



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

- ❖ ปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กปฐมวัย
อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์
- ❖ ปริมาณและชนิดของเชื้อแบคทีเรียในอากาศจากกิจกรรมการให้บริการหลัก
ในคลินิกทันตกรรม กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน
- ❖ ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวน
เคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
- ❖ สมการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก
- ❖ ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนา
ภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้ และพฤติกรรมกาป้องกันตนเอง
ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดูน
จังหวัดปราจีนบุรี
- ❖ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน
- ❖ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง
ในตำบลหินตั้ง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
- ❖ ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว
- ❖ การศึกษากลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม
และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน จังหวัดเลย ปี พ.ศ.2560
- ❖ การดำเนินงานตามนโยบายจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในระยะเริ่มต้น
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี 2556

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

เจ้าของ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

181/37 ขอยราชประชา ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 043-222818-9 โทรสาร 043-226164

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย และผลิตภัณฑทางวิชาการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
2. เพื่อส่งเสริมการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวความคิดในการวิจัยของสมาชิกเครือข่ายและผู้สนใจ

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

นายแพทย์ค่านวน อึ้งชูศักดิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

ที่ปรึกษา

นายