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน 2557 ถึงวันที่ 28 มิถุนายน 2557

ก่อนการทดลอง

1. เก็บข้อมูลและทำ pretest ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน
2. สำรวจหาดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย (HI) ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
3. นัดหมายแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการเข้าร่วมโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 1

วันที่ 9 มิถุนายน 2557 จัดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 บรรยายให้ความรู้

- บรรยายประกอบสื่อการสอน โดยมีเนื้อหา ด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรค และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พร้อมแจกคู่มือประกอบการบรรยาย

- เชิญผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก มาเล่าถึงประสบการณ์ที่เคยเป็น

- ให้ผู้เข้าร่วมโครงการซักถามข้อสงสัยและ ผู้ศึกษานัดหมายในการมาร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

วันที่ 10 มิถุนายน 2557 จัดกิจกรรมการทำ นวัตกรรมปูนแดงผสมน้ำจิง กิจกรรมที่ 2 และจัดการ ประกวดบ้านสะอาดปลอดลูกน้ำยุงลาย กิจกรรมที่ 3 ใน กลุ่มทดลองดังนี้

กิจกรรมที่ 2 นวัตกรรมปูนแดงผสมน้ำจิง

- บรรยาย และสาธิตการทำนวัตกรรมปูนแดงผสมน้ำจิง สาธิตการทำนวัตกรรมขวดดักยุงลายตัวเต็มวัย และบีบดักยุงลายตัวเต็มวัยเพื่อเป็นแนวทางการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

- ดำเนินการทำนวัตกรรมปูนแดงผสมน้ำจิง เพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ร่วมกับแกนนำ ครอบครัว พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมโครงการซักถามข้อ สงสัยและแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมที่ 3 ประกวดบ้านสะอาดปลอดลูกน้ำ

- ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการจัดประกวดบ้าน สะอาดปลอดลูกน้ำยุงลายและเกณฑ์การประกวด

- เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมซักถามข้อสงสัยและ แสดงความคิดเห็น

วันที่ 14 มิถุนายน 2557

- ผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านออกเยี่ยมบ้านตรวจลูกน้ำยุงลาย และสนับสนุน ทางสังคมแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่ม ทดลอง ครั้งที่ 1 ด้วยการให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

สัปดาห์ที่ 2-3 ทุกวันศุกร์

- ผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านออกเยี่ยมบ้านตรวจลูกน้ำยุงลาย และให้แรง สนับสนุนทางสังคมแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2 และ 3 ตามลำดับแกนนำ สุขภาพประจำครอบครัว ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลาย

หลังการทดลอง

1. เก็บข้อมูลและทำ post –test ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน

2. สำรวจดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย (HI) หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
ขั้นตอนหลังการดำเนินงาน

1. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข่เลือดออก และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ก่อนและหลังการจัดโปรแกรม

2. นำเสนอผลการวิจัย หลังการจัดโปรแกรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าชัย ผู้นำชุมชน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มทดลอง ที่เข้าร่วมการวิจัยทราบ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใส่โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ กำหนดค่าความ

เชื่อมั่นในการทดสอบสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกวิเคราะห์ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test เรื่องความรู้เรื่องโรค ไข่เลือดออก ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค ไข่เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข่เลือดออก และค่าเฉลี่ยดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลองด้วยสถิติ independent t-test เรื่องความรู้เรื่องโรค ไข่เลือดออก ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรค ไข่เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข่เลือดออก และค่าเฉลี่ยดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มทดลอง(39 คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ(39 คน)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ					
-	ชาย	7	17.9	11	28.2
-	หญิง	32	82.1	28	71.8
อายุ					
-	อายุ 20 – 34 ปี	7	17.9	15	38.5
-	อายุ 35 – 49 ปี	18	46.2	11	28.2
-	อายุ 50 – 64 ปี	11	28.2	8	20.5
-	อายุ 65 ปีขึ้นไป	3	7.7	5	12.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(39 คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ(39 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด				
- ประถมศึกษา	24	61.6	24	61.6
- มัธยมศึกษาตอนต้น	5	12.8	7	17.9
- มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	7	17.9	5	12.8
- ปริญญาตรี	3	7.7	3	7.7
การประกอบอาชีพ				
- เกษตรกร	19	48.7	7	17.9
- รับจ้างทั่วไป	11	28.2	18	46.2
- ค้าขาย	7	17.94	7	17.9
- บริษัทเอกชน	2	5.1	7	17.9
รายได้				
- 1,000 – 5,000	19	48.7	10	25.6
- 5,001 – 10,000	12	30.8	16	41.0
- 10,001 – 15,000	4	10.3	8	20.5
- 15,001 - 20,000	2	5.1	4	10.3
- 20,000 ขึ้นไป	2	5.1	1	2.6
ประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรมโรคไข้เลือดออก				
- เคยเข้าร่วมกิจกรรม	34	87.2	32	82.1
- ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	5	12.8	7	17.9

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.1 และ กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.8 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.2 รองลงมาคือ อายุ ระหว่าง 50-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.2 ที่พบน้อยที่สุดคืออายุ 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.7 .ในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.5 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 35-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.2 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.6 รองลงมาคือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช คิดเป็นร้อยละ 17.9 และในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.6 รองลงมาคือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 17.9 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 48.7 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 28.2 และในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่

ใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 46.2 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 17.9 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงกลุ่ม 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 48.7 รองลงมาอยู่ในช่วงกลุ่ม 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.8 และในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงกลุ่ม 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 41.0 รองลงมาอยู่ในช่วงกลุ่ม 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.6 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมาก ใน 1 ปีที่ผ่านมาเคยเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ใกล้เคียงกัน

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก

ก่อนการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=0.119$) ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการจัดโปรแกรมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=0.600$) ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P\text{-value}<0.001$)

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก

ก่อนการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=0.388$) ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=0.160$) ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$)

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

ก่อนการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=0.710$) ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคก่อนและหลังการจัดโปรแกรมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=0.057$) ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P\text{-value}<0.001$)

5. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก

ก่อนการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=0.641$) ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.05$) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมไม่

แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=1.000$) ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน ($P\text{-value}=0.081$)

6. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก

ก่อนการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=0.606$) ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.01$) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=1.250$) ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.01$)

7. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ก่อนการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=0.606$) ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.01$) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=1.250$) ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและ

ควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.01$)

8. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย

ก่อนการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=0.795$) ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ต่ำกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ก่อนและหลังการจัดโปรแกรมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value}=1.000$) ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$)

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้รุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคในการ

ปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001, 0.001, 0.001, 0.05, 0.01 และ 0.01 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัชมล ศิริโชติ⁽⁵⁾ ซึ่งพบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้นำชุมชน ต่อความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชน ต.ป่าเลอ อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ พบว่า ภายหลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ปัญหาและ อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก และการปฏิบัติตนในการการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกัน โรค ไข้เลือดออก และพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าภายหลังการ จัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรค ไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกัน โรคไข้เลือดออก และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001, 0.001, 0.001, 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ยกเว้นการรับรู้ ประโยชน์ในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก โดย

ภายหลังการจัด โปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการ ปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกัน และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บัณฑิตฐ์ สร้อยจักร⁽⁶⁾ ซึ่งพบว่า การการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไข้เลือดออกการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมป้องกัน โรค ไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า การปฏิบัติตนในการการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 3 ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีวัดความซุกของลูกน้ำยุงลาย ต่ำ กว่าก่อนการจัดโปรแกรมพบว่ ภายหลังการจัด โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีวัดความ ซุกของลูกน้ำยุงลาย ต่ำกว่าก่อนการจัดโปรแกรม อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัชมล ศิริโชติ⁽⁵⁾ ซึ่งพบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบ แผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุน ทางสังคม โดยผู้นำชุมชน ต่อความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชน ต.ป่าเลอ อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ พบว่า ภายหลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีความซุกของลูกน้ำ ยุงลายที่บ้าน ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

สมมติฐานข้อที่ 4 ภายหลังการจัดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีความซุกของลูกน้ำยุงลายต่ำกว่า กลุ่มเปรียบเทียบพบว่ ภายหลังการจัดโปรแกรมกลุ่ม ทดลองมีค่าดัชนีวัดความซุกของลูกน้ำยุงลาย ต่ำกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พุนสุข ช่วยทองและคณะ⁽⁷⁾ เรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุม โรค ไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุม โรค ไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีการร่วมปฏิบัติกิจกรรมป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับดีมากที่สุด รองลงมาการทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ ยุงลายและการร่วมวางแผนเพื่อหาแนวทางป้องกันและ แก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของ ประชาชนในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1. การให้คำแนะนำหรือการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ควรมีอย่างต่อเนื่องทั้งจาก บุคลากรทางสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำในชุมชน และคนในครอบครัวเพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
2. จากผลการศึกษาในกลุ่มทดลองพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค และค่าดัชนีวัดความชุกของ ลูกน้ำยุงลาย ดีวก่อนการทดลอง และดีวกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ ควรมีการจัดกิจกรรมอบรมและกิจกรรม ต่างๆ ตามแนวทางนี้ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
3. ระยะเวลาการประเมินผลของพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคในครั้งนี้ มีการประเมินผล ภายหลังจากการจัดโปรแกรมเพียงแค่ 1 สัปดาห์ จึงทำ

ให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีพฤติกรรม การ ป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับสูง ดังนั้นควรมีการ ประเมินผลภายหลังการจัดโปรแกรมให้นานมากขึ้น (อย่างน้อย 3 สัปดาห์) เพื่อประเมินว่าแกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัวยังคงมีพฤติกรรม การป้องกันและ ควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องหรือไม่

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ผู้วิจัยในครั้งต่อไปควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกไปใช้ให้ครอบคลุมประชาชนในชุมชนที่ ศึกษา เพื่อให้ทุกหลังคาเรือนได้มีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. ผู้วิจัยในครั้งต่อไปควรนำรูปแบบการวิจัย การโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งนี้ ไป ประยุกต์ใช้ในการกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน ป้องกันโรคอื่นๆ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ เช่น โรคอุจจาระร่วง หรือนำไปประกอบการพิจารณาในการ ดำเนินกิจกรรมในชุมชนต่อไป
3. ผู้วิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการกำหนดการจัด กิจกรรมและประเมินผลหลังกิจกรรม ให้นานขึ้น เพื่อ ประเมินว่าหากระยะเวลาผ่านไปนานขึ้น แกนนำ สุขภาพประจำครอบครัวยังคงมีพฤติกรรม การป้องกัน และควบคุมโรคหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- 1.วิชัย เทียนถาวร.(2556). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก.สืบค้นเมื่อ 24 กุมภาพันธ์ 2556,
www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid
- 2.นิพนธ์ ชินานนท์เวช.(2556).รายงานสถิติโรคไข้เลือดออก.สืบค้นเมื่อ 24 กุมภาพันธ์ 2556,
http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/14/8/08-0032_article
3. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค (2556).รายงานสถานการณ์โรคติดต่อโดยแมลง.
สืบค้นเมื่อ 8 เมษายน 2556, www.thaivbd.org/
- 4.บุญใจ ศรีสถิตนรากุล(2553).ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์(พิมพ์ครั้งที่ 5).กรุงเทพฯ:ยูเอนด์ไอ
เอนเตอร์ มีเดีย.
- 5.รัศมน ศรีโชค.(2551).ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้
การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลป่าเลา
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์.
[วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคเหนือ. ปีที่ 20 ฉบับพิเศษ 4 \(เม.ย. 2551 \) หน้า 50-54. /](#)
- 6.บัณฑิตฐ์ สร้อยจักร.(2547). การพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก
ในอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอคาเชื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร.วารสารวิจัยและพัฒนา
ระบบสุขภาพ.สืบค้น เมษายน 2557, www.mahalib.mus.ac.th/web/dubinfo
- 7.พูนสุข ช่วยทอง, บรรเทิง สุพรรณ, และเปรมวดี คฤหเดช (2556).การมีส่วนร่วมของประชาชนในการ
ป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารเกื้อการุณย์ ปีที่ 20 ฉบับที่ 2
กรกฎาคม-ธันวาคม 2556

การวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นและแนวทางป้องกันที่เหมาะสม

Analysis of complication in Teenage pregnancy and guideline for appropriate preventing

นริสา เจนรุ่งโรจน์สกุล พบ.
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Narisa Jenrungrojsakul MD.
Uttaradit Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์และเพื่อค้นหาแนวทางป้องกันที่เหมาะสม **วิธีการศึกษา** โดยทำการศึกษากับประชากรที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุระหว่าง 11-19 ปีและมารับบริการที่แผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ในช่วงเวลาเดือนกุมภาพันธ์ 2558 – มีนาคม 2558 คำนวณขนาดตัวอย่างเป็น 154 คนเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประเมินผลการตรวจรักษาโดยแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ Binary logistic Regression

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ด้านภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 36.07 ความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์กับกลุ่มอายุในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ทารกน้ำหนักแรกคลอดต่ำ และคลอดก่อนกำหนด ค่า p-value เท่ากับ 0.009 , 0.026 และ 0.031 ตามลำดับ และแนวทางการป้องกันที่เหมาะสมในการลดภาวะแทรกซ้อนได้แนวทาง 8 แนวทางโดยแนวทางการป้องกันรักษาภาวะโลหิตจางมีค่าเฉลี่ยความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด สรุปได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลเยียวยาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมและควรได้รับการรักษาที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, ภาวะแทรกซ้อน, วัยรุ่น

Analysis of complication in Teenage pregnancy and guideline for appropriate preventing

Narisa Janrungrojsakul MD.

Uttaradit Hospital

Abstract

The purpose of this applied research was to describe the complication in Teenage pregnancy and propose guideline for the appropriate preventing strategy at Uttaradit hospital and to identify the appropriate complications preventing during pregnancy. A probability sample of 154 participants that is pregnant teenagers aged 11-19 years and was recruited from the Department of Obstetrics and Gynecology of Uttaradit Hospital during the period February 2558 - March 2558 calculated sample size by using participants. Data were collected by using questionnaire, . History of treatment by a physician and synthesis guideline to support appropriate treatment to reduce complications with Delphi (delphi technique). Data were analyzed by percentage and binary logistic Regression.

According to the result from the analyze of demographic data and history of all participants were individually interviewed by the principal investigator in a private area with in the department of obstetrics and Gynecology. The result showed that the physical problems are the complications of anemia 36.07 percent , The relationship between the occurrence of complications from premature teenage pregnancy and group of age include anemia, low birth weight infants and preterm labor and P-value were .009 ,.026 .031 respectively. The guidelines for the appropriate treatment to reduce complications approach guided by 8 Guidelines and the Treatment of anemia was the highest mean score with an average in the most appropriate. Conclusion ; Teenage pregnancy should be cared for healing the mental, physical and social aspect and should receive appropriate treatment to reduce complications.

Keywords : Teenage pregnancy , Complications , Teenage

บทนำ

ช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตคือช่วงที่เป็นวัยรุ่น ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงสภาพจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ต้องปรับตัวยอมรับกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป บ่งบอกเพศชัดเจนขึ้น อารมณ์อ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย สับสนในบทบาทตัวเองระหว่างการเป็นเด็กและการเป็นผู้ใหญ่ จึงมักมีปัญหาเกี่ยวกับบุคคลรอบข้าง และเป็นช่วงที่กำลังสร้างความเป็นตัวของตัวเองให้ถูกใจตนเองและคนรอบข้าง แต่ยังขาดความมั่นใจ วัยรุ่นจึงต้องการเพื่อนเป็นอย่างมาก เพื่อเรียนรู้ด้วยกัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน นอกจากนี้ยังเป็นช่วงที่สนใจเพศตรงข้าม ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์นำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ ตามมา (1)

วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมยังเป็นปัญหาทางสังคมและปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะช่วง 10 ปีที่ผ่านมามีตัวเลขสูงขึ้นซึ่งแตกต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลง วัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเมื่อตั้งครรภ์ก็มักจะขาดการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้อย่างไม่เหมาะสมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้ (2) การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นมีผลกระทบได้ตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอดซึ่งมีผลต่อตัวหญิงตั้งครรภ์และทารกทั้งด้านปัญหาสุขภาพอนามัย เศรษฐกิจและสังคม ตามมาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ในขณะที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโตซึ่งอวัยวะสืบพันธุ์และระบบต่างๆในร่างกายยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์จึงเป็นการเสี่ยงอันตรายทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นเช่นครรภ์เป็นพิษ

ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ภาวะคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย (3, 4)

การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่มีผลกระทบตามมามากมายโดยเฉพาะปัญหาการตั้งครรภ์ซึ่งเป็นปัญหาชีวิตที่รุนแรงมากสำหรับวัยรุ่นผลจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันหรือการคุมกำเนิดทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการและเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรสวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จึงได้รับแรงกดดันจากสังคมเป็นแรงบีบบังคับให้วัยรุ่นที่ประสบปัญหาต้องหางานออกโดยการหาแท้งซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตเป็นอย่างมาก (5) วัยรุ่นบางรายอาจหาทางออกโดยการทอดทิ้งหรือฆ่าบุตรเมื่อคลอดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ (6)

การได้รับการฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอในวัยรุ่นเนื่องจากเริ่มฝากครรภ์ช้าหรือไม่เข้ารับการฝากครรภ์เนื่องจากวัยรุ่นส่วนหนึ่งไม่สามารถแยกแยะความแตกต่างของเลือดออกในช่วงแรกของการตั้งครรภ์กับประจำเดือนปกติได้ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย, ระยะเวลารอตรวจ, ขาดความเป็นส่วนตัว และทัศนคติด้านลบของเจ้าหน้าที่ อีกส่วนหนึ่งปฏิเสธว่าตนเองตั้งครรภ์ และพยายามปกปิดเรื่องนี้ไว้ และประมาณ 30-60% ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์โดยการแท้ง (7) จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ภาวะแทรกซ้อนในช่วงคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นความเสี่ยงหลักขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางด้านสังคมและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งมักตรวจพบได้ในระหว่างการฝากครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงถึงแม้อุบัติการณ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะไม่ได้มีมากกว่า แต่ถ้าหากตรวจพบภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงหรือมีครรภ์เป็นพิษร่วมด้วย หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ควรได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลและถือว่าอยู่ใน

กลุ่มความเสี่ยงสูง สำหรับภาวะโลหิตจางนั้นถึงแม้จะสามารถรักษาได้ในระหว่างการฝากครรภ์ แต่ถ้าหากตรวจพบได้ช้าก็จะทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในช่วงคลอด นอกจากนี้การคลอดก่อนกำหนดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนหลักที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ถือว่าไม่ได้ทำให้กระบวนการคลอดซับซ้อน แต่เพิ่มความเสี่ยงให้กับทารกทั้งในเรื่องการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดนี้มักพบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ Gynecologicage น้อยกว่า 2 ปี และในหญิงกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการเกิด obstructed labor ด้วย ทำให้ต้องได้รับการผ่าตัดคลอด หรือมีการใช้หัตถการช่วยคลอดเพิ่มมากขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางสนับสนุนการรักษาที่เหมาะสมในการลดภาวะแทรกซ้อนเพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาใช้พัฒนางานด้านบริการและเพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังการดูแลรักษาและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนการให้คำปรึกษาแนะนำแก่มารดาวัยรุ่นและครอบครัวในการดูแลปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ตลอดรวมทั้งการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นรวมทั้งส่งเสริมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์
2. เพื่อพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่น

สมมุติฐานการวิจัย

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับ ภาวะ Pre-eclampsia Thick meconium stained amniotic fluid Postpartum hemorrhage low birth weight Preterm labor Preterm delivery Fetal distress Anemia Apgar score at 1 min

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ (Applied Research) โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับประชากรที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุระหว่าง 11-19 ปีและสตรีตั้งครรภ์ที่อายุ 20 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการที่แผนกสูตินรีเวช โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ในช่วงเวลาเดือนมกราคม 2558 – มีนาคม 2558 สูตรที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง ได้แก่

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}}$$

เมื่อ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N คือ ขนาดประชากร(สตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ปี 2557 จำนวน 294 คน)

P คือ สัดส่วนของประชากร ใช้ สัดส่วน 30% หรือ 0.30

Z คือ ระดับความมั่นใจที่กำหนดหรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยนี้กำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96 (ความเชื่อมั่น 95%) >> Z = 1.96

E คือ คลาดเคลื่อนเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 (ปกตินิยมระดับความเชื่อมั่น 95%)

ได้จำนวนประชากร จำนวน 154 คน

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น ที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรกับกลุ่มอายุในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านร่างกาย 2. ด้านผลกระทบต่อจิตใจ 3. ด้านสังคมและครอบครัว

ตอนที่ 3 แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยด้านการรักษาจากแพทย์

ตอนที่ 4 แบบสอบถามแนวทางสนับสนุนการรักษาที่เหมาะสมในการลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ในมารดาและทารก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีการวิเคราะห์เป็นขั้นตอนดังนี้ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพื้นฐาน จำนวนและร้อยละ 2. ปัญหาของการตั้งครรภ์วัยรุ่น ใช้สถิติ พื้นฐาน จำนวน และร้อยละ 3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนกับกลุ่มอายุแม่วัยรุ่นโดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการรักษา

ที่เหมาะสมในการลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ในมารดาและทารก

การวิจัยในระยะนี้มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมในการลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ในมารดาและทารกภายใต้สภาพปัญหาและสถานการณ์ที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 มาเป็นฐาน ในระยะนี้จะประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟาย (delphi technique) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 10 ท่าน เพื่อให้ได้แนวทางการรักษาที่เหมาะสมในการลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ในมารดาและทารก โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติรีเวชวิทยา มาเขียนวิเคราะห์

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

รายการ	จำนวน(n=154)	ร้อยละ
กลุ่มอายุ		
- สูงกว่า 20 ปี	89	57.79
- ต่ำกว่าและเท่ากับ 20 ปี	65	42.21
การฝากครรภ์		
- ไม่ฝากครรภ์	27	17.53
- ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์	53	34.42
- ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์	74	48.05

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

รายการ	จำนวน(n=154)	ร้อยละ
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เทียบกับดัชนีมวลกายของตนเอง		
- ต่ำกว่าเกณฑ์	23	14.93
- เกณฑ์ปกติ	78	50.65
- สูงกว่าเกณฑ์	53	34.42
ความพร้อมในการมีบุตร		
- พร้อม	78	50.65
- ไม่พร้อม	76	49.35
ความตั้งใจที่จะเลี้ยงดูบุตร		
- ตั้งใจ	82	53.25
- ไม่ตั้งใจ	72	46.75
ประวัติการตั้งครรภ์		
- ครรภ์แรก	134	87.02
- ครรภ์หลัง	20	12.98

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีอายุสูงกว่า 20 ปี ร้อยละ 57.79 มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 48.05 ในขณะที่ไม่ฝากครรภ์ ร้อยละ 17.53 น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เทียบกับดัชนีมวลกายของตนเองพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 50.65 ส่วนมากมีความพร้อมในการมีบุตร ร้อยละ 50.65 มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงดูบุตร 53.25 ในด้านประวัติการตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนมากมีการตั้งครรภ์แรก สูงถึงร้อยละ 87.02

ตารางที่ 2 แสดงปัญหาการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน(n=154)	ร้อยละ
Pre-eclampsia	3	4.92
- Thick meconium stained amniotic fluid	2	3.28
- Postpartum hemorrhage	2	3.28
low birth weight	17	27.87
- Preterm labor	2	3.28
- Preterm delivery	7	11.47
- Fetal distress	4	6.55
- Anemia	22	36.07
- Apgar score at 1 min	2	3.28

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัญหาภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 36.07 รองลงมา คือ low birth weight ร้อยละ 27.87 และ Preterm delivery ร้อยละ 11.47 ตามลำดับจากการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น มากที่สุด ได้แก่ Anemia

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนกับกลุ่มอายุแม่วัยรุ่น

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มอายุ(สูงกว่า 20ปี) (ต่ำกว่า 20ปี)					
	B	S.E	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Pre-eclampsia	.493	.439	1.000	1	.317	1.552
Thick meconium stained amniotic fluid	-.008	.022	.132	1	.716	.992
Postpartum hemorrhage	.287	.585	.242	1	.623	1.333
low birth weight	.750	.613	1.495	1	.031*	2.117
Preterm delivery	-.082	.414	.039	1	.842	.921
Preterm labor	-1.42	.641	4.955*	1	.026*	.240
Fetal distress	.068	.086	.634	1	.426	1.071
Anemia	-.152	.058	6.733*	1	.009*	.859
Apgar score at 1 min	.000	.000	.337	1	.562	1.000
Constant	2.298	1.471	2.441	1	.118	9.955

$\chi^2 = 6.445$, *Sig = .05, $R^2 = .598$, -2LL = 165.135

จากตารางที่ 3 พบว่า สมการสามารถทำนาย ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี คือ Anemia low birth weight และความสัมพันธ์ระหว่างการมีภาวะแทรกซ้อนกับอายุของ Preterm labor สามารถใช้ทำนายการมีภาวะแทรกซ้อนหญิงตั้งครรภ์โดยรวมได้ร้อยละ 59.80 ($\chi^2 = 6.455$, *Sig = .05, $R^2 = .598$) โดยภาวะแทรกซ้อนที่มี ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wald = 4.955 และ 6.733) ความสัมพันธ์กับอายุของหญิงตั้งครรภ์ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ตารางที่ 4 แสดงค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) แนวทางการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน จากแบบสอบถามเคลฟายในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ที่	แนวทางการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	Mdn.	IR	แปลค่าระดับ ความเหมาะสม
1	อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม รวมถึงวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียม ประเพณีตลอดจนวิถีชีวิตที่บุคคลต้องเผชิญอยู่อย่างเหมาะสม	4	0.5	มาก
2	สร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดี	4	1	มาก
3	การมีภาวะโภชนาการที่ดีมีการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ความต้องการของร่างกาย	5	1	มาก

ตารางที่ 4 แสดงค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) *1 (ต่อ)

ที่	แนวทางการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	Mdn.	IR	แปลค่าระดับ ความเหมาะสม
4	ป้องกันการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุที่เป็นภาวะที่เป็นตัวขัดขวางทางให้การ เจริญเติบโตและพัฒนาการต่างๆให้เกิดการหยุดชะงัก	5	0.5	ปานกลาง
5	งดการดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะช่วงปฏิสนธิหรือในช่วง 3 เดือนแรก	5	0.5	มาก
6	งดการเสพยาเสพติด พวกเมตแอมเฟตามีน (ยาไอซ์สปีด) และ3,4-เมทิลีนไดออกซิเมตแอมเฟตามีน (ยาอีEctasy)	4	1	มาก
7	งดการสูบบุหรี่ ทุกประเภท	5	0.5	มากที่สุด
8	งดการทานยาปฏิชีวนะ และไม่ซื้อยามาทานเองถ้ามีปัญหาการเจ็บป่วยควร ไปปรึกษาแพทย์	4	1.5	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากแบบสอบถามเคลฟายในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีค่ามัธยฐาน (median) อยู่ระหว่าง 4-5 และค่า IR อยู่ระหว่าง 0.00 – 1 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่มีความเหมาะสมและยอมรับได้

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีภาวะแทรกซ้อนคือ ภาวะโลหิตจางร้อยละ 36.07:7ซึ่งโลหิตจางเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อยที่สุด โดยผลการวิจัยสอดคล้องกับรายงานของ พิระยุทธ สาธุกุลและเพียงจิตต์ธารไพโรสาณท์⁽⁸⁾ พบว่าวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง (RR = 1.63; 95% CI = 1.34 – 1.98) ภาวะโลหิตจางอาจเกิดจากความต้องการธาตุเหล็กสูงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาเนื่องจากในช่วงการตั้งครรภ์ร่างกายต้องมีการนำธาตุเหล็กไปใช้ในการสร้างฮีโมโกลบินทำให้ปริมาณเหล็กในแหล่งสะสมค่อยๆลดลงหากหญิงตั้งครรภ์ที่มีเหล็กในแหล่งสะสมต่ำก็จะไม่สามารถรักษาระดับฮีโมโกลบินไว้ได้ก็จะมีภาวะโลหิตจาง โดยเฉพาะในไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์

และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ด้วย⁽⁹⁾ นอกจากนี้อาจเกิดจากการได้รับธาตุเหล็กจากอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีเหล็กน้อยทำให้ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กจากอาหารได้น้อยหรือเกิดจากอาหารที่ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กได้ยากเช่นอาหารที่มี Bioavailability ต่ำหรือเกิดจากอวัยวะในการย่อยอาหารผิดปกติเช่นในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคลำไส้เล็กส่วนต้น

ปัจจัยด้านน้ำหนักแรกเกิดของเด็กที่คลอดจากมารดาวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับอายุของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยนี้พบว่า มารดาวัยรุ่นคลอดบุตรมีน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม ถึงร้อยละ 27.87 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Buhachat R, Pinjaroen S⁽¹⁰⁾ ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยมีความเสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิดและระยะขบปีแรกของชีวิตและยังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยภาวะทุพโภชนาการ พัฒนาการล่าช้าในทุกด้านมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500กรัมขึ้นไปนอกจากสาเหตุของมารดาที่มีอายุน้อยแล้วอาจมีสาเหตุมาจาก ปัจจัยด้านอนามัยเจริญพันธุ์ได้แก่การตั้งครรภ์ที่ผ่านมามีผิดปกติมีภาวะเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ครั้งแรกระยะห่างระหว่างครรภ์น้อย

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยการปฏิบัติตน ขณะตั้งครรภ์ไม่สูบบุหรี่ดื่มเหล้าใช้สารเสพติดและการไม่ฝากครรภ์⁽¹¹⁾

ในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมในการลดภาวะแทรกซ้อนผู้วิจัยใช้เทคนิคเคลฟายโดยให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินแนวทางที่จัดสร้างขึ้นตามสภาพปัญหาที่ค้นพบเทคนิคนี้เป็นวิธีการคาดการณ์ผลลัพธ์ โดยวิธีการออกความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เทคนิคเคลฟายเป็นเทคนิคที่มีขั้นตอนและระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน โดยผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามจำนวนสองรอบหรือมากกว่านั้น โดยในแต่ละรอบผู้จัดทำจะสรุปคำตอบของรอบนั้นเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับตอบคำถามในรอบถัดไป โดยเชื่อว่าคำตอบในแต่ละรอบจะถูกเกลามาให้ "ถูกต้อง" มากยิ่งขึ้น ซึ่งสุดท้าย การสอบถามจะหยุดลงเมื่อได้ข้อสรุปที่มั่นคง⁽¹²⁾ และคะแนนค่าเฉลี่ยหรือมัธยฐานจะเป็นตัวกำหนดคำตอบ ผลการศึกษาพบว่าคะแนน มัธยฐาน

อยู่ในช่วง 4-5 ซึ่งอยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยประเด็นที่เหมาะสมที่สุดคือด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนการมีภาวะโภชนาการที่ดีมีการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ความต้องการของร่างกายป้องกันการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุที่เป็นภาวะที่เป็นตัวขัดขวางทางให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการต่างๆ ให้เกิดการหยุดชะงักงดการดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะช่วงปฏิสนธิหรือในช่วง 3 เดือนแรกของการสูบบุหรี่ทุกประเภท

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดย หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลเฝ้าระวังทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และควรได้รับการรักษาที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. สกุนา บุญนรากร. การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย.สงขลา: เทมการพิมพ์, 2551.
2. แวดาว พิมลเรศ.อุบัติการณ์การตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดชลบุรีวารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า 2555, 29(4): 190-195.
3. กฤษณาวัดแสง. ผลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่โรงพยาบาลบางละมุง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า 2553; 27:155-162.

4. Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piyaman S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi Hospital. J Med Assoc Thai 2006; 89[Suppl 4]: S118-23.
5. พรณพิไลศรีอาภรณ์. การพยาบาลรอบครรภ์วิกฤต: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว; 2537.
6. ศรุตยารองเลื่อน, ภัทรวลัยดลิ่งจิตร, สมประสงค์ศิริบริรักษ์. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการรักษาพยาบาลวารสารพยาบาลศิริราช 2554, 3(2): 29-35.

7. มนฤดี เตชะอินทร์และ พรณี ศิริวรรณภา.
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ออนไลน์) (เข้าถึงเมื่อ 5
มกราคม 2558) สืบค้นจาก
<http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011>.
8. พิระยุทธ ฐานกุลและเพ็ญจิตต์ธารไพโรธานนท์.
ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 6
วารสารไทยเกษตรศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ
2552, 3(1): 97-102.
9. พัชนี วินิจจะกุล, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์
วงศ์. การขาดธาตุเหล็กและโลหิตจางจากการ
ขาดธาตุเหล็ก. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข, 2542.
10. Buhachat R, Pinjaroen S. Teenage
primigravida and low birthweight delivery.
Songkla Med J 1998;16:113-123.
11. ศิริกุล อิศรานุรักษ์.ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย :
ปัญหาสุขภาพคนไทยที่ยังแก้ไขไม่ได้กวารสาร
สาธารณสุขและการพัฒนา 2549, 4(1): 135-
142.
12. Rowe and Wright (1999): The Delphi
technique as a forecasting tool: issues and
analysis. *International Journal of Forecasting*,
Volume 15, Issue 4, October 1999.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบรรลุผลกระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตาม
ของผู้รับการบำบัดยาเสพติด จังหวัดพะเยา

Factors Associated with Completion of Drug Rehabilitation and Monitoring Process
in Phayao Province

เสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล* สม.

Saowanee Panpattanakul*, M.P.H.

ณัฐณีย์ มีมนต์**

Natthani Meemon** Ph.D.

Seung Chun Paek** Ph.D.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา*

Phayao Provincial Public Health Office*

อาจารย์ภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์

Department of Society and Health, Faculty of Social

และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล**

Sciences and Humanities Mahidol University**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบรรลุผลกระบวนการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด ในจังหวัดพะเยา โดยมุ่งเน้น รวบรวมข้อมูลทฤษฎีจากกระบวนการติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสค.) ของกระทรวงสาธารณสุข และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการกระจายค่าความถี่แบบร้อยละ และหาความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบ Chi-square และ Fisher's Exact Test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 8,408 ราย ที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงยุติธรรมในจังหวัดพะเยา ในช่วงปีงบประมาณ 2551 – 2556 พบว่า สามารถอยู่จนครบกระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตาม ร้อยละ 50.7 ในขณะที่ได้รับการรักษาครบและได้เข้าสู่กระบวนการติดตามแต่ได้รับการติดตามไม่ครบ ร้อยละ 23.9 ได้รับการรักษาครบแต่ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการติดตาม ร้อยละ 9.8 และ ได้รับการรักษาไม่ครบ ร้อยละ 15.6 โดยกลุ่มที่ได้รับการรักษาและติดตามจนครบเกณฑ์สามารถเลิกและหยุดการใช้สารเสพติดได้ร้อยละ 82.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการบรรลุผลกระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามผู้เสพยาเสพติดที่สำคัญได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เหตุผลที่เข้ารับการบำบัด และสถานะการเสพติด โดยผู้รับการบำบัดเพศชาย ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และสูงกว่า 50 ปี ผู้ที่มีสถานภาพสมรส ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผู้ที่เข้ารับการบำบัดด้วยการสนับสนุนจากครอบครัวหรือโรงเรียน ผู้ที่ไม่มีอาการทางจิตร่วม ผู้ที่เข้ารับการบำบัดครั้งแรก และมีสถานะเป็นผู้เสพแต่ไม่ถือว่าเป็นผู้ติดหรือติดยาเสพติดรุนแรง มีอัตราการบรรลุผลการบำบัดรักษา ฟื้นฟู และติดตามจนเสร็จสิ้นทั้งกระบวนการสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้รับการบำบัดที่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 20-29 ปี และกลุ่มที่มารับการบำบัดเนื่องจากถูกจับกุม มีอัตราการไม่ได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์หรือถอนตัวในขั้นตอนการบำบัดสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

คำสำคัญ: บสค., ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสารเสพติด, การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

**Factors Associated with Completion of Drug Rehabilitation and Monitoring Process
in Phayao Province**

Saowanee Panpattanakul*, M.P.H.

Natthani Meemon** Ph.D.

Seung Chun Paek** Ph.D.

Phayao Provincial Public Health Office*

Department of Society and Health, Faculty of Social

Sciences and Humanities Mahidol University**

Abstract

The study investigated clients' predisposing characteristics and substance abuse treatment intervention components in relation to clients' completion of drug rehabilitation and monitoring process. Secondary data from the Ministry of Public Health's Substance Abuse Monitoring and Surveillance System were analyzed using Chi-square and Fisher's Exact Tests. The study population comprised of all 8,408 clients admitted to a drug rehabilitation program in Phayao province from October 2007 to September 2013.

50.7% of all clients completed a whole process of drug rehabilitation and monitoring, where high success rate of non-relapse (82.1%) within 12 months after completion of treatment was reported. 23.9% of the clients completed treatment but dropped out during follow-up process, while 9.8% completed treatment but did not get to follow-up process, and 15.6% dropped out during treatment. Individual predisposing factors significantly associated with completion of drug rehabilitation and monitoring process included gender, age, education, social support, channels to treatment, treatment experience and addiction status. Clients who were male, under 20 or over 50 years old, married, college-level graduates, encouraged by family members or school teachers to receive treatment, not presenting psychological illness, receiving treatment for the first-time and not severe abusers were found to have significantly higher rates of entire-process completion. Those who were 20-29 years olds and who were arrested in charge of drug offences were found to have highest rates of drop-out. Intervention components significantly associated with completion of drug rehabilitation and monitoring process included treatment system, type of treatment facility, follow-up method and type of follow-up unit. Clients who engaged in voluntary treatment system, were admitted in medical facilities particularly general and community hospitals, were monitored by probation office, and had home visit as method of follow-up had relatively higher rates of entire-process completion comparing to other groups.

Keywords: Substance abuse treatment, Drug rehabilitation, Substance Abuse Monitoring and Surveillance System

บทนำ

แม้ว่าสถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบันมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ แต่ยาเสพติดก็ยังคงเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงและมีพลวัตสูงทั้งในแง่ของการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางประชากรของผู้เสพ สารเสพติดและวิธีการเสพรูปแบบใหม่ๆ การเปลี่ยนพื้นที่และช่องทางการซื้อขายยาเสพติด รวมถึงผลกระทบด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการจัดการปัญหาสุขภาพอันเกิดจากการใช้สารเสพติด ตลอดจนอาชญากรรมในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด⁽¹⁾ การจัดการปัญหาเสพติดจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนตั้งแต่การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด การให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด การพัฒนาระบบรองรับให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับสู่สังคม การควบคุม สกัดกั้น ทำลายช่องทางการค้ายาเสพติด การบังคับใช้กฎหมาย และการประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศไทย ปี 2558 ได้กำหนดยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยให้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม และกระทรวงมหาดไทย เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการจัดกระบวนการนำผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดในทุกระบบให้กลับมาดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข⁽²⁾ ปัจจุบันประเทศไทยมีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 3 ระบบซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายและหน่วยงานที่ให้การบำบัดแตกต่างกันออกไป ได้แก่ 1) ระบบสมัครใจ สำหรับผู้ที่ต้องการเลิกยาเสพติดโดยสมัครใจ มาเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลและศูนย์ฟื้นฟูทั้งของภาครัฐและเอกชน 2) ระบบบังคับบำบัด สำหรับผู้ที่ถูกจับกุมและได้รับการตรวจพิสูจน์ว่าเป็นผู้เสพติดให้ได้รับการฟื้นฟู

สมรรถภาพ โดยกลุ่มที่ไม่ถูกควบคุมตัวจะได้รับการบำบัดในสถานบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานคุมประพฤติ ส่วนกลุ่มที่ถูกควบคุมตัวจะได้รับการบำบัดในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และ 3) ระบบต้องโทษ สำหรับผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาล การบำบัดฟื้นฟูกระทำในเรือนจำ ทัณฑสถาน หรือสถานพินิจในกรณีที่ผู้ถูกคุมขังเป็นเยาวชน

จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดหนึ่งที่ตั้งอยู่บนเส้นทางหลักของการลำเลียงยาเสพติดเข้าสู่ประเทศไทย จึงเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากค้าและการแพร่ระบาดของยาเสพติด และมีการจับกุมคดียาเสพติดอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ถูกจับกุมจากการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ซึ่งจะถูกส่งเข้ารับการบำบัดหลังถูกจับกุม ทำให้จังหวัดพะเยามีผู้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในแต่ละปีเป็นจำนวนมากกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ทั้งในระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบการบำบัดรักษาและติดตาม ได้แก่ สำนักงานคุมประพฤติ เรือนจำ โรงพยาบาล ทัวไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽³⁾

การศึกษาชิ้นนี้ใช้ประโยชน์โดยตรงจากฐานข้อมูลitudinal บสศ. ในหน่วยงานด้านสุขภาพของประเทศไทย ให้ความสำคัญกับลักษณะทางประชากรของผู้รับการบำบัด ลักษณะการรับการบำบัด สารเสพติดที่ใช้และความสำเร็จในการบำบัดยาเสพติด หรือการไม่กลับไปเสพยา โดยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ถิ่นที่อยู่ ประเภทสารเสพติดที่ใช้ ประสพการณ์การบำบัด สถานะการเสพติด และระบบที่เข้ารับการบำบัด มี

ความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการบำบัดยาเสพติด⁽⁴⁻⁶⁾ นอกจากนี้ การมีบุคคลคอยให้ความช่วยเหลือ และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในชุมชนยังมีความสัมพันธ์กับการไม่กลับไปเสพซ้ำของผู้รับการบำบัด⁽⁷⁾ โดยการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการบำบัดยาเสพติดที่ผ่านมา ได้ประเมินความสำเร็จของการบำบัดรักษาใน 2 มิติด้วยกัน คือ (1) การที่ผู้รับการบำบัดสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการรักษาในสถานบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽⁶⁾ และ (2) การที่ผู้ป่วยสามารถหยุดเสพยาเสพติดได้ เมื่อได้รับการติดตามครบ 4 ครั้ง หรือ 1 ปี ภายหลังจากจำหน่าย เป็นที่น่าสนใจว่า ผู้ที่ได้รับการติดตามจนครบกำหนด มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำค่อนข้างต่ำ⁽⁷⁻⁸⁾ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการติดตามดูแลหลังการรักษา ซึ่งเป็นการพยายามคงระยะการหยุดใช้สารเสพติดให้นานที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยที่รักษาแล้วไม่กลับไปเสพยาเสพติดอีก

การที่ผู้ป่วยสามารถอยู่ในระบบการบำบัดรักษายาเสพติดอย่างต่อเนื่องจนครบทุกขั้นตอน นับตั้งแต่การบำบัดรักษาในสถานที่บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพไปจนถึงการส่งต่อ และการติดตามหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมบำบัด น่าจะสามารถสะท้อนถึงประสิทธิผลของกระบวนการในการบำบัดรักษา อนึ่ง งานที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของกระบวนการให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยพิจารณาจากผลลัพธ์ในแต่ละขั้นตอน โดยใช้ภาพรวมของผู้รับการบำบัดยาเสพติดทุกกลุ่มประชากรซึ่งมีขนาดใหญ่และมีความหลากหลายสูง รวมถึงเปรียบเทียบรูปแบบการบำบัดทุกรูปแบบ หน่วยงานที่ให้การบำบัดฟื้นฟู และติดตาม รวมถึงการติดตามด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งเป็นการสะท้อนปฏิสัมพันธ์ (Interplay) ระหว่างผู้รับการบำบัดและบริบทการบำบัด มีอยู่ค่อนข้างจำกัด และยังไม่พบในประเทศไทย นอกจากนี้

การศึกษาเกี่ยวกับการถอนตัวจากการบำบัดยาเสพติดในวรรณกรรมต่างประเทศส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับผลลัพธ์การบำบัด และได้ข้อค้นพบที่ไม่สอดคล้องกัน⁽¹⁰⁾ งานศึกษาชิ้นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบรรลุผลกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามผู้เสพยาเสพติด (Completion of Rehabilitation and Monitoring Process) ทั้งกระบวนการ ในบริบทของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยส่วนบุคคลก่อนเข้ารับการบำบัด (Predisposing Characteristics) ได้แก่ ลักษณะทางประชากร สัมพันธภาพกับคนรอบข้าง ประวัติการใช้ยาเสพติด และปัจจัยด้านองค์ประกอบของการบำบัดรักษา (Intervention Components) ได้แก่ ระบบการบำบัดรักษา สถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ วิธีการติดตาม หน่วยงานที่ดำเนินการติดตาม โดยทำการศึกษาจากข้อมูลผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดในสถานบริการสาธารณสุขและฟื้นฟูสมรรถภาพทุกแห่งในจังหวัดพะเยา ระหว่างปีงบประมาณ 2551 – 2556 ผลการศึกษาจะช่วยบ่งชี้กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามที่ต่อเนื่อง ประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานที่ผ่านมา และใช้เป็นข้อมูลสำหรับพัฒนารูปแบบและกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามผู้เสพยาเสพติดที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบรรลุผลกระบวนการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด ในจังหวัดพะเยา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) เพื่อ

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบรรลุผล กระบวนการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติด

ประชากรที่ทำการศึกษา (Study Population) คือ ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งที่ตั้งอยู่ในเขตจังหวัดพะเยา ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานคุมประพฤติ และเรือนจำ ระหว่างปีงบประมาณ 2551 – 2556 ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของการวิเคราะห์ในกรณีที่ได้รับการบำบัดหนึ่งรายเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าหนึ่งครั้งในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา ซึ่งจากข้อมูลพบว่า มีบันทึกการให้การบำบัดรักษา จำนวนทั้งสิ้น 8,408 ครั้ง แก่ผู้รับการบำบัดจำนวน 6,988 คน หน่วยในการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) ของการศึกษาคครั้งนี้จึงเป็นครั้งหรือรอบของการให้การบำบัดรักษา (Treatment Episode) และกำหนดนิยามให้หนึ่งครั้งของการบำบัดรักษาเทียบเท่ากับการให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยหนึ่งราย

แหล่งข้อมูลและการจัดการข้อมูล (Data Source and Data Management) ใช้ข้อมูลจากระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (บสต.) ที่บันทึกในระบบสารสนเทศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ในขั้นแรกได้ทำการผนวก รวมข้อมูลจาก บสต. 3 (ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้ารับการบำบัด รายละเอียดการใช้สารเสพติด และข้อมูลในการบำบัดรักษา) เข้ากับข้อมูลจาก บสต. 4 (ข้อมูลการจำหน่ายของผู้เข้ารับการบำบัด และผลการจำหน่าย) ด้วยหมายเลขอ้างอิง บสต. 3 ที่ปรากฏในทั้ง 2 ชุดข้อมูล โดยกำหนดเลือกเฉพาะรายที่มีข้อมูลวันที่สิ้นสุดการบำบัดฟื้นฟูระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2556 จากนั้นนำมาผนวกรวมกับข้อมูลจาก

บสต. 5 (การติดตามผู้เข้ารับการบำบัด และผลการติดตามในแต่ละครั้ง) ด้วยหมายเลขอ้างอิง บสต. 4 โดยใช้ข้อมูลการติดตามจนถึงวันที่ 30 กันยายน 2557 ซึ่งนับเป็นระยะเวลา 12 เดือนภายหลังการส่งต่อผู้รับการบำบัดรายสุดท้ายที่บันทึกในข้อมูล บสต. 4 ในปีงบประมาณ 2556 และไม่นับรวมการติดตามรายที่ได้รับการจำหน่ายมาจากสถานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพจากจังหวัดอื่นๆ ที่ไม่ใช่จังหวัดพะเยา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา (Study Variables) การศึกษานี้ได้จำแนกตัวแปรที่บ่งชี้การบรรลุผล กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด (Completion of Rehabilitation and Monitoring Process) จำนวนผู้ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและติดตาม จะถูกจำแนกออกจากกันเมื่อผู้รับการบำบัดไม่สามารถรับการรักษาหรือติดตามต่อเนื่องไปสู่ขั้นตอนลำดับถัดไปได้ โดยอ้างอิงจากคำอธิบายตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (2554) ได้แก่ (1) ไม่ได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ (Fail at Treatment) (2) ไม่ได้รับการติดตาม (No Follow-up) (3) ติดตามไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด (Fail at Follow-up) และ (4) ติดตามครบตามระยะเวลาที่กำหนด (Complete)

ปัจจัยส่วนบุคคลก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา (Predisposing Characteristics) ได้แก่ ลักษณะทางประชากรและการใช้ยาเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการบำบัด ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การมีอาชีพ สัมพันธภาพกับคนรอบข้าง ประวัติการใช้ยาเสพติด ประสบการณ์การบำบัด เหตุผลที่เข้ารับการบำบัด สถานะการเสพติด และการมีอากรทางจิตร่วม ปัจจัยด้านองค์ประกอบของการบำบัดรักษา

(Intervention Components) ได้แก่ ระบบการบำบัด สถานบำบัดฟื้นฟู วิธีการ และ หน่วยงานที่ติดตาม การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แสดงผลข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการกระจาย ความถี่แบบร้อยละ (Percentage Distribution) และ ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่างๆ กับการ บรรลุผลกระบวนการบำบัดรักษาและติดตามผู้เสพยา เสพติด ด้วยสถิติ Chi-square หรือ Fisher's Exact Test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการใช้ยาเสพติดของผู้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการบำบัด (n=8,408)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	7,874	93.7
	หญิง	534	6.3
อายุ	12-19ปี	2,200	26.2
	20-29ปี	3,345	39.8
	30-39ปี	1,816	21.6
	40-49ปี	744	8.9
	50-59ปี	256	3.0
	60ปีขึ้นไป	47	0.6
สถานภาพ	สมรส	2,069	24.6
	แยกกันอยู่	642	7.6
	โสด	5,697	67.8
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	284	3.4
	ประถมศึกษา	2,746	32.8
	มัธยมต้น	3,384	40.4
	มัธยมปลาย	1,382	16.5
	ประกาศนียบัตร	502	6.0
	ปริญญาตรี	81	1.0
	อื่นๆ	29	0.3
การประกอบอาชีพ	ไม่มีงานทำ	3,783	45.0
	มีงานทำ	4,625	55.0
ผู้ที่อยู่ด้วย	ไม่มี	346	4.1
ก่อนเข้ารับบำบัด	สมาชิกในครอบครัว	6,654	79.1
	อื่นๆ	1,408	16.8

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้รับการบำบัดเป็นเพศชาย 7,874 ราย (ร้อยละ 93.7) อยู่ในกลุ่มอายุ 20 – 29 ปี จำนวน 3,345 ราย (ร้อยละ 39.8) มากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 12-19 ปี จำนวน 2,200 ราย (ร้อยละ 26.2) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 67.8) จบการศึกษา ประวัติการใช้ยาเสพติด

มัธยมต้น จำนวน 3,384 ราย (ร้อยละ 40.4) มีเพียงส่วนน้อยที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมปลาย (ร้อยละ 7.0) ผู้รับการบำบัดจำนวน จำนวน 4,625 ราย (ร้อยละ 55.0) ระบุว่ามีงานทำและผู้ที่อยู่ด้วยก่อนเข้ารับการบำบัด คือ สมาชิกในครอบครัว สูงถึงร้อยละ 79.1

ตารางที่ 2 ประวัติการใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัด (n=8,408)

ประวัติการใช้สารเสพติด		จำนวน	ร้อยละ
ยาเสพติดที่ใช้ครั้งแรก	ยาบ้า	7,408	88.1
	อื่นๆ	1,000	11.9
ยาเสพติดที่ใช้ครั้งสุดท้าย	ยาบ้า	7,881	93.7
	อื่นๆ	527	6.3
ประวัติการบำบัด	ครั้งแรก	5,988	71.2
	ครั้งที่ 2	1,731	20.6
	ครั้งที่ 3	434	5.2
	ครั้งที่ 3 หรือมากกว่า	255	3.0
สาเหตุที่เข้ารับบำบัด	ถูกบังคับหรือต้องโทษ	4,710	56.0
	มาด้วยตนเอง	2,512	29.9
	ครอบครัวหรือโรงเรียน	683	8.1
	อื่นๆ	503	6.0
อาการทางจิตร่วม	มี 1 อาการหรือมากกว่า	151	1.8
	ไม่มีอาการ	8,257	98.2
สถานะการเสพติด	ผู้เสพ	7,078	84.2
	ผู้ติดยาเสพติด	1,259	15.0
	ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง	71	0.8

จากตารางที่ 2 พบว่าประวัติการใช้ยาเสพติด ยาบ้ายังคงเป็นยาเสพติดที่ผู้บำบัดใช้มากที่สุด ทั้งในการ

ทดลองใช้ยาเสพติดครั้งแรก และครั้งล่าสุดก่อนเข้ารับการบำบัด ถึงร้อยละ 88.1 และร้อยละ 93.7 ตามลำดับ

โดยผู้รับการบำบัดกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.0) มารับการบำบัดเพราะถูกบังคับหรือต้องโทษ และร้อยละ 29.9 ตัดสินใจมาด้วยตนเอง และร้อยละ 8.1 มาเพราะคนรอบข้างบังคับหรือขอร้อง ผู้รับการบำบัดร้อยละ 84.2 เป็นผู้เสพ ร้อยละ 15.0 เป็นผู้ติดยาเสพติด และร้อยละ 0.8

ข้อมูลด้านกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตาม

ตารางที่ 3 ข้อมูลกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ (n=8,408) และติดตาม (n=6,274)

กระบวนการบำบัดฟื้นฟู		จำนวน	ร้อยละ
ระบบบำบัด	สมัครใจ	3,158	37.6
	บังคับบำบัด	4,680	55.7
	ต้องโทษ	570	6.8
สถานบำบัด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	29	0.3
	โรงพยาบาลชุมชน	1,623	19.3
	โรงพยาบาลทั่วไป	1,501	17.9
	สำนักงานคุมประพฤติ	4,656	55.4
	เรือนจำ	599	7.1
หน่วยงานติดตาม	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	2,034	32.4
	โรงพยาบาลชุมชน	578	9.2
	โรงพยาบาลทั่วไป	1,722	27.5
	สำนักงานคุมประพฤติ	1,359	21.7
	เรือนจำ	581	9.3
วิธีการติดตาม	มาพบที่หน่วยงาน	3,647	58.1
	จดหมาย/โทรศัพท์	1,966	31.3
	เยี่ยมบ้าน	661	10.5
ผลการบำบัด	ไม่ได้จำหน่ายตามเกณฑ์	1,308	15.6
	จำหน่ายตามเกณฑ์/ไม่ติดตาม	826	9.8
	ติดตาม/ไม่ครบกำหนด	2,008	23.9
	ติดตาม/ครบกำหนด	4,266	50.7

จากตารางที่ 3 พบว่า หน่วยงานที่ทำหน้าที่บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามในพื้นที่จังหวัดพะเยามีทั้งหน่วยงานระดับต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานในสังกัดกระทรวงยุติธรรม ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้การบำบัดรักษา

ผู้ป่วยจำนวน 29 ราย (ร้อยละ 0.3) โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1,623 ราย (ร้อยละ 19.3) และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1,501 ราย (ร้อยละ 17.9) สำนักงานคุมประพฤติ จำนวน 4,656 ราย (ร้อยละ 55.4) และเรือนจำ จังหวัดพะเยา จำนวน 599 ราย (ร้อยละ 7.1) โดยมีผู้เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ จำนวน 3,158 ราย (ร้อยละ 37.6) ระบบบังคับบำบัด จำนวน 4,680 ราย (ร้อยละ 55.7) และระบบต้องโทษ จำนวน 570 ราย (ร้อยละ 6.8) หลังจากได้รับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว จากข้อมูลพบว่า หน่วยงานที่มีบทบาทด้านการติดตามมากที่สุดคือหน่วยบริการปฐมภูมิระดับชุมชน คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งทำหน้าที่ติดตามผู้รับการรักษาจำนวน 2,034 ราย (ร้อยละ 32.4) และโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งติดตามผู้รับการรักษาจำนวน 1,722 ราย (ร้อยละ 27.5) วิธีการติดตามที่ใช้มากที่สุดคือการติดตามแบบให้มาพบที่หน่วยงาน (ร้อยละ 58.1) รองลงมาคือการติดตามด้วยจดหมายหรือโทรศัพท์ (ร้อยละ 31.3) และการติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 10.5) ทั้งนี้ จากจำนวนผู้ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามผู้เสพยาเสพติดจำนวน 4,266 ราย (ร้อยละ 50.7 ของจำนวนผู้รับการรักษาทั้งหมด) ได้รับการติดตามจนครบระยะเวลาที่กำหนด มีผู้ที่กลับไปเสพยาจำนวน 3,501 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.1 มีผู้ที่ได้รับการติดตามแต่ไม่ครบระยะเวลาที่กำหนดจำนวน 2,008 ราย (ร้อยละ 23.9) ไม่ได้รับการติดตามจำนวน 826 ราย (ร้อยละ 9.8) และไม่ได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์จำนวน 1,308 ราย (ร้อยละ 15.6)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบรรลุผลกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด

จากตารางที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคลก่อนเข้ารับการรักษา (Predisposing Characteristics) ที่มีความสัมพันธ์

กับการบรรลุผลกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0001$ ได้แก่ อายุ การศึกษา การมีงานทำ ประวัติการใช้ยาเสพติด ประสบการณ์การบำบัด เหตุผลที่เข้ารับการบำบัด สถานะการเสพติด ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ผู้ที่อยู่ด้วยก่อนการบำบัด การมีอากรทางจิตร่วม มีความสัมพันธ์กับระดับการบรรลุผลกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามผู้เสพยาเสพติดที่ $p = 0.002$; $p = 0.038$; $p = 0.004$; และ $p < 0.001$ ตามลำดับ โดยผู้รับการรักษาเพศชายมีอัตราการได้รับการติดตามจนครบระยะเวลาที่กำหนดสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 51.2 และร้อยละ 43.6 ตามลำดับ) และกลุ่มที่มีอัตราการได้รับการติดตามจนครบระยะเวลาที่กำหนดสูงที่สุดได้แก่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป (>ร้อยละ 60) ผู้ที่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 52.7) มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 63.0) ผู้ที่เข้ารับการบำบัดด้วยการสนับสนุนจากครอบครัวหรือโรงเรียน (ร้อยละ 66.0) รวมถึงผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงทางจิตร่วมเมื่อเข้ารับการรักษา (ร้อยละ 51.0) จากผลการศึกษา ผู้ที่มีงานทำได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์และเข้าสู่ระบบการติดตามทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Veatch และคณะ (2000) ที่พบว่าผู้ที่มีงานทำมีแนวโน้มที่จะอยู่รับการรักษาจนสิ้นสุดโปรแกรม⁽¹⁰⁾ ผู้รับการรักษาที่ใช้ยาบำบัดมีอัตราการเข้าสู่ระบบการติดตามสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนิสิตา ทาสวรรณ และคณะ (2557) และ จิระ ฤทธาธิญญกิจ และคณะ (2557) ที่พบว่ากลุ่มผู้ใช้ยาบำบัดหลังจากรับการบำบัดแล้วมีอัตราการหยุดเสพยาสูงกว่าผู้ใช้ยาเสพติดประเภทอื่น ก่อนเข้าสู่ระบบติดตาม⁽⁴⁻⁵⁾ แต่ก็มีอัตราการได้รับการติดตามไม่ครบตามเกณฑ์สูงกว่าด้วยเช่นกัน ผู้ที่เข้ารับการบำบัดครั้งแรก และผู้ที่มีสถานะเป็นผู้เสพมีอัตราการได้รับการติดตามจนครบตามกำหนดสูงกว่าผู้ที่เข้ารับการ

บำบัดหลายครั้ง และผู้ที่มีสถานะเป็นผู้ติดเชื้อหรือติดเชื้อรุนแรง นอกจากนี้ ผู้รับการบำบัดรักษาที่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 20 – 29 ปี มีอัตราการไม่ได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ (ร้อยละ 17.5) และการไม่ได้รับการติดตามจนครบตามกำหนด (ร้อยละ 27.9) สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ส่วนกลุ่มที่มารับการบำบัดเนื่องจากถูกจับกุมมีอัตราการไม่ได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ (Fail at Treatment) สูงกว่ากลุ่มที่มารับการบำบัดด้วยสาเหตุอื่นถึง 3 เท่า ในขณะที่กลุ่มที่มารับการบำบัดรักษาด้วยการสนับสนุนจากครอบครัวมีอัตราการจำหน่ายตามเกณฑ์ แต่ไม่ได้รับการติดตามสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ เช่นกัน (ตารางที่ 4)

องค์ประกอบของการบำบัดรักษา (Intervention Components) ได้แก่ ระบบการบำบัด หน่วยงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ หน่วยงานที่ทำหน้าที่ติดตาม และวิธีการติดตาม ทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับระดับการบรรลุผลกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามผู้เสพยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0001$ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Steven และคณะ (2008) ที่พบว่าอัตราการถอนตัวจากการบำบัดในแต่ละหน่วยบำบัดมีความแตกต่างกันอย่างมาก⁽¹²⁾ ระบบการบำบัดแบบสมัครใจมีอัตราการได้รับการติดตามจนครบกำหนด (Complete) สูงกว่าระบบอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ได้รับการบำบัดในระบบต้องโทษในเรือนจำ จะได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพและส่งต่อตามเกณฑ์ทั้งหมด แต่มีบางส่วนที่ไม่ไปรับการติดตามต่อเมื่อพ้นจากโทษ (No F/U) และมีจำนวนมาก (ร้อยละ 26.1) ที่ได้รับการติดตามไม่ครบกำหนด (Fail at F/U) ในขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู สำนักงานคุมประพฤติมีอัตราการไม่ได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์สูงอย่างน้อยสองเท่า (ร้อยละ 22.3) เมื่อเปรียบเทียบกับสถานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพอื่นๆ แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะในขั้นตอนการติดตาม สำนักงานคุมประพฤติ โรงพยาบาล

ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล มีอัตราการติดตามจนครบกำหนดสูงมากเช่นกัน ในขณะที่การติดตามโดยเรือนจำมีอัตราการติดตามจนครบกำหนดต่ำที่สุด (ร้อยละ 35.3) วิธีการติดตามที่ได้ผลที่สุดคือวิธีการติดตามแบบเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 79.6) รองลงมาคือการให้ผู้รับการบำบัดรักษามาพบที่หน่วยงาน (ร้อยละ 73.6) ส่วนการติดตามด้วยวิธีส่งจดหมายหรือโทรศัพท์เป็นการติดตามที่ได้ผลน้อยที่สุด (ร้อยละ 53.7)

อภิปรายผล

ความพยายามให้ผู้เสพยาคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องจนครบทุกขั้นตอน เป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะนำไปสู่การไม่กลับไปเสพยา การศึกษาชิ้นนี้จึงต้องการ ประเมินสถานการณ์การนำผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามช่วยเหลือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดพะเยา โดยพิจารณาถึงกระบวนการให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในแต่ละขั้นตอน เพื่อให้สามารถบ่งชี้กลุ่มเป้าหมายที่ทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้กำหนดนโยบายระดับท้องถิ่นควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับการบำบัดรักษายาเสพติดจำนวนครึ่งหนึ่งได้ถอนตัวออกไปจากการบำบัดรักษาในระหว่างขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

ในขั้นตอนการรักษา ผู้ที่ออกจากการบำบัดรักษาตั้งแต่ยังไม่ได้รับการส่งต่อครบตามเกณฑ์มีจำนวนร้อยละ 15.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมักจะเป็นเพศหญิง หรือเป็นผู้รับการบำบัดรักษาที่อยู่ในกลุ่มเยาวชนและผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี กลุ่มผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผู้ที่เคยได้รับการบำบัดรักษามาแล้วหลายครั้ง และ ผู้ที่ถูกบังคับหรือต้องโทษ ส่วนผู้ที่มีอาการติดยาเสพติดรุนแรงมีอัตราการได้รับการรักษาไม่สำเร็จสูง

มาก แสดงให้เห็นว่าบุคคลกลุ่มนี้มักจะล้มเหลวในการเข้ารับการบำบัดรักษา อาจมีการหลบหนี แล้วถูกจับกุมกลับเข้ามารับการบำบัดซ้ำหลายครั้ง จึงควรมีการปรับปรุงหรือคิดค้นวิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดรุนแรงหรือเพิ่มความเข้มงวดในระหว่างการบำบัดเพื่อเพิ่มอัตราการบำบัดที่สำเร็จในกลุ่มผู้รับการบำบัดที่มีความเปราะบาง

ในขั้นตอนการส่งต่อ ผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาจนครบตามกำหนดส่วนใหญ่จะถูกส่งต่อให้ไปรับการติดตาม จึงมีผู้ที่ไม่ปรากฏข้อมูลการติดตามในระบบข้อมูลคิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้รับการบำบัดรักษาทั้งหมดเท่านั้น กลุ่มที่มีอัตราการไม่มารับการติดตามสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ คือ ผู้ที่ไม่มียานพาหนะ ซึ่งอาจมีนัยยะว่าการมารับการติดตามนั้นมีความท้าทายในการเดินทาง ผู้ที่ไม่มีรายได้จากการทำงานอาจไม่เต็มใจหรือไม่เห็นความจำเป็นที่จะมารับการติดตามหลังจากได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูแล้ว นอกจากนี้ กลุ่มที่ไปรับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เป็นกลุ่มที่ไม่มีข้อมูลการติดตามมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นการขาดความเชื่อมโยงระหว่างการส่งต่อผู้รับการบำบัดผ่านกระบวนการรักษาไปสู่กระบวนการติดตาม ทั้งนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลมีบทบาทไม่มากนักในการให้การบำบัดรักษา แต่จะมีบทบาทมากในการติดตามหลังจากเสร็จสิ้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพจากสถานบำบัดอื่นๆ

ในขั้นตอนการติดตาม ผู้ที่ได้รับการส่งต่อตามเกณฑ์ที่กำหนดจะได้เข้าสู่กระบวนการติดตาม ผลการศึกษาระบุว่า ผู้ที่ได้รับการติดตามไม่ครบ 4 ครั้งในระยะเวลา 12 เดือนมีจำนวนถึงเกือบหนึ่งในสี่ หรือร้อยละ 23.9 ของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมด กลุ่มผู้ที่มีอัตราการติดตามไม่ครบสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ได้แก่ผู้รับการ

บำบัดที่เป็นเพศหญิง ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 20-39 ปี กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มผู้ที่มีงานทำเป็นกลุ่มที่เข้าสู่กระบวนการติดตามทั้งหมด แต่กลับมีอัตราการติดตามไม่ครบสูงถึงร้อยละ 29.8 ซึ่งน่าจะเป็นเพราะการกลับไปทำงานทำให้มารับการติดตามได้ไม่สะดวกและต่อเนื่อง เช่นเดียวกัน กลุ่มที่เข้ารับการบำบัดเนื่องจากถูกบังคับหรือต้องโทษ หรือได้รับการบำบัดในเรือนจำ ได้เข้าสู่กระบวนการติดตามจำนวนมาก แต่มีอัตราการติดตามไม่ครบสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ หลังพ้นจากการถูกควบคุมตัว วิธีการติดตามที่มีประสิทธิผลที่สุด คือการเยี่ยมบ้าน ซึ่งมักจะดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่ผู้รับการบำบัดรักษาที่ต้องเดินทางมาที่หน่วยงานติดตามก็มีแนวโน้มจะได้รับการติดตามจนครบกำหนดได้เช่นกัน ผู้ที่มารับการติดตามที่สำนักงานคุมประพฤติ ร้อยละ 97.1 ได้รับการติดตามจนครบกำหนด ในขณะที่การติดตามโดยวิธีทางไกล เช่นการใช้จดหมายหรือโทรศัพท์ มีอัตราการติดตามไม่ครบสูงเกือบร้อยละ 50 แสดงให้เห็นว่า การติดตามเชิงรุก หรือการติดตามที่ผู้รับการบำบัดรักษาและเจ้าหน้าที่มีโอกาสได้มีปฏิสัมพันธ์กัน เป็นการติดตามที่ได้ผลมากที่สุด

การติดตามให้ผู้รับการบำบัดรักษาสามารถอยู่จนครบกระบวนการ เป็นเงื่อนไขสำคัญที่นำไปสู่การเลิกเสพยาเสพติด การพัฒนากระบวนการให้การบำบัดรักษาเสพยาเสพติด จึงควรมุ่งเน้นไปที่การทำความเข้าใจลักษณะเฉพาะของผู้เข้ารับการบำบัด และการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ติดตาม เนื่องจากช่องทางการรับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และช่องทางการติดตามมีหลากหลาย ผู้รับการบำบัดอาจไปรับการบำบัดที่ศูนย์ฟื้นฟูแห่งหนึ่ง แล้วย้ายมารับการติดตามจากหน่วยงานอีกแห่งหนึ่งก็ได้

ฉะนั้น ควรมีการศึกษาถึงรายละเอียดของรูปแบบการให้การบำบัดรักษา และการผสมผสานหน่วยงานที่รับผิดชอบ (Treatment-Monitoring-Providers Mix) แก่ผู้รับการบำบัดรักษาที่เข้าสู่การบำบัดด้วยสาเหตุต่างๆ กัน อาทิ การบูรณาการรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้รับการบำบัดที่อยู่ในช่วงวัยทำงาน หรือบำบัดในระบบบังคับบำบัด ให้สามารถกลับมารับการติดตามอย่างใกล้ชิดด้วยวิธีการเยี่ยมบ้าน หรือมาพบที่หน่วยงาน กับโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชนที่ตนอาศัยหรือทำงานอยู่ได้ โดยหน่วยงานที่ติดตามจะต้องฝึกฝนการปฏิบัติงานเชิงรุกเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น อนึ่ง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดรักษา และผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทำความเข้าใจหลักการบำบัดยาเสพติด ขั้นตอน และวิธีการที่ชัดเจน การให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้ให้การบำบัดจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกัน และนำไปสู่การบำบัดรักษาฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพ^(9, 13)

การศึกษาชิ้นนี้มีความแตกต่างไปจากการศึกษาชิ้นอื่นๆ ที่ศึกษาการกลับไปเสพซ้ำเฉพาะในกลุ่มที่

ได้รับการติดตามครบตามกำหนด หรือเงื่อนไขส่วนบุคคลและสถานะทางสุขภาพของผู้เข้ารับบำบัดที่สัมพันธ์กับการกลับไปเสพซ้ำ⁽⁴⁻⁷⁾ แต่เป็นการศึกษาในมุมมองของการระบบการให้บริการทางสุขภาพ (Health services delivery system) โดยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบของกระบวนการบำบัดรักษา ฟื้นฟู และติดตาม ในฐานะที่เป็นบริบทของระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดยาเสพติด ไปพร้อมๆ กับเงื่อนไขระดับปัจเจกบุคคล ซึ่งการศึกษาด้วยแนวทางนี้ยังมีอยู่น้อยมากทั้งในวรรณกรรมของประเทศไทยและต่างประเทศ⁽¹⁰⁾ การศึกษาชิ้นนี้จึงมีข้อจำกัดในการนำข้อค้นพบที่ได้มาเปรียบเทียบกับผลการศึกษาศึกษาชิ้นอื่นๆ อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้วิธีการมองเชิงระบบ (System approach) กับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเพื่อบ่งชี้ให้เห็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับการบำบัดและบริบทของการบำบัด (the interplay between patients and treatment program) น่าจะเป็นแนวทางหนึ่งสำหรับการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office of Drugs and Crime. World Drug Report 2014. New York: United Nations; 2014.
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด; 2558.
3. ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดจังหวัดพะเยา (สพส.จ.พะเยา). บรรยายสรุปการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2557. พะเยา; 2557 : 1-7
4. นิติดา ทาสวรรณ, สุวรรณา จังคำ, สุพาภรณ์ สุขะสืบ, จันทนา ชุ่มเย็น, สุณิสา ศรีลา, อทิวราห์ จันฟู, วิทยา สวัสดิ์วิพิงศ์, อัมพิกา จันตะ, บุญยานุช เศษบริบูรณ์, กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด. สถานการณ์การใช้สารเสพติดของผู้เข้ารับการบำบัดในจังหวัดตาก ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555. วารสารการแพทย์สาธารณสุขเขต 2 2557; 2: 26-33.

- 5.จิระ ฉลาตัญญกิจ, มงคง มีครอง, พงษ์ศักดิ์ เชาว์น้อย, ณัฐวุฒิ ทองพลับ, บุญยานุช เชนบริบูรณ์, กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด, วิทยา สวัสดิคุณพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการบำบัดสารเสพติด จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2555. ลำปางเวชสาร 2557; 35 (มกราคม-มิถุนายน 2557): 11:19.
- 6.สุพร กาวินา, จรรยา ไชหนูน, บุญยานุช เชนบริบูรณ์. ลักษณะของผู้รับการบำบัดสารเสพติดที่เป็นเด็กและเยาวชนในจังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2553-2555. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 9 พิษณุโลก 2557; 2 (เมษายน-กันยายน 2557): 1-11.
- 7.ธนิศา หิรัญเทพ, อุมพร อุดมทรัพย์ากุล, รณชัย คงสกนธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่เสพยาเสพติดซ้ำในผู้เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(2): 157-164.
- 8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. รายงานประจำปี 2551. ปราจีนบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี; 2551.
- 9.สุมาลี ฝ่ายวิมล,การพัฒนาารูปแบบการติดตามผู้ป่วยยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่.(2553).วารสารการประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติครั้งที่ 11; เรื่องรู้ลึก รู้จริง รู้ทันยาเสพติด :89-90.
- 10.Brorson, H.H., Ajo, A.E., Rand-Hendriksen, K., Duckert, F. (2013). Drop-out from Addiction Treatment: A Systematic Review of Risk Factors. Clinical Psychological Review 33(8): 1010-1024.
- 11.Veach, L.J., Remley, T.P., Kippers, S.M., Sorg, J.D. (2000). Retention Predictors Related to Intensive Outpatient Programs for Substance Use Disorders. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 26(3): 417-428.
12. Stevens, A., Radcliffe, P., Sanders, M., Hunt, N. (2008). Early Exit Estimating and Explaining Early Exit from Drug Treatment. Harm Reduction Journal 5(13) doi:10.1186/1477-7517-5-13
- 13.Simpson, D.D, Joe, G.W., Rowan-Szal, G.A., Greener, J.M. (1997). Drug Abuse Treatment Process Components that Improve Retention. Journal of Substance Abuse Treatment 14(6): 565-572.

เคล็ดลับประหลาด ที่ลดน้ำหนักได้ผล!



น้ำอุ่น

ดื่มน้ำอุ่น 1 แก้ว ก่อนรับประทานอาหารแต่ละมื้อ สามารถช่วยให้เรารับประทานอาหาร "อึด" เร็วขึ้น



ออกกำลังกายในตอนเช้า

คนที่ออกกำลังกายตอนเช้าจะออกกำลังกายมากกว่า คนที่ออกกำลังกายในช่วงเวลาอื่นๆ ของวัน



ขนมมือเช้า

การรับประทานขนมในอาหารมือเช้าสามารถช่วย "ลด" ความอยากรับประทานขนม หรือของหวานระหว่างวันให้น้อยลงได้



กินบ่อยๆ!

การกินหลายมื้อ จะช่วยกระตุ้นระบบการเผาผลาญ แต่ต้องกินเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนและอาหารที่มีกากใย



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานในจังหวัดสุโขทัย

The effects of Health Promotion Program on health behavior of Aging support grandchild in Sukhothai Province

ปรีชา ภาชนะพรรณ ส.ม.

Preeya Phachanaphan M.P.H

ประสิทธิ์ เนียมกำเนิด ส.ม.

Prasit Niemkamnerd M.P.H

คัชรินทร์ ลวดลาย ส.ม.

Khacharin Luadlai M.P.H

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย

Srisamrong District Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และรับภาระเลี้ยงดูหลานในจังหวัดสุโขทัย พื้นที่ในการศึกษาวิจัยได้แก่อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัยซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรสูงอายุมากสุดแห่งหนึ่ง การวิจัยนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่มได้แก่ กลุ่มทดลอง ตำบลวังลึก อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัยและกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ ตำบลวัดเกาะ อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานด้วยการสุ่มแบบมีระบบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานโดยประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของแพนเดอร์ สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ independent t-test และ pair t-test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน

The effects of Health Promotion Program on health behavior of Aging support grandchild in Sukhothai Province

Preeya Phachanaphan M.P.H

Prasit Niemkamnerd M.P.H

Khacharin Luadlai M.P.H

Srisamrong District Public Health Office

Abstract

The objective of this research was to study the effects of Health Promotion Program on health behavior of aging who support grandchild in Sukhothai Province and to compare the health behavior of elderly who support grandchildren. This research was quasi - experimental research. The population was seniors aged 60 years and raised grandchild in Sukhothai Province. The site of study was Srisamrong district Sukhothai Province which is an area with one of the most elderly population in the province. The sample was divided into two groups: experimental group was in Wanglerg sub-district Si Samrong, Sukhothai and the comparison group was in Wat Koh Si Samrong, Sukhothai. The samples was selected by a systematic random sampling. In each group consist of 30 participants. For experimental group had involved the health promotion programs which applied health promotion of Pender theory. Statistics were using mean, percentage, independent t-test and pair t-test.

The results revealed that before the program a mean score of health behavior of experimental and control group were not statistically significantly. After the program ended, a mean score of health behavior of experimental group were statistically significantly higher than the mean score before participating the program ($p < 0.05$). After the program ended, a mean score of health behavior of experimental group were statistically significantly higher than the mean score of control group. ($p < 0.05$)

Keyword : Health Promotion Program , Health behavior , Aging support grandchild

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี 2548 โดยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 (7.29.5 ล้านคน) และในปี 2556 ร้อยละ 14.26 (9.5 ล้านคน) ของประชากรทั้งหมด ประชากรผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี 2568 ซึ่งคาดว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) และสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดสุโขทัย ร้อยละ 15.9 และอำเภอศรีสำโรง ร้อยละ 16.83 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ ในการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรที่เกิดขึ้น ได้ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ และสังคมกับตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว จนถึงระดับประเทศ จึงนับว่าเป็นประเด็นปัญหาสำคัญ นอกจากนี้ ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประเทศไทยที่สำคัญอีกหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงลักษณะสังคมและวัฒนธรรม เดิมจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ซึ่งในอดีตผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว (ซึ่งบรรทัดฐานทางสังคมสอนให้บุตรมีความกตัญญูต่อบุพการีและทดแทนบุญคุณบิดามารดา) และการขยายตัวของชุมชนที่มีความเมืองมากขึ้นทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป ในการเป็นสังคมอุตสาหกรรมมีการไปทำงานต่างพื้นที่ของกลุ่มวัยแรงงาน ทำให้ครอบครัวส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่บ้านเป็นเด็กและผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุขาดคนดูแล และบางคนต้องรับภาระในการดูแลหลานอีก

จากผลการสำรวจสุขภาพะผู้สูงอายุไทย ปี 2556⁽²⁾ พบว่าผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แต่มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่มี

สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ส่วนที่เหลือร้อยละ 95 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 41 เบาหวานร้อยละ 18 ข้อเสื่อมร้อยละ 9 พิการร้อยละ 6 ซึมเศร้าร้อยละ 1 และผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ 1 สอดคล้องกับอัตราป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปของกระทรวงสาธารณสุขที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังทั้งนี้ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ไม่รู้ตัวว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังในระยะต้นเนื่องจากยังไม่แสดงอาการซึ่งอาจนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสียชีวิตได้เช่นโรคไตวายโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองนอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุยังนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยจะพบมากยิ่งขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุควรเป็นไปในเชิงรุกนอกสถานพยาบาลเน้นบทบาทครอบครัวและชุมชนในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เช่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคให้ถูกต้องและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสในการเป็นโรคเรื้อรังขณะที่ภาครัฐก็ควรพัฒนาระบบการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานอย่างถ่วงหน้าและมีคุณภาพเพื่อลดปัญหาโรคแทรกซ้อน⁽³⁾ และสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการจากลูกหลาน คือการให้ลูกหลานมาพูดคุยหรือมาเยี่ยมเยียน ดูแลปรนนิบัติเมื่อเจ็บป่วย⁽⁴⁾ จากการศึกษา ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ ผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ มีภาวะการเจ็บป่วย และภาวะโรคเรื้อรัง การได้รับสวัสดิการทางสุขภาพและการใช้สิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นในภาพรวมผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดได้รับสิทธิประโยชน์ หรือหลักประกันทางสุขภาพอย่างน้อย 1 สิทธิหรือหลักประกันผู้สูงอายุใน

กรุงเทพฯ และในเขตเมือง มีแนวโน้มประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพในระดับปฐมภูมิเพื่อการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย รวมถึงการบริการตรวจรักษาและควบคุมภาวะโรคเรื้อรัง ในขณะที่ผู้สูงอายุในชนบทมีแนวโน้มประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพในระดับทุติยภูมิ กรณีการเจ็บป่วยรุนแรงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่สำคัญของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ และในเขตเมืองเป็นในเรื่องของ“ระยะเวลาที่ใช้”ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทเป็นในเรื่องของ “ภาระค่าใช้จ่าย” โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ

ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ต้องรับภาระในการดูแลหลาน จึงให้ความสนใจที่จะศึกษารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนำผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ในจังหวัดสุโขทัย เพื่อจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม

2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษา เป็น

การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกพื้นที่ อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และรับภาระเลี้ยงดูหลานในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรสูงอายุมากสุดแห่งหนึ่ง การวิจัยนี้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นสองกลุ่มได้แก่ กลุ่มทดลอง ตำบลวังลึก อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัยและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ตำบลวัดเกาะ อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานด้วยการสุ่มแบบมีระบบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานโดยประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของแพนเดอร์เกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นประชากรกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1.เป็นผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน
- 2.ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 3.ไม่มีโรคประจำตัวรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย
4. ผู้สูงอายุยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. พบกลุ่มครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2)

1.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม แนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับ ซึ่งแจ้งเรื่องการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Pre-test) และมีการตรวจร่างกาย การชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง

1.2 ในสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยในด้านอาหาร จะให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของอาหาร ว่าอาหารประเภทใดควรรับประทานปกติ หรือรับประทานน้อย หรือควรหลีกเลี่ยง พร้อมกับยกตัวอย่างเมนูอาหารและสาธิตการจัดสัดส่วนอาหาร ในการประกอบอาหาร สาธิตการใช้ตัวแบบอาหารจริงโดยอธิบายให้กับกลุ่มทดลองเห็นอย่างชัดเจน และยกตัวอย่างเมนูอาหาร ที่สามารถจัดหาได้ในบริบทของชุมชน เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการรับประทานอาหารหลังจากจบกิจกรรม ในด้านการออกกำลังกาย อธิบายถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย ชนิดของการออกกำลังกาย ยกตัวอย่างพร้อมสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ และให้กลุ่มทดลองได้ร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายโดยผู้วิจัยเป็นผู้สาธิตการออกกำลังกาย และผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้คอยกระตุ้นกลุ่มทดลองในการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด อธิบายอาการของภาวะเครียด ผลเสียของความเครียด วิธีการจัดการความเครียด จากนั้นนั่งสมาธิร่วมกันเป็นระยะเวลา 10 นาทีโดยมีการเปิดเพลงเบาๆ สบาย ๆ เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม อธิบายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นอย่างไร มีอะไรบ้าง ประโยชน์ของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากนั้นมีการสร้างอิทธิพลทางสถานการณ์ให้สำหรับผู้ที่เข้าร่วมวิจัยว่าถ้าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้น ทางผู้วิจัยจะมีการมอบรางวัลเป็นการตอบแทนในสัปดาห์สุดท้ายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มทดลองในการพบกันครั้งที่ 2 คือ สัปดาห์ที่ 3

2. พบครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่3)

กิจกรรมสัปดาห์นี้ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองสรุปอุปสรรคปัญหาภายในและภายนอกในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร่วมกับการซักถามกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินความรู้สึกลงในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและหลังการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและประเมินความสามารถของกลุ่มทดลองในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เมื่อทางกลุ่มทดลองประเมินตนเองทั้ง 5 ด้านแล้ว ได้มีการนำผลการประเมินมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาลดอุปสรรค ความรู้สึกด้านลบร่วมกันโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองร่วมคิดหาแนวทางร่วมกันเพื่อนำแนวทางที่ได้ไปแก้ไขปัญหานั้นผู้วิจัยให้ทางเลือกแก่กลุ่มทดลองในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพต่อไปหรือยุติการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สำหรับกลุ่มทดลองที่ตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพต่อไปจะมีการเขียนความมุ่งมั่นของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพลงบนกระดาษร่วมกันโดยถือว่ากระดาษแห่งความมุ่งมั่นนี้เป็นแรงผลักดันและตัวกระตุ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพไปสู่ความสำเร็จร่วมกัน จากนั้นผู้วิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจกลุ่มทดลองและนัดหมายพบกันอีกครั้งที่ 3,4

3. พบครั้งที่ 3 และ 4 กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6, และ 9) กิจกรรมสัปดาห์นี้เป็นการใช้อิทธิพลระหว่างบุคคลคือตัวผู้วิจัยและผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองในการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการที่ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่บ้าน และกระตุ้นให้ญาติหรือเพื่อนบ้านมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านอาหาร ได้มีการจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เน้นการ

ประยุกต์อาหารพื้นบ้าน เช่น แกลงผัดตำลึง แกลงเลียงห้วยปลี แกลงมะละกอ เป็นต้น ส่วนด้านการออกกำลังกาย แนะนำให้ญาติหรือเพื่อนบ้านร่วมออกกำลังกายกับกลุ่มทดลอง ด้านการจัดการความเครียดมีการฝึกทำสมาธิเพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย เกิดภาวะจิตใจที่สงบ และเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพต่อไป จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เมื่อพบปัญหาและอุปสรรคในระหว่างปฏิบัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีการใช้สิทธิพลด้านสถานการณ์ โดยการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อ โดยผู้วิจัยจะติดต่อกระตุ้นทางโทรศัพท์เป็นระยะ และสำหรับกลุ่มทดลองถ้ามีปัญหาใดๆ ที่จะปรึกษาและขอคำแนะนำเพิ่มเติมก็สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

4. พบครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 12)

4.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 12

4.2 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบสุขภาพ ชั่งน้ำหนักวัดรอบเอว ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมด เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกาย หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 12

4.3 ผู้วิจัยมอบรางวัลในผู้ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้

4.4 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งผล

ต่องานวิจัย รวมทั้งจะเสนอผลการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบในภาพรวมเมื่อผู้วิจัยวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลแล้วเสร็จ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสังเกต ระบุการสังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 9 การสัมภาษณ์ ระบุ การสัมภาษณ์เกี่ยวกับการการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 6 การสนทนากลุ่ม การใช้แบบสัมภาษณ์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน กลุ่มละ 30 คน ตอบแบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อหาความแตกต่างทางสถิติ โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทำการวิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกลุ่มตัวอย่าง 2. ข้อมูล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทำการวิเคราะห์ดังนี้ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ pair t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ				
- ชาย	4	(13.3)	7	(23.3)
- หญิง	26	(86.7)	23	(76.7)
กลุ่มอายุ				
- 60 – 70 ปี	27	(90.0)	20	(66.7)
- 71 – 80 ปี	3	(10.0)	9	(30.0)
- 81 ปี ขึ้นไป	0	(0.0)	1	(3.3)
ระดับการศึกษา				
- ไม่ได้เรียน	0	(0.0)	1	(3.3)
- ประถมศึกษา	25	(83.4)	29	(96.7)
- มัธยมศึกษา	1	(3.3)	0	(0.0)
- อนุปริญญา	1	(3.3)	0	(0.0)
- ปริญญาตรี	3	(10.0)	0	(0.0)
สถานภาพสมรส				
- โสด	3	(10.0)	1	(3.3)
- คู่	13	(43.3)	20	(66.7)
- หม้าย	11	(36.7)	9	(30.0)
- หย่า	2	(6.7)	0	(0.0)
- แยกกันอยู่	1	(3.3)	0	(0.0)
อาชีพ				
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	(26.7)	16	(93.3)
- เกษตรกรรม	8	(26.7)	8	(26.7)
- ค้าขาย	1	(3.3)	3	(10.0)
- รับจ้าง	7	(23.3)	3	(10.0)
- ข้าราชการบำนาญ	3	(10.0)	0	(0.0)
รายได้ต่อเดือน				
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	11	(36.7)	13	(43.3)
- 5,001 – 10,000 บาท	16	(53.3)	17	(56.7)
- 10,001 บาทขึ้นไป	3	(10.0)	0	(0.0)

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนมาเป็นเพศหญิง อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 60-70 ปี จบระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ รายได้ส่วนมากอยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ส่วนอาชีพนั้น พบว่า กลุ่มทดลอง มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน 3 อาชีพ ได้แก่ เกษตรกรรม รับจ้าง และ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	DF	P-value
ด้านอาหาร						
- กลุ่มทดลอง	30	40.10	4.751	0.482	58	0.632
- กลุ่มควบคุม	30	40.60	3.114			
ด้านออกกำลังกาย						
- กลุ่มทดลอง	30	19.23	3.785	5.021	58	0.410
- กลุ่มควบคุม	30	19.93	4.370			
ด้านโรคยา						
- กลุ่มทดลอง	30	29.90	4.634	2.745	58	0.208
- กลุ่มควบคุม	30	28.20	2.747			
ด้านความเครียด						
- กลุ่มทดลอง	30	37.73	5.795	3.336	58	0.501
- กลุ่มควบคุม	30	36.97	2.157			
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม						
- กลุ่มทดลอง	30	28.50	6.124	3.001	58	0.704
- กลุ่มควบคุม	30	28.97	4.406			

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในทุกๆ ด้าน ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง
ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกลุ่มทดลอง	N	$\bar{X}$	S.D.	t	DF	P-value
ด้านอาหาร						
- ก่อน	30	40.10	4.751	6.008	29	0.000
- หลัง	30	46.20	3.448			
ด้านออกกำลังกาย						
- ก่อน	30	19.23	3.785	5.113	29	0.000
- หลัง	30	24.20	3.056			
ด้านโรคยา						
- ก่อน	30	29.90	4.634	4.450	29	0.000
- หลัง	30	34.53	2.862			
ด้านความเครียด						
- ก่อน	30	37.73	5.795	0.874	29	0.039
- หลัง	30	39.63	3.459			
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม						
- ก่อน	30	29.50	6.124	5.314	29	0.000
- หลัง	30	35.47	3.126			

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรม การส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	N	$\bar{X}$	S.D.	t	DF	P-value
ด้านอาหาร						
- กลุ่มทดลอง	30	46.20	3.448			
- กลุ่มควบคุม	30	40.87	2.662	6.706	58	0.000
ด้านออกกำลังกาย						
- กลุ่มทดลอง	30	24.20	3.056			
- กลุ่มควบคุม	30	15.23	3.025	11.422	58	0.000

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	N	$\bar{X}$	S.D.	t	DF	P-value
ด้านโรคยา						
- กลุ่มทดลอง	30	34.53	2.862	7.592	58	0.000
- กลุ่มควบคุม	30	29.33	2.426			
ด้านความเครียด						
- กลุ่มทดลอง	30	38.63	3.459	5.963	58	0.000
- กลุ่มควบคุม	30	33.53	3.159			
ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม						
- กลุ่มทดลอง	30	35.47	3.126	13.075	58	0.000
- กลุ่มควบคุม	30	25.77	2.595			

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในทุกๆ ด้าน

อภิปรายผล

จากการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม โดยภายในกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและระหว่างกลุ่มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ อาจเป็นเพราะว่าโปรแกรมได้มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และมีความเข้าใจ ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตลอดจนผู้สูงอายุมีการพัฒนาศักยภาพในด้าน

พฤติกรรมการกินอาหารส่งเสริมสุขภาพ⁽⁶⁾ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีการจัดการความเครียด⁽⁷⁾ เช่น การนั่งสมาธิ นอกจากนี้ยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น อีกประการหนึ่งในการจัดโปรแกรมนี้คณะผู้วิจัยได้สร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัลเป็นการตอบแทนและมีการประเมินความรู้สึกหลังจากประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽⁸⁾ ที่กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อเห็นว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลบวกต่อตนเองและประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นทั้งประโยชน์ภายในและภายนอก กล่าวคือ ประโยชน์ภายใน เช่น รู้สึกร่างกายแข็งแรง ส่วนประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัล สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า ผลการวิจัยนี้

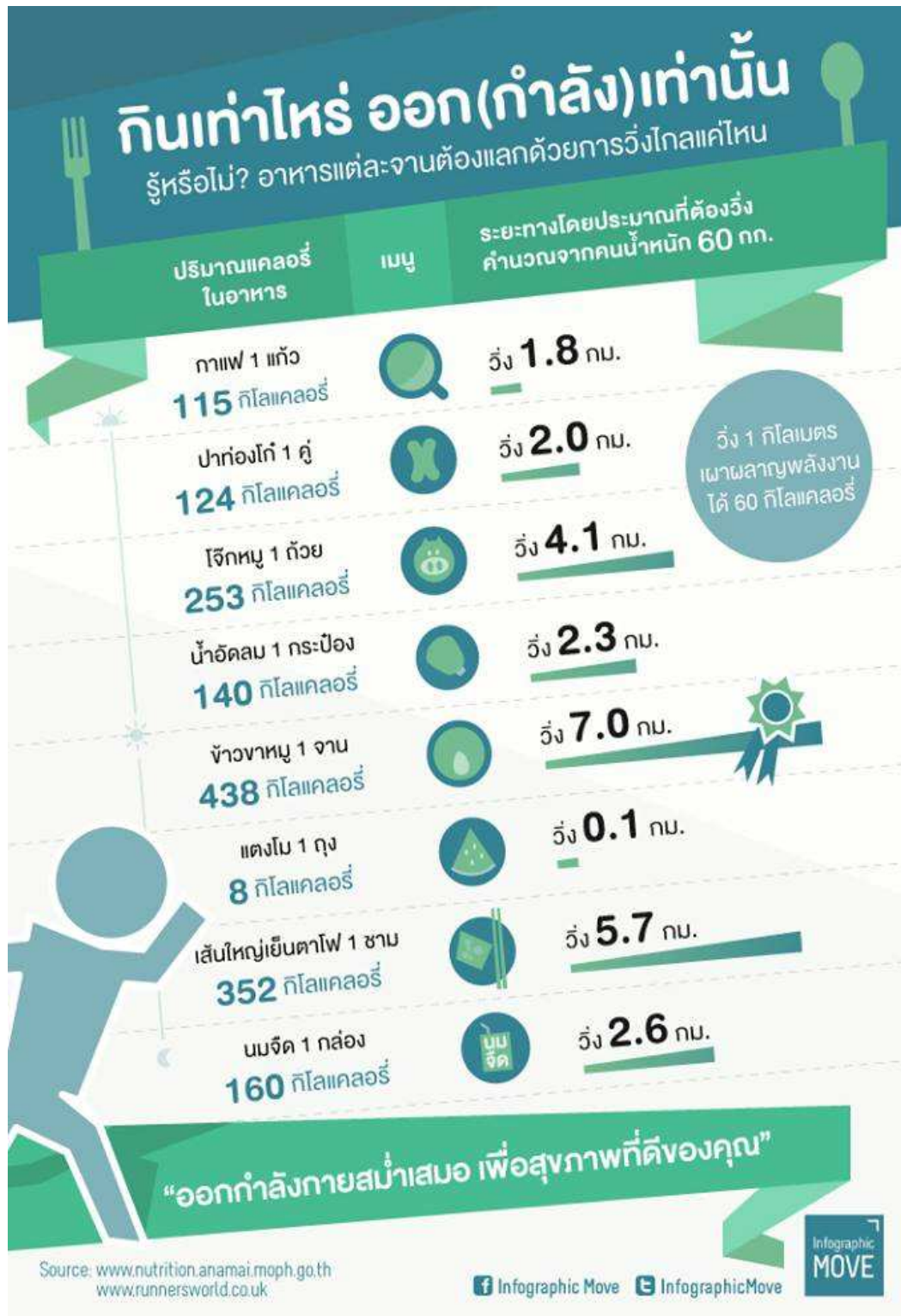
สอดคล้องกับงานวิจัยของเสนห์ แสงเงิน^(๑) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังโดยพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในด้านการรับประทานอาหารส่งเสริมสุขภาพ การจัดการความเครียด การเคลื่อนไหวออกแรงที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและการลดปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2556.กรุงเทพมหานคร:สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่ง ปี พ.ศ. 2557.
2. เฉลิมพล แจ่มจันทร์.ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุสถาบันวิจัยประชากรและสังคม.มหาวิทยาลัยมหิดล,2554.
3. สุวิณี วิวัฒน์วานิชและคณะ.โครงการสถานการณ์ความยากจนในผู้สูงอายุและรูปแบบการจัดการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย,2551.
4. วิภาพร ลิทธิศาสตร์,สุชาดา สนวนุ่ม.พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สถาบันบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2550.

ข้อเสนอแนะ

- 1.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพไปปรับใช้กับผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานในกลุ่มอื่นและควรให้สิทธิผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มควบคุมได้เข้าร่วมกระบวนการ
- 2.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานและควรให้การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มคนเหล่านี้อย่างทั่วถึง
5. คณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ และผู้พิการสภาผู้แทนราษฎร.การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 1).สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ,2553.
6. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. อาหารทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. พิมพ์ที่โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด,2545.
7. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 65 ปีขึ้นไป. พิมพ์ที่โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด,2557.
- 8.สุริย์ ธรรมิกบวร. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สืบค้นจาก <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/PD.pdf> เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2558
9. เสนห์ แสงเงิน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร 2558



คุณภาพชีวิตของผู้พิการ อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

Quality of Life of the Disabled in Tha Yang District

Phetchaburi Province

ศิรินทร์ กรุงศรีเมือง พย.บ.

Sirin Krungsrimaung B.N.S

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

Phetchaburi Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้พิการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้พิการที่สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิในอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 347 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัชฌิมเลขคณิต และวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้วยสถิติ t-test และ ONE-WAY ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ผู้พิการมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลางร้อยละ 75.2 และมีคุณภาพชีวิตด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลางทุกด้าน ร้อยละ 76.2, 65.5, 57.0 และ 70.4 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบ ผู้พิการที่มีปัจจัยคุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน ประเภทความพิการ การดูแลตนเองด้านการแต่งตัว ทำความสะอาดตนเอง การจัดการขับถ่ายปัสสาวะ การจัดการขับถ่ายอุจจาระและการดูแลตนเองขณะมีประจำเดือน แตกต่างกัน จะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้พิการมีความต้องการช่วยเหลือด้านเบี้ยยังชีพ และการจัดการด้านการทำงาน เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้พิการโดยหน่วยงานภาครัฐควรนำข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ เป็นปัจจัยพิจารณากำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต โดยสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคเอกชนและองค์กรในชุมชน ในด้านการจัดหางานที่เหมาะสม การฝึกอบรมสร้างเสริมอาชีพ การจัดอบรมสมาชิกในครอบครัวเพื่อการดูแลอย่างถูกต้อง การจัดบริการด้านสาธารณสุขเพื่อการเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต , ผู้พิการ

Quality of Life of the Disabled in Tha Yang District

Phetchaburi Province

Sirin Krungsrimaung B.N.S

Phetchaburi Provincial Public Health Office

Abstract

The disabled are an underprivileged group in the society, and they deserve to gain assistance so as to enable them to be self-dependent and live their life happily in the society. The purpose of this study is to explore quality of life of the disabled in Thayang district, Phetchaburi province, as well as make a comparison analysis of quality of life of the disabled with different factors of demographic characteristics, type of disability, and self-care. The sample consist of 347 disabled people in Thayang district, Phetchaburi province who were randomly selected by the stratified sampling. The data were collected by the questionnaire, and analyzed by SPSS program, percentage, and arithmetic mean. The comparison analysis of quality of life was made by t-test and one-way ANOVA.

The results of the study revealed that the overall quality of life of the disabled was at a moderate level (75.2%), and their quality of life in a physical, psychological, social relationship, and environmental aspect were all at a moderate level (76.2%, 65.5%, 57.0%, and 70.4% respectively). The comparison analysis of the disabled with different demographic characteristics, i.e., age, monthly income, type of disability, dressing, personal hygiene, urination, excretion, and self-care during the menstruation period reported that these people had different quality of life with a 0.05 level of statistical significance. In addition, the disabled needed the assistance in relation to living allowance and career management in order to improve their quality of life.

The findings of the study suggested that the quality of life of the disabled should be improved, whereby the government agencies should formulate the policy and action plan to enhance quality of life through the establishment of partnership networks with the private sector and organizations in the community regarding proper employment, vocational training, training courses provided for family members to ensure appropriate care, public health services arrangement for comprehensive accessibility to the services, promotion of welfare and respect shown to the disabled in the community in order to contribute to sustainable well-being and good quality of life of the disabled.

Keyword : Quality of Life , Disabled

บทนำ

เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่า ปัญหาความพิการส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและประเทศชาติโดยรวมทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจและสิทธิของบุคคล ผู้พิการนับเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคมซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการดูแลเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งคุณภาพชีวิตตามนิยามขององค์การอนามัยโลกหมายถึงระดับของการมีชีวิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ และการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคม⁽¹⁾ จากข้อมูลสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ เดือนกุมภาพันธ์ 2556 พบว่า ผู้พิการในประเทศไทยมีจำนวน 1,346,791 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 46.17 เป็นผู้พิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว ผู้พิการเหล่านี้มีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽²⁾ ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมา รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ โดยจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการแห่งชาติ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ ผู้พิการได้รับการคุ้มครองสิทธิมีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ มีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่และมีความเสมอภาคภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค อันเป็นแนวทางที่เคารพในคุณค่า สิทธิความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผลจากแผนพัฒนาฯ ดังกล่าวหน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการจึงถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ในการดูแลให้บริการผู้พิการอย่างเหมาะสมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี มีนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ ได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้พิการอย่างมีส่วนร่วม มีการสำรวจสถานะสุขภาพ ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้พิการ ผลการสำรวจ

ข้อมูล พบว่า จำนวนผู้พิการทั้งสิ้น 899 ราย ส่วนใหญ่มีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหว จำนวน 425 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.27 รองลงมาเป็นผู้พิการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 20.80 พิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย จำนวน 105 คน คิดเป็น ร้อยละ 11.68 พิการทางการมองเห็น 97 คน คิดเป็นร้อยละ 10.79 พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 4.67 และพิการซ้ำซ้อน จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 4.78 พบว่าผู้พิการทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว รวมถึงผู้ป่วยจิตเวช ประสบปัญหาในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ โดยมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล และการได้รับการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน ตลอดจนอาคารสถานที่ อุปกรณ์ และสื่อที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ของผู้พิการ ผู้พิการทางการมองเห็นต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คือ การสนับสนุนเรื่องการศึกษา สำหรับคนตาบอด และการประกอบอาชีพ⁽³⁾ ซึ่งจังหวัดเพชรบุรีมีโรงเรียนสอนคนตาบอดเพียง 1 แห่ง เป็นของเอกชน ผู้พิการทางด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ ออทิสติก ต้องการให้มีการจัดกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการเพื่อส่งเสริมเรื่องการเรียนรู้ ซึ่งจะทำได้ทำให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ลดภาระผู้ดูแล ผู้พิการทางการได้ยินต้องการสิ่งสนับสนุนคือ เครื่องช่วยฟัง

จากสภาพปัญหาของผู้พิการ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจว่าคุณภาพชีวิตของผู้พิการในอำเภอท่ายางเป็นอย่างไร และปัจจัยทางด้านคุณลักษณะประชากร การดูแลตนเองและประเภทความพิการของผู้พิการจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้พิการมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนจัดโครงการให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้พิการทุกประเภทอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้พิการได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการในอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบูรณ์ทั้งโดยรวมและจำแนกรายด้าน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตผู้พิการจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะประชากรประเภทความพิการ และการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน
3. ปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้พิการ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้พิการที่มีปัจจัยคุณลักษณะประชากรแตกต่างกัน จะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
2. ผู้พิการที่มีการดูแลตนเองแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
3. ผู้พิการที่มีประเภทของความพิการแตกต่างกัน จะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งมีสิทธิตามโครงการหลักประกันสุขภาพฯ ในรอบปีงบประมาณ 2557ทั้งสิ้น 1,125 คน โดยจำแนกตามพื้นที่เป็นรายตำบล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้พิการซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซีและมอร์แกน⁽⁴⁾ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 286.5 คนในการนี้เพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความสูญหายของข้อมูล ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจึงไม่ควรน้อยกว่า 344 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยกำหนดโซนพื้นที่ของอำเภอท่ายางเป็น 3 โซน ต่อจากนั้นกำหนดสัดส่วนในแต่ละโซนเป็น 1:1:1 โดยสุ่มเลือกพื้นที่ตำบลตามที่ตั้งของสถานีอนามัย โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้พื้นที่ตัวอย่างโซน

ละ 3 ตำบล ยกเว้น โซน 3 ที่มีพื้นที่ 2 ตำบล และกำหนดสัดส่วนจำนวนผู้พิการระหว่างโซน 1: โซน 2: โซน 3 เท่ากับ 3:2:1 การเก็บข้อมูลจากผู้พิการจะจำแนกประเภทในกลุ่มผู้พิการทางการเคลื่อนไหว : ผู้พิการอื่น ๆ ทุกประเภท ในแต่ละตำบลโดยใช้สัดส่วนเท่ากับ 2:1 ยกเว้นผู้พิการการเรียนรู้จะเก็บทุกคนในพื้นที่ที่เป็นตัวอย่าง จนครบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดซึ่งจำนวนตัวอย่างที่เก็บข้อมูล เท่ากับ 347 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด มี 5 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นคำถามคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประเภทผู้พิการ ส่วนที่ 3 การดำรงชีวิต ส่วนที่ 4 ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือและส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตการสร้างและทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทบทวนเอกสารและสร้างแบบสอบถามทั้งชุดแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลท่ายาง และนักวิชาการสาธารณสุขของอำเภอท่ายาง จำนวน 3 ท่าน พิจารณาทั้งนี้ในชุดข้อมูลทั่วไปของผู้พิการใช้แนวของการเก็บสำรวจ ข้อมูลผู้พิการของโรงพยาบาลท่ายาง เป็นแนวทางแล้วนำมาปรับเล็กน้อยเพื่อความเหมาะสมต่อจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้พิการในตำบลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่เป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงส่วนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.87

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของอำเภอท่ายาง ต่อจากนั้นสุ่มพื้นที่และสุ่มหาผู้พิการจากทะเบียนรายชื่อผู้พิการตามพื้นที่ที่กำหนดและประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน

โรงพยาบาลตำบลส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยเดินทางไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลตำบลที่เป็นพื้นที่ตัวอย่างและอธิบายวิธีการเก็บข้อมูลและทดลองใช้แบบสอบถามแห่งละ 1 วัน และมอบแบบสอบถามให้เก็บข้อมูลโดยให้เจ้าหน้าที่จัดส่งคืนภายในเวลา 1 เดือน ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2557 ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดได้รับแบบสอบถามกลับคืน ทั้งหมด 347 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของตัวอย่างที่กำหนดแล้วนำมาลงรหัสเพื่อประมวลผลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ โดยสถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัธยฐานเลขคณิต ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และทดสอบความแตกต่าง โดยค่า t-test และ ONE-WAY ANOVA

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้พิการ จำแนกตามลักษณะความพิการ

ลักษณะความพิการ	จำนวน	ร้อยละ
1.ประเภทความพิการ		
- การมองเห็น	22	6.3
- การเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย	28	8.1
- ทางจิตใจหรือพฤติกรรม (ผู้ป่วยจิตเวช)	39	11.2
- ทางสติปัญญา	98	28.2
- ทางการเรียนรู้	29	8.4
- ทางออทิสติก	9	2.6
- ทางหู	34	9.8
- อื่นๆ	6	1.7
- พิการซ้ำซ้อน	22	6.3
รวม	347	100.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะความพิการผู้พิการส่วนใหญ่เป็นความพิการทางสติปัญญา ร้อยละ 28.2 รองลงมาเป็นความพิการจากจิตใจ ร้อยละ 11.2 ระยะเวลาของความพิการ ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 22.0 (ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 28.9 ปี) รองลงมา

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากรของผู้พิการ ผู้พิการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.7 ส่วนมากเป็นผู้มีอายุช่วงระหว่างวัยกลางคนและผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.7 เท่ากัน (อายุเฉลี่ยประมาณ 44.2 ปี) อายุมากที่สุด 94 ปี และต่ำสุด 3 ปี สถานภาพสมรสเป็นโสด ร้อยละ 67.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 69.2 มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกร ร้อยละ 34.7 และ 31.3 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท ร้อยละ 56.3 (รายได้เฉลี่ยประมาณ 1,875.5 บาท) และส่วนใหญ่ไม่เพียงพอใช้จ่าย ร้อยละ 81.0 จำแนกลักษณะความพิการ ดังนี้

ระหว่าง 11-20 ปี ร้อยละ 19.7 สาเหตุความพิการ ส่วนใหญ่เป็นตั้งแต่กำเนิด ร้อยละ 61.1 รองลงมาเกิดจากการเจ็บป่วยและเกิดจากอุบัติเหตุและอื่นๆ ร้อยละ 22.8, 12.4 และ 3.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้พิการ จำแนกตามความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิตรายด้านและรายข้อ

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ระดับความเห็น						$\bar{X}$	SD
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	รวม		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
1.ด้านร่างกาย								
1.1 การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ไม่สามารถ ทำในสิ่งที่ต้องการได้	35 (10.2)	124 (36.2)	138 (40.2)	35 (10.2)	11 (3.2)	343 (100.0)	3.4	0.9
1.2 มีกำลังเพียงพอจะทำการต่างๆ ในแต่ละวันได้ (ทั้งเรื่องร่างกายหรือ การดำเนินชีวิตส่วนตัว)	21 (6.2)	56 (16.4)	170 (49.9)	85 (24.9)	9 (2.6)	341 (100.0)	3.0	0.9
1.3 ความพอใจต่อการนอนหลับ	10 (2.9)	39 (11.5)	166 (48.8)	109 (32.1)	16 (4.7)	340 (100.0)	3.2	0.8
1.4 ความพอใจต่อความสามารถ ทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	14 (4.2)	54 (16.1)	162 (48.2)	96 (28.6)	10 (3.0)	336 (100.0)	3.1	0.9
1.5 ความจำเป็นไปรับการรักษายาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ ในแต่ละวัน	29 (8.8)	82 (24.8)	143 (43.2)	64 (19.3)	13 (3.9)	331 (100.0)	3.2	1.0
1.6ความพอใจกับความสามารถ ในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ	22 (6.6)	61 (18.2)	161 (48.1)	81 (24.2)	10 (3.0)	335 (100.0)	3.0	0.9
1.7ความสามารถไปไหนมาไหน ด้วยตนเอง	36 (10.7)	61 (18.2)	145 (43.3)	77 (23.0)	16 (4.8)	335 (100.0)	2.9	1.0
2.ด้านจิตใจ								
2.1 ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	22 (6.4)	54 (15.8)	179 (52.3)	74 (21.6)	13 (3.8)	342 (100.0)	3.0	0.9
2.2 มีสมาธิในการทำงานต่างๆ ได้ดี	31 (9.2)	72 (21.3)	156 (46.2)	74 (21.9)	5 (1.5)	338 (100.0)	2.9	0.9
2.3 รู้สึกพอใจในตนเอง	27 (8.0)	49 (14.5)	174 (51.3)	79 (23.3)	10 (2.9)	339 (100.0)	3.0	0.9
2.4 ขอมรับรูปร่างหน้าตาตนเอง	13 (3.9)	48 (14.5)	163 (49.8)	82 (24.8)	23 (6.9)	331 (100.0)	3.2	0.9
2.5 มีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	61 (18.0)	122 (36.1)	120 (35.5)	26 (7.7)	9 (2.7)	338 (100.0)	3.6	1.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้พิการ จำแนกตามความคิดเห็นต่อคุณภาพชีวิตรายด้านและรายข้อ (ต่อ)

คุณภาพชีวิตรายด้าน	ระดับความเห็น						$\bar{x}$	SD
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	รวม		
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)		
3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม								
3.1 พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับ คนอื่นอย่างสม่ำเสมอ	12 (3.6)	40 (11.9)	154 (45.8)	102 (30.40)	28 (8.3)	336 (100.0)	3.3	0.9
3.2 พอใจกับการช่วยเหลือที่เคย ได้จากเพื่อนๆ	10 (3.0)	39 (11.6)	168 (50.1)	104 (31.0)	14 (4.2)	335 (100.0)	3.2	0.8
3.3 พอใจในชีวิตทางเพศ (หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้น แล้ว สามารถมีวิธีการทำให้ผ่อนคลาย เองได้)	93 (30.7)	71 (23.4)	102 (33.7)	34 (11.2)	3 (1.0)	303 (100.0)	2.3	1.1
4.ด้านสิ่งแวดล้อม								
4.1 รู้สึกชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย ในแต่ละวัน	15 (4.5)	32 (9.6)	176 (53.0)	98 (29.5)	11 (3.3)	332 (100.0)	3.2	0.8
4.2 พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	9 (2.7)	39 (11.7)	165 (49.5)	96 (28.8)	24 (7.2)	333 (100.00)	3.1	0.8
4.3 มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	21 (6.3)	82 (24.6)	184 (55.1)	42 (12.6)	5 (1.5)	334 (100.0)	2.9	0.8
4.4 พอใจในความสามารถในการใช้ บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	8 (2.4)	39 (11.5)	165 (48.8)	107 (31.7)	19 (5.6)	338 (100.0)	3.3	0.8
4.5 รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิต แต่ละวัน	30 (9.0)	61 (18.2)	156 (46.6)	81 (24.2)	7 (2.1)	335 (100.0)	3.1	0.8
4.6 มีโอกาสพักผ่อน คลายเครียด	10 (3.0)	52 (15.4)	176 (52.2)	83 (24.6)	16 (4.7)	337 (100.0)	3.1	0.8
4.7 สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	5 (1.5)	40 (11.9)	174 (51.9)	100 (29.9)	16 (4.8)	335 (100.0)	3.2	0.8
4.8 พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (การคมนาคม)	37 (11.0)	62 (18.5)	161 (47.9)	65 (19.3)	11 (3.3)	336 (100.0)	2.9	1.0

จากตารางที่ 2 พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้พิการในอำเภอ
ท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี มีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 75.2 ($\bar{x}$ = 78.7 SD = 15.2) เมื่อ
จำแนกรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ
สัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ระดับ
ปานกลางทุกด้าน ร้อยละ 76.2, 65.5, 57.0 และ 70.4
ตามลำดับ เมื่อจำแนกรายละเอียดรายข้อในแต่ละด้าน
พบว่า ด้านสุขภาพทางกาย ผู้พิการจะรู้สึกว่าคุณภาพ
ความเจ็บปวดตามร่างกายในระดับปานกลาง ร้อยละ
40.2 มีกำลังเพียงพอทำงานในระดับปานกลาง ร้อยละ

49.9 มีความพอใจต่อการนอนหลับ ร้อยละ 48.8 มีความพอใจในการทำอะไรได้ในแต่ละวันระดับปานกลาง ร้อยละ 48.2 และไปทำงานหรือมีชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.2 และพอใจในความสามารถตนเองในการทำงาน ร้อยละ 48.1 และไปไหนต่อไหนได้ด้วยตนเองระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 ด้านจิตใจพบว่าผู้พิการมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 52.3 มีสมาธิในการทำงานดี พึงพอใจในตนเองยอมรับเรื่องรูปร่างหน้าตา ร้อยละ 49.8 รู้สึกไม่ดี เช่น เหงา เศร้า ฯลฯ ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.3 และชีวิตมีความหมายระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ผู้พิการพอใจต่อความผูกมิตรในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.8 พึงพอใจต่อการได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน ร้อยละ 50.1 พึงพอใจในชีวิต ร้อยละ 55.2 และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้พิการมีความรู้สึกที่ชีวิตมีความมั่นคงระดับปานกลาง ร้อยละ 53.0 พึงพอใจกับสภาพบ้านเรือนในปัจจุบันระดับปาน

กลาง ร้อยละ 49.5 มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.1 พึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุขตามความจำเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 48.8 รับรู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันระดับปานกลาง ร้อยละ 46.6 มีโอกาสพักผ่อน คลายเครียด ระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 และสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 มีความพอใจกับการเดินทางไปไหน มาไหนได้ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.9 ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ ปัญหาที่ผู้พิการพบมากและมีความต้องการเป็นอันดับ 1 ได้แก่ ต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่มร้อยละ 23.0 รองลงมาเป็นการเงิน ร้อยละ 14.2 ต้องการทำให้ดีกว่าเดิม ต้องการเครื่องช่วยฟังและมีอาชีพเท่ากัน ร้อยละ 8.0 และอุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า ร้อยละ 5.3 ความต้องการอันดับ 2 คือ การมีอาชีพ ความต้องการอันดับ 3 คือ การมีปัจจัย 4

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้พิการ จำแนกตามปัจจัยต่างๆ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากร

ปัจจัย	n	$\bar{X}$	SD	t-test	p-value
1. เพศ					
ชาย	177	78.47	15.89	0.266	0.790
หญิง	147	78.02	14.41		

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะประชากร

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	$\bar{X}$	SD	F-test	p-value
1.อายุ (ปี)					
≤ 10 ปี	14	85.86	15.68	2.674	0.015*
11 – 20 ปี	32	77.78	14.02		
21 – 30 ปี	43	83.93	14.08		
31 – 40 ปี	50	78.82	13.43		
41 – 50 ปี	54	73.96	16.77		
51 – 60 ปี	57	79.33	14.10		
≥ 60 ปี	70				

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะประชากร (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	$\bar{X}$	SD	F-test	p-value
2.รายได้ต่อเดือน (บาท)					
≤1,000 บาท	128	77.50	14.60	3.428	0.005*
1,001-2,000 บาท	46	78.52	13.37		
2,001-3,000 บาท	22	82.50	13.49		
3,001-4,000 บาท	5	82.80	8.53		
4,001-5,000 บาท	12	87.42	15.28		
5,001-10,000 บาท	19	90.11	18.28		
3.ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	37	83.32	14.08	1.148	0.335
ประถมศึกษา	149	78.92	14.18		
มัธยมศึกษา	19	81.05	16.64		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	3	86.00	17.78		
กำลังศึกษา	6	86.33	10.08		

จากตารางที่ 3 และ 4 พบว่า เพศและระดับการศึกษาที่ อายุและรายได้ที่ต่างกัน ทำให้คุณภาพชีวิตผู้พิการแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันตรงกันข้าม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต จำแนกตามประเภทผู้พิการ

ประเภทความพิการ	n	$\bar{X}$	SD	F-test	p-value
1.การมองเห็น	81	80.35	12.92	2.116	0.034*
2.การเคลื่อนไหว	28	76.46	17.59		
3.ทางจิตใจหรือพฤติกรรม	34	75.32	14.60		
4.ทางสติปัญญา	89	77.83	16.81		
5.การเรียนรู้	28	87.79	12.97		
6.ทางออสติก	8	78.00	10.76		
7.ทางหู	33	79.61	15.54		
8.อื่นๆ	6	74.50	6.86		
9.พิการซ้ำซ้อน	30	74.43	15.41		

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้พิการที่มีประเภทความพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แตกต่างกัน จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมจะแตกต่างกัน

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตการทำงาน จำแนกตามการดูแลตนเองด้านต่างๆ

การดูแลตนเอง	n	$\bar{X}$	SD	t-test	p-value
1 ทำความสะอาดร่างกายตนเอง					
ได้	299	79.89	14.48	-3.018	0.006*
ไม่ได้	23	71.09	13.40		
2 การแต่งตัว					
ได้	284	80.45	14.11	-3.940	0.000*
ไม่ได้	38	70.34	14.96		
3 การรับประทานอาหาร					
ได้	301	79.67	14.41	-1.773	0.090
ไม่ได้	21	73.68	15.81		
4 การจัดการขับถ่ายปัสสาวะ					
ได้	278	80.46	14.20	-3.695	0.000*
ไม่ได้	44	71.68	14.71		
5 การจัดการขับถ่ายอุจจาระ					
ได้	270	81.05	13.74	-4.849	0.000*
ไม่ได้	52	69.98	15.31		
6 การจัดการดูแลตนเองขณะมีประจำเดือน					
ได้	115	82.48	14.43	-3.000	0.003*
ไม่ได้	207	77.47	14.29		

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้พิการที่มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านการแต่งตัว การจัดการในขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ การดูแลตนเองขณะมีประจำเดือนแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในส่วนผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันแต่จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

ผู้พิการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.7 และเป็นคนวัยกลางคนอายุ 47-50 ปี และ 51-60 ปี ร้อยละ 16.67 เท่ากัน สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 67.0 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 69.2 และมีอาชีพรับจ้างและทำการเกษตร มีรายได้ประมาณ 1,000 บาท

หรือน้อยกว่าร้อยละ 56.3 และส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอใช้จ่าย จากข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากรสะท้อนให้เห็นว่าผู้พิการในอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี เป็นผู้ที่อยู่ในช่วงวัยทองและย่างเข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มของโครงสร้างประชากรในประเทศไทยที่กำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุ ผู้พิการส่วนใหญ่มีปัญหาและต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับรายได้โดยการเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะรายได้น้อยและมีอุปสรรคด้านการงานหลายประการ ได้แก่ งานไม่เหมาะสม การเดินทางไปทำงานลำบาก และสถานที่ทำงานยังไม่พร้อมรับผู้พิการเพราะเพื่อนร่วมงานและนายจ้างมีความรังเกียจ ดังนั้น จึงควรมีนโยบายส่งเสริมเรื่องอาชีพ การศึกษาและการจัดหา

งานที่เหมาะสมแก่ผู้พิการเพื่อช่วยให้ผู้พิการมีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ทั้งนี้ผู้พิการส่วนใหญ่เป็นโสด ไม่มีผู้ช่วยเหลือทางการเงินมากนัก และผู้พิการที่มีรายได้เพียงพอสามารถซื้อหาสิ่งของและการดำรงชีวิตได้ดีกว่า และความสะดวกสบายกว่าผู้ไม่มีรายได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา สาคร พร้อมเพระ และสุกัญญา ชันวิเศษ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาในจังหวัดจันทบุรี พบว่าผู้พิการส่วนใหญ่มีสถานภาพทางสังคมและระดับเศรษฐกิจใกล้เคียงกับการศึกษานี้ และมีรายได้น้อยไม่เพียงพอใช้จ่ายเช่นเดียวกัน

ประเภทความพิการส่วนมากเป็นความพิการทางสติปัญญา และระยะเวลาไม่นานน้อยกว่า 10 ปี รวมทั้งเป็นความพิการมาแต่กำเนิด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในจังหวัดจันทบุรีที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้พิการมีความพิการทางการมองเห็น ทางกาย และการเคลื่อนไหว

การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือตนเอง พบว่าไม่มีสูงถึงร้อยละ 80.8 ซึ่งอาจทำให้ผู้พิการมีปัญหาในการเดินทางและการเคลื่อนที่ได้และพบว่าถึงแม้อุปกรณ์ช่วยเหลือแต่ก็ฟังและไม่ได้ใช้เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้พิการในอำเภอท่าช้าง ส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 67.0 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศในประเทศบังคลาเทศคือ พบร้อยละ 75.3⁽⁷⁾ และสถิติของอำเภอท่าช้างจะสูงกว่าของตำบลท่าช้างในจังหวัดจันทบุรี⁽⁶⁾

ความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่าผู้พิการจะดูแลตนเองได้ดี ยกเว้นผู้หญิงที่ดูแลตนเองจะมีประจำเดือนไม่ค่อยได้ คือดูแลได้เองเพียงร้อยละ 35.5 ซึ่งน่าจะเป็นปัญหาที่ต้องให้การช่วยเหลือต่อไป ผลการศึกษานี้พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้พิการในอำเภอท่าช้างจะดีกว่าผู้พิการในภาพรวมของประเทศ เมื่อปี พ.ศ.2550⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้พิการมีความ

ลำบากในการดูแลตนเองสูงถึงร้อยละ 92.3 โดยเฉพาะเรื่องการขับถ่าย การทำความสะอาดและการแต่งตัว ทั้งนี้ อาจเนื่องจากว่ากลุ่มผู้พิการกลุ่มนี้ในอำเภอท่าช้างส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่และช่วงอายุ 40-60 ปี ซึ่งการดูแลตนเองในเรื่องชีวิตประจำวันทำได้ค่อนข้างดี เพราะปรับตัวมานานเป็นสิบปีและยังไม่ใช่ผู้สูงอายุที่ต้องการคนช่วยเหลือ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงสามารถทำได้ค่อนข้างดี ส่วนกลุ่มผู้พิการหญิงที่มีปัญหาในการดูแลตนเองจะมีประจำเดือน อาจต้องหาข้อมูลในเชิงลึกเพื่อทราบปัญหาในการปฏิบัติตนเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

การเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ พบว่าผู้พิการได้รับการดูแลจากรัฐและองค์กรในชุมชนสูงถึง ร้อยละ 95.0 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽⁸⁾ สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมพบว่าผู้พิการได้เข้าร่วมร้อยละ 48.0 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา สาคร พร้อมเพระ และสุกัญญา ชันวิเศษ⁽⁵⁾ ทั้งนี้เนื่องจากผู้พิการครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.0) ไม่รู้สึกอยากออกไปไหนและกลัวว่าคนอื่นจะรังเกียจ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในประเทศอื่นด้วย เช่น การศึกษาในบังคลาเทศ⁷ ที่พบว่าผู้พิการรู้สึกว่าตัวเองถูกรังเกียจจากสังคมและมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 49.6 และรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติแตกต่างจากคนปกติ ซึ่งปัญหานี้เป็นสิ่งที่พึงแก้ไขโดยปรับทัศนคติของคนในสังคมใหม่โดยให้การช่วยเหลือและยอมรับผู้พิการมากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการปรับแนวทางโดยส่งเสริมให้ครอบครัวนำผู้พิการสู่สังคมเพราะผู้พิการระบุว่าการให้มีคนพาไปร่วมกิจกรรม ร้อยละ 64.2 และชุมชนควรมีนโยบายในการปรับสถานที่ให้เหมาะสมกับผู้พิการด้วย โดยผู้พิการมีความต้องการ ร้อยละ 21.1

สำหรับเรื่องการทำงาน ผู้พิการครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.0) ระบุว่าควรมีการปรับสภาพงานให้เหมาะสม

กับผู้พิการ ทั้งนี้เนื่องจากผู้พิการระบุว่ามีปัญหาอุปสรรคด้านการทำงานร้อยละ 55.4

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้พิการ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 75.2 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตด้านกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.2, 65.5, 57.0 และ 70.4 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าผู้พิการมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพสังคมต่ำกว่าด้านอื่นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องจากว่าผู้พิการมีความรู้สึกอยากพบปะผูกมิตรกับผู้อื่นในระดับปานกลาง กอปรกับรู้สึกยากลำบากในการเดินทางไปไหนมาไหน และไม่ยากออกนอกบ้าน ทำให้มีโอกาสสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อย จึงอาจทำให้คุณภาพชีวิตด้านนี้ต่ำกว่าด้านอื่นๆ ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา สาคร พร้อมเพราะ และสุกัญญา ขันวิเศษ⁽⁶⁾ ที่ประเมินโดยแบบวัดเดียวกันพบว่าผู้พิการมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง แต่มีอัตราสูงกว่าการศึกษานี้

สำหรับปัญหาและความต้องการ พบว่าผู้พิการต้องการการช่วยเหลือด้านงาน และภาวะเศรษฐกิจโดยต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่มเป็นอันดับ 1 และรองลงมาเป็นเรื่องการเงิน ทั้งนี้เพราะรายได้น้อยและไม่พอเลี้ยงชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของยศพล เหลืองโสมนภา สาคร พร้อมเพราะ และสุกัญญา ขันวิเศษ⁽⁶⁾ ที่พบว่า ผู้พิการส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานและรายได้ไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้พิการส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย และยังมีปัญหาการปรับตัวในเรื่องการดำรงชีวิต ทั้งนี้เพราะผู้พิการส่วนใหญ่จะดำเนินกิจกรรมได้ในระดับปานกลาง

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่า ผู้พิการที่มีอายุ รายได้แตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 และสอดคล้องกับณฤทัย เกตุหอม⁽⁹⁾ ที่พบว่าอายุ

และรายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยผู้ที่มีอายุน้อยได้รับการดูแลสวัสดิการทางสังคมดีกว่า ผลการศึกษานี้เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ที่มีอายุน้อยมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก และผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ทั้งนี้เพราะผู้ที่มีอายุมากจะมีความเสื่อมของร่างกายตามสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง จึงอาจมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย รวมทั้งผู้ที่มีอายุมากสามารถหารายได้เลี้ยงชีพด้วยตนเอง ในขณะที่ผู้ที่มีอายุน้อยจะมีรายได้น้อยกว่า จึงส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ผู้พิการเพศหญิงและเพศชายมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาขัดแย้งกับสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพศหญิงและเพศชายต่างมีการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตเหมือนกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของณฤทัย เกตุหอม⁽⁹⁾ และ Hosain, Atkinson & UnderWood⁽⁷⁾

ผู้พิการที่มีการดูแลตนเองด้านการขับถ่าย ความสะอาด การแต่งตัวและดูแลตนเองขณะมีประจำเดือนแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ผลการศึกษาสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ทุกประเด็น ยกเว้นการดูแลตนเองของเพศหญิงขณะมีประจำเดือน ทั้งนี้เพราะส่วนใหญ่ผู้พิการจะดูแลตนเองได้ดีทุกด้าน ยกเว้นการดูแลตนเองขณะมีประจำเดือนซึ่งทำได้ไม่ดี และจากการวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ผู้พิการที่มีการดูแลตนเองด้านร่างกาย การแต่งตัว การจัดการการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และการดูแลตนเองขณะมีประจำเดือนแตกต่างกัน จะมีคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลตนเองจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เป็นพื้นฐานเรื่องการดูแลตนเอง เพราะจะทำให้ผู้พิการรู้สึกมีความสุขสบาย เพราะสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่ต้องพาผู้อื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพควร

ตระหนักถึงการเคลื่อนไหวและการมีกิจกรรมของผู้พิการ เพราะความพิการมีผลต่อการดำรงชีวิตและการช่วยเหลือตนเองอย่างมาก

สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้พิการที่มีการดูแลตนเองด้านการแต่งตัว การรับประทานอาหาร และการจัดการขับถ่ายอุจจาระแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตด้านนี้แตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นว่า กิจกรรมดังกล่าวต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือค่อนข้างมาก เพราะผู้พิการบางคนยังไม่สามารถทำได้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้ที่ดูแลตนเองได้ดีจึงมีคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้ที่ไม่สามารถทำด้วยตนเองได้

ประเภทความพิการมีผลให้ผู้พิการมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันทั้งนี้ เพราะประเภทความพิการที่แตกต่างกันส่งผลให้ผู้พิการรู้สึกถึงความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกกังวล เศร้า เหงา แตกต่างกัน และรู้สึกถึงความปลอดภัย ความมั่นคงในชีวิตไม่เหมือนกัน เพราะผู้พิการที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว หรือสายตา อาจต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก กอปรกับการหาเลี้ยงชีพเพื่อหารายได้มีข้อจำกัดมากกว่าผู้พิการที่ยังพอทำงานได้ จึงอาจทำให้มีความรู้สึกถึงคุณภาพชีวิตในด้านดังกล่าวแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหารผู้บริหารหน่วยงานควรนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยไปพิจารณาเพื่อเสริมสร้างนโยบาย แผนปฏิบัติการที่สนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลด้านสวัสดิการสังคม โดยเฉพาะการจัดหาอุปกรณ์ การจัดบริการสุขภาพและการจัดหาอาชีพเสริมเพื่อ

ช่วยเหลือการดำรงชีวิตของผู้พิการให้ชัดเจนและเป็นระบบ

2.ด้านวิชาการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้พิการ โดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขควรร่วมกับโรงเรียน และศึกษานอกโรงเรียนรวมทั้งอาชีวศึกษาพิจารณาจัดหลักสูตรฝึกอบรมให้การศึกษาแก่ผู้พิการและการฝึกอาชีพแก่ผู้พิการ

3.ด้านบริการ หน่วยงานบริการสุขภาพควรจัดกิจกรรม โดยให้ความสำคัญและสร้างโอกาสการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเชิงสังคมแก่ผู้พิการในเทศกาล งาน ประเพณีท้องถิ่น วันผู้พิการสากล และวันสำคัญต่างๆ ของชุมชน

4.ด้านสวัสดิการสังคม จากปัญหาและความต้องการ การช่วยเหลือพบว่า ความต้องการอันดับ 1 คือต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่มร้อยละ 23.0 ควรมีการจัดสรรเบี้ยยังชีพจากรัฐเพิ่มให้ผู้พิการให้เท่ากับผู้พิการและทุพพลภาพ สิทธิประกันสังคม เดือนละ 2,000 บาท เพราะผู้พิการส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ค่าใช้จ่ายที่ได้จากเบี้ยยังชีพไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

ควรศึกษากลุ่มผู้พิการจำแนกตามวัยและประเภทเพื่อศึกษารายละเอียดมากขึ้นศึกษารูปแบบการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตศึกษาภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้พิการ และศึกษาสมรรถนะของผู้ดูแล การยอมรับและความพร้อมในการจัดบริการแก่ผู้พิการ รวมทั้งการติดตาม ประเมินผลโครงการบริการแก่ผู้พิการในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- 1.WHOQOLGroup.Development of the WHOQOL: Rationale and current status. International Journal of Mental Health 1994 ,23:24-56
- 2.สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ .รายงานสถานการณ์คนพิการ ปี 2552. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2552.
- 3.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าช้าง.(2557). การสำรวจสถานะสุขภาพผู้พิการ
- 4.Krejcie, R.V. & Morgan, W.D, (1970). Educational and Psychological Measurement 1970 , (30): 607-610.
- 5.สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล วีระวรรณ ตันตินิวัฒน์สกุล วนิตา พุ่มไพศาลชัย กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และวารีพรมานะรังกุล.เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. วารสารกรมสุขภาพจิต 2541 ,5(3) :4-15.
- 6.ยศพล เหลืองโสมนภา สาคร พร้อมเพระ และ สุกัญญา ชันวิเศษ. คุณภาพชีวิต ปัญหาและความต้องการของผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้างจังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2554 , 28(2): 98-109.
- 7.Hosain, G.M., A Tkison, D. &Undeswood, P. Journal of Health, Population and Nutrition 2002 , 20(4):297-305.
- 8.สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจความพิการ พ.ศ.2550 การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.2551.
- 9.ณฤทัย เกตุหอม.ความต้องการได้รับสวัสดิการทางสังคมของคนพิการในเขตอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี. 2555.

สถานการณ์โรคหัดในเขตสุขภาพที่ 2: พ.ศ. 2554-2557

The Incidence of Measles in Regional Health 2: B.E.2554-2557

พรทิพย์ ลัภณะกุล บธ.ม.

Porntip Luppanakul M.B.A.

จิราพร ศรีสกุล วท.บ.

Jiraporn Srisakul B.S.

ณัฐพัชร รัตนเดชาณากินทร์ กศ.ม.

Natthaphat Ratanadachanakin M.Ed.

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 พิษณุโลก

Regional Medical Sciences Center 2, Phitsanulok

บทคัดย่อ

โรคหัดเกิดจากไวรัสหัด (measles virus) ใน Family *Paramyxoviridae* การให้วัคซีนเป็นวิธีที่ใช้ในการป้องกันโรคหัด แต่ยังมีพบรายงานการระบาดและเสียชีวิตจากอาการแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงประกาศนโยบายการกำจัดโรคหัด ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้ตั้งเป้าหมายที่จะทำ ให้สำเร็จในปี พ.ศ. 2563 รวมทั้งประเทศไทย ในการนี้ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 พิษณุโลก ได้ดำเนินการตรวจหาภูมิคุ้มกันเชื้อไวรัสหัด และหัดเยอรมันโดยวิธี ELISA ในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ พิษณุโลก ตาก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุดรดิตถ์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2554 ซึ่งผลการตรวจผู้ป่วยที่สงสัยจำนวน 250 ราย พบเป็นผู้ป่วยติดเชื้อหัด 58 ราย (ร้อยละ 23.2) และติดเชื้อหัดเยอรมัน 22 ราย (ร้อยละ 11.5) จากจำนวนที่ไม่ใช่ผู้ป่วยหัด 192 ราย นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อหัดสูงสุดคือผู้ป่วยกลุ่มในปกครอง รองลงมาคือกลุ่มรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 46.6 และ 22.4 ตามลำดับ โดยพบในช่วงอายุต่ำกว่าถึง 4 ปี และช่วงอายุ 15 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 41.4 และจังหวัดที่พบมากได้แก่ ตากและเพชรบูรณ์ ร้อยละ 51.7 และ 39.6 ตามลำดับ เนื่องจากมีพื้นที่ติดเขตชายแดน จึงพบผู้ป่วยมาถึงร้อยละ 29.3 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีน อย่างไรก็ตามเนื่องจากการให้วัคซีนในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคหัด ทำให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อหัดในแต่ละปีลดลง ดังนั้นเพื่อให้โครงการกำจัดโรคหัดบรรลุผล สำเร็จจึงจำเป็นต้องมีการสอบสวนควบคุมโรคที่รวดเร็วและเพิ่มความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัดให้ทั่วถึง

คำสำคัญ : โรคหัด, การกำจัดโรคหัด

The Incidence of Measles in Regional Health 2: B.E.2554-2557

Porntip Luppanakul M.B.A.

Jiraporn Srisakul B.S.

Natthaphat Ratanadachanakin M.Ed.

Regional Medical Sciences Center 2, Phitsanulok

Abstract

Measles is caused by a Measles virus that belongs to Family *Paramyxoviridae*. Vaccination is tool for preventing disease, however, measles outbreaks and deaths due to complications has been reported. World Health Organization (WHO) has adopted policy on eradication of measles. The Southeast Asian region aims to eliminate measles by 2020, in addition to Thailand. Regional Medical Sciences Center 2, Phitsanulok has been performed ELISA testing for detection of measles and rubella antibodies in Regional health 2 area including Phitsanulok, Tak, Phetchabun, Sukhothai and Uttaradit since July 2011. The Results revealed that 58 of 250 measles suspected patients (23.2 %) were measles infection, and 192 cases negative measles patients 22 cases (11.5%) shown as rubella-infected patients. The majority of patients belongs to a group in the family-population and workers, 46.6% and 22.4% respectively. Additional, 41.4% of patients' was found in age group of ≤ 4 years and ≥ 15 years, which mainly residents of Tak and Phetchabun, 51.7%, 39.6 % respectively. Due to the responsible area adjacent to Myanmar, 29.3% of patients was Myanmarise that did not received measles vaccine. Since the vaccination campaign in areas where measles patients were reported, a number of measles-infected patients have declined. In order to achieve measles eradication, rapid measles investigation and control as well as increasing vaccine cover rate should be improved.

Keywords : Measles, Measles eradication, ELISA

บทนำ

โรคหัดเป็นโรคไข่ออกผื่น เกิดจากเชื้อไวรัส Measles Family Paramyxoviridae .Genus Morbillivirus ซึ่งเป็น Single-stranded RNA viruses ซึ่งการติดเชื้อป้องกันโรคหัดถือเป็นมาตรการหนึ่งที่ได้ผลดีในการป้องกันโรคหัด แต่ยังพบการระบาดของโรคหัดและเด็กซึ่งเสียชีวิตจากอาการแทรกซ้อนของการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ โดยจะ พบบ่อยในเด็กอายุ 5-9 ปี การติดต่อโดยการไอ จามในระยะใกล้ชิด เชื้อไวรัสจะกระจายอยู่ในละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยและเข้าสู่ร่างกายโดยการหายใจ⁽²⁾ ผู้ป่วยจะมีเชื้อในลำคอและแพร่เชื้อได้ในระยะจาก 1-2 วัน ก่อนที่จะเริ่มมีอาการไปถึงระยะหลังผื่นขึ้นแล้ว 4 วัน มีระยะฟักตัวประมาณ 7-14 วัน ถ้าตรวจดูในปากจะพบจุดแดงๆ แบบ erythma ขึ้นภายในปากและคอ โดยที่ส่วนบนสุดของเมื่จะมีจุดขาวเล็กๆ ปนเทา (Koplik spots) ในระยะผื่นออกนี้ผู้ป่วยจะมีไข้สูง 40-40.5 องศาเซลเซียส มีผื่นชนิด maculopapular rash ที่ไรผม หลังหู ไหล่ลงมาตามคอ หน้าอก ท้อง และขาตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้แก่ ปอดอักเสบ ถ่ายเหลว หูชั้นกลางอักเสบ ปากเปื่อย หลอดลมอักเสบ เยื่อตาอักเสบ ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอาจทำให้เสียชีวิตได้ คือ ภาวะสมองอักเสบ ซึ่งพบได้ประมาณ 1 ใน 1,000-3,000 คน นอกจากนี้โรคหัดยังทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงจึงมีโอกาสติดเชื้อชนิดอื่นแทรกเข้ามาได้ เช่น วัณโรคปอด เป็นต้น

ในปี 2551 องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าพบผู้เสียชีวิตทั่วโลกเนื่องมาจากการติดเชื้อหัด ประมาณ 164,000 คน ซึ่งส่วนใหญ่มากกว่า 95% ของผู้เสียชีวิตมาจากประเทศที่มีรายได้ต่ำและระบบสาธารณสุขในประเทศไม่ครอบคลุม เช่น ประเทศในแถบแอฟริกาและเอเชีย ดังนั้นองค์การอนามัยโลก จึงได้มีการดำเนิน

โครงการกำจัดโรคหัดขึ้นโดย Pan American Health Organization; PAHO เป็นภูมิภาคแรกที่ประกาศความสำเร็จในการกำจัดโรคหัดในปี พ.ศ. 2545 หลังจากนั้นภูมิภาคอื่นๆได้ตั้งเป้าหมายและคาดการณ์ว่าจะสามารถกำจัดโรคหัดได้สำเร็จภายในปีต่างๆ เป็นต้น สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้มีข้อตกลงในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 63 โดยตั้งเป้าหมายการกำจัดโรคหัดให้ถูกล่วงภายในปี 2563 ซึ่งประเทศไทยในฐานะที่เป็นหนึ่งใน 11 ประเทศสมาชิกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้ยอมรับในเป้าหมายนี้เช่นกัน⁽³⁾

ดังนั้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย กระทรวงสาธารณสุขได้รับนโยบายและประกาศให้ดำเนินโครงการกวาดล้างโรคหัดโดยมีกรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานกลางในการประสานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานะที่ทำหน้าที่เป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงของกระทรวงสาธารณสุขและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลกมีส่วนเกี่ยวข้อง ในด้านการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการไม่ว่าจะเป็นการตรวจทางน้ำเหลือง การตรวจหาสารพันธุกรรม และการตรวจหาคุณลักษณะของเชื้อระดับ genotype ซึ่งตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้⁽⁴⁾ โดยต้องมีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่าสามารถยับยั้งการระบาดของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสหัดสายพันธุ์ท้องถิ่นได้ เพื่อสนองนโยบายในการกำจัดโรคหัดของประเทศ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 พิษณุโลก ได้เปิดให้บริการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำเหลือง จากโรงพยาบาล/หน่วยงานสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่จังหวัดพิษณุโลก ตาก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุดรดิตถ์ เพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสหัด/หัดเยอรมันโดยการตรวจหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ต่อไวรัสหัด /หัด

เยอรมัน ด้วยชุดทดสอบ Enzygnost® Anti-Measles Virus/IgM และ Anti-Rubella Virus/IgM (Siemens ประเทศเยอรมัน)^(5,6)

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเก็บข้อมูลย้อนหลัง รวบรวมผลการตรวจหาภูมิคุ้มกัน IgM ต่อไวรัสหัด/หัดเยอรมัน ด้วยชุดทดสอบ Enzygnost® Anti-Measles Virus/IgM ในผู้ป่วยที่สงสัย (suspected case) และ Anti-Rubella Virus/IgM ในรายที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคหัดด้วยวิธี ELISA โดยเก็บตัวอย่างน้ำเหลืองของผู้ป่วยที่สงสัย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2554 - เดือนธันวาคม พ.ศ.2557 และเก็บตัวอย่าง throat swabs เพื่อตรวจหาแยกเชื้อไวรัส (viral isolation) ที่ฝ่ายไวรัสโรคหัด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ การตรวจหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ต่อไวรัสหัด/หัดเยอรมัน ด้วยชุดทดสอบ Enzygnost® Anti-Measles Virus/IgM และ Anti-Rubella Virus/IgM

หลักการของ Indirect ELISA โดยภายใน Microtiterplate strip มี Inactivated Measles/Rubella Virus antigen เคลือบอยู่ หากในซีรัม หรือพลาสมาของผู้ป่วยมี Antibody ชนิด IgM ที่จำเพาะต่อไวรัสหัด/หัดเยอรมัน จะทำปฏิกิริยากับ Antigen ที่เคลือบอยู่ในหลุม

ของ Microtiterplate strip เกิดเป็น Antigen-Antibody complex จากนั้นสารประกอบที่เกิดขึ้นนี้ จะถูกตรวจจับด้วย Anti-Human IgM peroxidase conjugate เมื่อเติม Substrate (TMB) ลงไป จะทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างเอนไซม์ Peroxidase กับ Substrate (TMB) พอครบเวลาเมื่อเติมสารละลายสำหรับหยุดปฏิกิริยา (Stopping solution)ลงไป สารละลายจะเปลี่ยนเป็นสีเหลือง แล้วนำไปวัดค่าการดูดกลืนแสงด้วยเครื่อง Spectrophotometer ที่ความยาวคลื่น 450 nm (โดยใช้ความยาวคลื่นอ้างอิงที่ 650 nm หรือในช่วงความยาวคลื่น 615 ถึง 690 nm) ความแตกต่างของสีที่เกิดขึ้นในหลุมที่ coated ด้วย Inactivated Measles/Rubella Virus antigen และ Control antigen จะสามารถบอกได้ว่ามี Antibody ชนิด IgM ต่อไวรัสหัด/หัดเยอรมัน ในซีรัมของผู้ป่วยรายนั้นหรือไม่ โดยความเข้มข้นของสีที่เกิดขึ้นจะแปรผันตามปริมาณของ Antibody ในตัวอย่างนั้นๆ

การรายงานผลเป็น Positive หรือ Negative หรือ Equivocal พร้อมแสดงค่า O.D. และค่า Cut-off โดยคำนวณ จากค่าการดูดกลืนแสงที่วัดได้ (ΔA) = O.D. antigen – O.D. control antigen

การแปลผล

- ถ้า ΔA (sample) < 0.1 ถือว่า Anti-Measles Virus และ Anti-Rubella Virus Negative รายงานผลเป็น “Negative”
- ถ้า ΔA (sample) > 0.2 ถือว่า Anti-Measles Virus และ Anti-Rubella Virus antibody Positive รายงานผลเป็น “Positive”
- ถ้า ΔA (sample) $\geq$ 0.1 แต่ $\leq$ 0.2 ถือว่า Equivocal ให้ทำซ้ำอีกครั้ง หากยังคงให้ผลเป็น Equivocal ให้รายงานผลเป็น “Equivocal”

ผลการศึกษา

Measles Virus/IgM ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2554-

จากการรวบรวมข้อมูล การตรวจหาภูมิคุ้มกันชนิด เดือนธันวาคม พ.ศ.2557 จากผู้ป่วยต้องสงสัย จำนวน IgM ต่อไวรัสหัด ด้วยชุดทดสอบ Enzygnost® Anti- 250 ราย พบผู้ป่วยติดเชื้อหัด 58 ราย (ร้อยละ 23.2)

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างส่งตรวจโรคหัดแต่ละปีและผลการตรวจวิเคราะห์

ปี	ผลการวิเคราะห์			รวม
	positive	equivocal	negative	
พ.ศ.2554(ก.ค.)	3	7	12	22
พ.ศ.2555	35	14	77	126
พ.ศ.2556	20	0	62	82
พ.ศ.2557	0	1	19	20
รวม	58	22	170	250

ข้อมูล การตรวจหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ต่อ ด้วยชุดทดสอบ Enzygnost® Anti-Rubella Virus/IgM ไวรัสหัดเยอรมัน จากผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคหัด 192 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อหัดเยอรมัน 22 ราย (ร้อยละ 11.5)

ตารางที่ 2 จำนวนตัวอย่างส่งตรวจโรคหัดเยอรมันแต่ละปีและผลการตรวจวิเคราะห์

ปี	ผลการวิเคราะห์			รวม
	positive	equivocal	negative	
พ.ศ.2554(ก.ค.)	1	1	17	19
พ.ศ.2555	11	4	76	91
พ.ศ.2556	8	1	53	62
พ.ศ.2557	2	1	17	20
รวม	22	7	163	192

ตารางที่ 3 จำนวนตัวอย่างส่งตรวจโรคหัดแยกตามรายจังหวัด

จังหวัด	ผลการวิเคราะห์			รวม
	Positive	equivocal	negative	
พิษณุโลก	3	3	29	35
ตาก	30	13	65	108
เพชรบูรณ์	23	4	50	77
สุโขทัย	2	2	18	22
อุตรดิตถ์	0	0	8	8
รวม	58	22	170	250

ตารางที่ 4 จำนวนตัวอย่างส่งตรวจโรคหัดแยกตามกลุ่มอาชีพ

อาชีพ	พ.ศ.2554	พ.ศ.2555	พ.ศ.2556	รวม
เกษตรกร	0	7	0	7
นักเรียน	0	1	7	8
ในปกครอง	1	16	10	27
รับจ้าง	2	9	2	13
อื่นๆ	0	1	1	2
ไม่แจ้ง	0	1	0	1
รวม	3	35	20	58

ตารางที่ 5 จำนวนตัวอย่างส่งตรวจโรคหัดแยกตามช่วงอายุ

อายุ (ปี)	พ.ศ.2554	พ.ศ.2555	พ.ศ.2556	รวม
≤ 4 ปี	1	15	8	24
5-9 ปี	0	1	6	7
10-14 ปี	0	1	2	3
15 ปี	2	18	4	24
รวม	3	35	20	58

ตารางที่ 6 จำนวนตัวอย่างส่งตรวจโรคหัดแยกสัญชาติตามช่วงอายุ

อายุ (ปี)	สัญชาติ		รวม
	ไทย	พม่า	
≤ 4 ปี	17	7	24
5-9 ปี	5	2	7
10-14 ปี	2	1	3
15 ปี	17	7	24
รวม	41	17	58

ตารางที่ 7 ประวัติการได้รับวัคซีน

การได้รับวัคซีน	พ.ศ.2554	พ.ศ.2555	พ.ศ.2556	รวม
เคย	0	7	4	11
ไม่เคย	1	5	10	16
ไม่ทราบ	2	18	3	23
ไม่แจ้ง	0	5	3	8
รวม	3	35	20	58

วิจารณ์

แนวโน้มของโรคหัดช่วง 12 ปี (2544-2555) มีอัตราป่วยมีแนวโน้มลดลง ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยติดเชื้อหัด จำนวน 35 ราย จากผู้ป่วยต้องสงสัย 126 ราย (ร้อยละ 27.8) ต่อมาในปี พ.ศ. 2556 จำนวนส่งตัวอย่างจากผู้ป่วยต้องสงสัย 82 ราย พบ ผู้ป่วยติดเชื้อหัด จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 24.4) และปี พ.ศ. 2557 ไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อหัด จากจำนวนผู้ป่วยต้องสงสัย 20 ราย ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคหัด จำนวน 192 ราย พบผู้ป่วยติดเชื้อหัดเยอรมัน 22 ราย (ร้อยละ 11.5) จากการสอบสวนโรค พบกลุ่มอาการไข้ ผื่น ไอ มีน้ำมูก ตาแดง/เยื่อบุตาอักเสบ ปอดอักเสบ ร่วมกับถ่ายเหลว ซึ่งไม่พบความแตกต่างจากผู้ป่วยติดเชื้อหัดและหัดเยอรมัน

กลุ่มที่พบการติดเชื้อโรคหัดสูงสุดคือ ช่วงอายุ ≤ 4 ปี และช่วงอายุ ≥ 15 ปี จำนวน 24 รายเท่ากัน (ร้อยละ 41.4) ซึ่งต่างจากข้อมูลพื้นฐานที่จะพบบ่อยในเด็กอายุ 5-9 ปี ข้อมูลจากรายงานงวด(Manual) งวดที่ 1-2 ปี พ.ศ. 2557 สรุปความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของเด็กกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก. ไตรมาส 3 ปี พ.ศ. 2557 พบว่า เด็กอายุครบ 1 ปี ระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR ภาพรวมเขต มีความครอบคลุมร้อยละ

96.73 ซึ่งจากประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดนี้ ส่วนใหญ่ไม่ทราบ/ไม่เคยได้รับวัคซีนสูงถึง ร้อยละ 67.2

กลุ่มอายุที่พบการติดเชื้อโรคหัดสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยในปกครองพบว่าติดเชื้อโรคหัดสูงสุดจำนวน 27 ราย(ร้อยละ 48.3) รองลงมาคือกลุ่มรับจ้างจำนวน 13 ราย(ร้อยละ 22.4) และเป็นชาวพม่าที่พบการติดเชื้อหัด จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 29.3) จังหวัดที่พบมากในได้แก่ตาก และเพชรบูรณ์ ร้อยละ 51.7, 39.6 ตามลำดับ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ติดเขตชายแดน มีการติดต่อข้ามเขตแดน มีการติดต่อระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเชื้อไวรัสหัดนี้สามารถแพร่กระจายได้ระยะไกลถึง 1-2 เมตรจากผู้ป่วยติดเชื้อโรคหัด⁽⁸⁾

จากการรวบรวมข้อมูลพบ การส่งตัวอย่างหรือพบผู้ป่วยต้องสงสัยการติดเชื้อโรคหัดในแต่ละปีลดลงอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีการรณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันโรค ในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคหัดทุกพื้นที่ ซึ่งทำให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อหัดในแต่ละปีลดลง ซึ่งในส่วน of WHO Global Vaccine Action plan ได้วางแผนให้ได้รับวัคซีนหัดเป็น 2 ครั้งอย่างครอบคลุม เพื่อลดการเป็นโรคและเสียชีวิตของเด็ก โดยเริ่มในปี พ.ศ. 2555-2563 นั้น เนื่องจากการควบคุมโรคหัดที่ดีคือการได้รับวัคซีนที่ต้องสามารถเข้าถึงระดับชุมชน จะเห็นได้ชัดว่าคุณภาพของข้อมูลระบาดวิทยาขึ้นอยู่กับคุณภาพของการ

เฝ้าระวัง การสร้างเสริมระบบสุขภาพการส่งมอบที่ดีของวัคซีน จะเป็นส่วนช่วยในการกำจัดโรคหัด⁽⁹⁾

ดังนั้นเพื่อให้โครงการกำจัดโรคหัดบรรลุผลสำเร็จ กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญ โดยเพิ่มความครอบคลุมการได้รับวัคซีนให้ทั่วถึงในเด็กกลุ่มเป้าหมายอายุ 0-2 ปีได้รับวัคซีน MMR อย่างน้อยร้อยละ 95 รวมถึงผู้ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยสำนักงานควบคุมโรค ซึ่งสถานบริการในพื้นที่ดำเนินการสำรวจข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ตลาดโอกาสการได้รับวัคซีนเร่งรัดให้ได้รับวัคซีนครบถ้วน โดยมีการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสร้างเสริม

เอกสารอ้างอิง

1. Peiris J.S.M. and Madeley C.R. Chapter Paramyxoviruses. Medical Microbiology, Eighteenth Edition, 2012 ;50:510-519.
2. RNA Enveloped Viruses (Paramyxoviruses) Chapter 39: Review of Medical Microbiology and Immunology.
<http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1023§ionid=57053482>
3. แนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรค การตรวจรักษาและส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการกำจัดโรคหัด ตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ (ฉบับปรับปรุง วันที่ 2 พฤษภาคม 2555) . พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
4. World health organization. Manual for the laboratory diagnosis of Measles viral infection, December 1999 (document WHO/V&B/00.16)

ภูมิคุ้มกันโรคในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ควรตรวจสอบฐานข้อมูลประชากรให้เป็นปัจจุบัน และมีความครบถ้วนถูกต้อง

ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญในการส่งตัวอย่างเพื่อยืนยันทางห้องปฏิบัติการทุกรายที่ต้องสงสัย เพื่อป้องกันและควบคุมโรคข้ามพรมแดนอื่นๆด้วย ในกรณีมีการเปิดการค้าเสรี AEC ซึ่งผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจะช่วยให้การเฝ้าระวังและควบคุมโรคให้ทันเหตุการณ์ ทั้งนี้ควรลงข้อมูลในระบบให้ครบถ้วน และทันเวลา ซึ่งจะมีผลต่อการรายงานโรคของประเทศไทยต่อองค์การอนามัยโลก

5. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข. SOP DMSc 13 02 302 การตรวจหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ต่อไวรัสหัดด้วยชุดทดสอบ Enzygnost[®] Anti-Measles Virus/IgM
6. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข. SOP DMSc 13 02 369 การตรวจหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ต่อไวรัสหัดเยอรมัน ด้วยชุดทดสอบ Enzygnost[®] Anti-Rubella Virus/IgM
7. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 2 ปี 2555. กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก
8. Paul J. Edelson .Patterns of measles transmission among airplane travelers. Travel Medicine and Infectious Disease. 2012 ;10:230
9. David N. Durrheim, Natasha S. Crowcroft, Peter M. Strebel. Measles – The epidemiology of elimination . Vaccine. 2014; 32 :6880–6883.

อาหารว่างเพิ่มอ้วน ของหนุ่มสาวออฟฟิศที่ควรหลีกเลี่ยง



กาแฟทรี อิน วัน 1 ชง

- ปริมาณน้ำตาลเกินครึ่ง (มากกว่า 50%)
- ครีมเทียม (ประมาณเกือบ 40%) ส่วนประกอบหลักคือ ไขมันปาล์ม
- 10% ที่เหลือคือ กาแฟ และสารเคมีแต่งกลิ่น



น้ำผลไม้กล่อง

- แม้จะเขียนว่า “ไม่เติมน้ำตาล” แต่ก็ยังมี ความหวานและพลังงานสูง เช่น น้ำส้ม 1 แก้ว ให้พลังงานถึง 110 กิโลแคลอรี



คั้นน้ำส้มรับประทานเอง 2 ผล ให้พลังงาน เพียง 60 กิโลแคลอรี + วิตามินซีมากกว่า



ผลไม้รถเข็น

- เสี่ยงต่อการเกิดโรคทางเดินอาหาร เพราะขาดสุขลักษณะ
- บางร้านมีการหั่นผลไม้สดใหม่ แช่เย็นพลาสติกให้หวานซ่า
- เครื่องดื่มฟรีก น้ำตาล เกือบ ผงชูรส เป็นของแถมให้อ้วนได้



SOOK
LOCAL LOVE OPERATIONS

คำแนะนำการส่งบทความตีพิมพ์ สำหรับผู้พิมพ์

การจัดส่งบทความต้นฉบับ **ผู้พิมพ์ต้องจัดส่งบทความต้นฉบับ ดังนี้**

- 1 บทความต้นฉบับสำหรับตีพิมพ์ ตามข้อกำหนดของบทความแต่ละประเภท รายละเอียดตามคำแนะนำการเตรียมบทความต้นฉบับ (Manuscript)
- 2 ส่งไฟล์บทความ ทาง E – Mail : Pai.on1971@gmail.com พร้อมทั้ง กรอกเอกสารในใบแจ้งความประสงค์ส่งบทความตีพิมพ์ พร้อมทั้งเอกสารบทความต้นฉบับ 1 ฉบับ แล้วส่งมาที่
ดร.ไพรัตน์ อินอินทร์ (บรรณาธิการวารสารวิชาการป้องกันและควบคุมโรค)
กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก
เลขที่ 306 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 ในทางตรงกันข้ามหากผลงานพิจารณาแล้วไม่รับลงตีพิมพ์จะแจ้งให้ทราบเป็นหนังสือราชการ
4. กำหนดการรับต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผ่านกระบวนการที่เป็นไปตามเงื่อนไข
 - 4.1 ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 5 มีนาคม ผลงานจะได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ในฉบับที่ 1
 - 4.2 ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 5 กันยายน ผลงานจะได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ในฉบับที่ 2

การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ(Manuscript)

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.9 พิษณุโลก (Journal of Disease Prevention and Control : DPC 9 Phitsanulok) จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิชาการและนวัตกรรมด้านป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ รวมทั้งเป็นสื่อประสานงานและส่งข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุข โดยยินดีรับรายงานการวิจัย บทความปริทัศน์ และรายงานผู้ป่วย ซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปขอรับการตีพิมพ์ในวารสารอื่น และกองบรรณาธิการพิจารณาแล้วว่ามีความเหมาะสมในการตีพิมพ์

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) มีเลขกำกับหน้าทีมนุมขวบนทุกหน้า ตั้งขอบกระดาษทุกด้าน 2 เซนติเมตร จำนวนหน้าไม่เกิน 14 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง) ตามคำแนะนำเพิ่มเติมดังนี้

- 1 ภาษา ให้ใช้ภาษาไทย อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้เฉพาะที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรม ฯ โดยใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นเป็นชื่อเฉพาะที่ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่
- 2 ตัวเลข กรณีการเขียนค่าสถิติร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง
- 3 ตารางและรูปภาพ ให้พิมพ์รวมในเนื้อหาบทความ และให้มีความสมบูรณ์ในตัว อ่านเข้าใจง่าย ไม่ซ้ำซ้อนหรือมากเกินไปจนจำเป็น ระบุหมายเลขกำกับ มีชื่อตารางและชื่อรูปภาพ โดยสามารถเชื่อมโยงกับเนื้อหาให้ตรวจสอบได้สะดวก

การพิสูจน์อักษร เจ้าของผลงานต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบความถูกต้อง

นิพนธ์ต้นฉบับที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 4 ประเภท

1. บทบรรณาธิการ (Editorial)

เป็นบทความที่เขียนจาก การรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากผลงานวิจัยของตนเอง และผลงานผู้อื่น ในวารสารวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว ซึ่งรับตีพิมพ์เฉพาะบรรณาธิการเกียรตินิยม หรือกองบรรณาธิการ เท่านั้น

2. บทความปริทัศน์ หรือบทความฟื้นฟูวิชาการ (Review Article)

เป็นบทความที่เขียนจาก การรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากงานวิจัยของตนเอง และผลงานผู้อื่น ในวารสารวิชาการที่ตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว หรือจากหนังสือวิชาการ ทั้งในและต่างประเทศ มีการวิเคราะห์ วิจัย เสนอแนวคิด เป็นองค์ความรู้ใหม่ มีส่วนประกอบตามลำดับ ดังนี้คือ

- ชื่อเรื่อง อ่านเข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- ชื่อผู้นิพนธ์ เขียนชื่อ นามสกุล ด้วยอวุฒิศึกษาสูงสุด มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีใจความสมบูรณ์ใน 1 หน้า
- คำสำคัญ เขียนเป็นคำหรือวลีสั้นๆ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 3-5 คำ
- เนื้อหาบทความปริทัศน์ ให้แบ่งเป็นส่วน ๆ เริ่มจาก บทนำ วัตถุประสงค์ แล้วอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการทบทวนเอกสาร และการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่
- วิจัยและสรุป เขียนอภิปราย ผสมผสานกับข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ

- **กิตติกรรมประกาศ** เขียนขอบขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ หน่วยงานที่สนับสนุน ด้วยเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน

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

3 รายงานการวิจัย (Research Article)

เป็นบทความรายงานการวิจัยหรือรายงานวิจัยที่เป็นต้นฉบับ (Original Article)

ที่ดำเนินการแล้วเสร็จ มีส่วนประกอบตามลำดับ ดังนี้คือ

- **ชื่อเรื่อง** สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง กระชับ สื่อให้เห็นตัวแปรที่ศึกษาชัดเจน เข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- **ชื่อผู้พิมพ์** เขียนชื่อ นามสกุล ด้วยอวุฒิกการศึกษาสูงสุด มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ หน่วยงานที่ทำงานอยู่ กรณีมีหลายคนให้เรียงลำดับตามสัดส่วนดำเนินการจากมากที่สุด ไปหาน้อยที่สุด
- **บทคัดย่อ** มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใจความสมบูรณ์ใน 1 หน้า โดยให้เขียนเป็นความเรียง มีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป ข้อเสนอแนะ และ คำสำคัญอยู่ในหน้าเดียวกัน
- **คำสำคัญ** เขียนเป็นคำหรือวลีสั้นๆ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ 3-5 คำ
- **บทนำ** อธิบายความสำคัญของปัญหา ผลการวิจัยจากแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อสรุปมาบ้างแล้ว วัตถุประสงค์ สมมุติฐาน(ถ้ามี) และขอบเขตการวิจัย
- **วิธีการ** ระบุรูปแบบการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้
- **ผล** อธิบายข้อค้นพบ แปลผลจากการวิเคราะห์ มุ่งเน้นตามวัตถุประสงค์ อาจมีตาราง ภาพประกอบตามความจำเป็น ไม่เกิน 4-6 ตารางหรือภาพ
- **วิจารณ์** เขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานหรือไม่ สอดคล้องกับทฤษฎี หรืองานวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ผสมผสานกับข้อเสนอแนะทางวิชาการ
- **สรุป** เขียนสรุปเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาการวิจัย สรุปผลให้ตรงประเด็น ตามคำถามวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

- **กิตติกรรมประกาศ** เขียนขอบขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ หน่วยงานที่สนับสนุนทุนวิจัยด้วยเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน

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

4 รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นผลงานวิชาการที่มีข้อมูลของกรณีตัวอย่างเกี่ยวกับผู้ป่วยซึ่งมีลักษณะด้านอาการ ผลการตรวจรักษา ผิดแผกไปจากกรณีอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการป้องกัน การตรวจรักษา บำบัด รวมทั้งเป็นการเตือนทางวิชาการ เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ องค์ประกอบมีดังนี้

- ชื่อเรื่อง สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง กระชับ เข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - ชื่อผู้นิพนธ์ เขียนชื่อ นามสกุล ตัวอักษรมหาบัณฑิตสูงสุด มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ หน่วยงานที่ทำงานอยู่ กรณีมีหลายคนให้เรียงลำดับตามสัดส่วนดำเนินการจากมากที่สุ่ไปหาน้อยที่สุด
 - 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 หลังข้อความหรือหลังชื่อนักเขียนเจ้าของบทความที่อ้างถึง โดยใช้เลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ สอดคล้องกับลำดับการอ้างอิงท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- การอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่ : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เช่น

วิทยา สวัสดิภูมิพงษ์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้ บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกสตรีอำเภอ

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:แม็กซีสโฮลดิ้ง; 2542.

- การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภทปริญญา]. ภาควิชา, คณะ, เมือง: มหาวิทยาลัย ; ปีที่รับปริญญา. เช่น
ชยชัย ชาติ. 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

ชื่อผู้พิมพ์. 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>.

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. เพิ่มข้อมูลคอมพิวเตอร์

Hemodynamics III : the ups and down of hemodynamics (computer program).Version 2.2
Orlando (FL) : Computerized Educational Systems ; 1993.

- การอ้างอิงจากรายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์ : หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน : ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน. เช่น
ศุภชัย คุณารัตน์พฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ
ในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร : กองโรงพยาบาลภูมิภาค/
สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย/ 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

มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. พอ.นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร | คณะแพทยศาสตร์ |
| 2. ผศ.ดร.ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์ | ภาควิชาคณิตศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ |
| 3. รศ.ดร.พัชรินทร์ สิริสุนทร | ภาควิชามานุษยวิทยาและสังคม คณะสังคมศาสตร์ |
| 4. ดร.กวินธร เสถียร | ภาควิชามานุษยวิทยาและสังคม คณะสังคมศาสตร์ |
| 5. รศ.ดร.อัญชลี วงษ์วัฒนา | คณะมนุษยศาสตร์ |
| 6. รศ.ดร.ศิริพรรณ สารินทร์ | คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| 7. รศ.ดร.นงนุช โอปะ | คณะพยาบาลศาสตร์ |
| 8. รศ.ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |
| 9. ดร.ธนัส กนกเทศ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ |

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 10. รศ.ดร.ธวัช บุญขมณี | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร |
| 11. ผศ.ดร.สมตระกูล ราศิริ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร |

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตนราชธานี พิษณุโลก

- | | |
|----------------------------|--|
| 12. ดร.พนารัตน์ เจนจบ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตนราชธานี พิษณุโลก |
| 13. ดร.อัสนี วันชัย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตนราชธานี พิษณุโลก |
| 14. ดร.ศิริวัฒน์ อายุวัฒน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตนราชธานี พิษณุโลก |

หน่วยงานวิชาการอื่นๆ

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 15. ดร.ลินดา สิริภูบาล | ศูนย์อนามัยที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก |
| 16. นายแพทย์วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงศ์ | โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก |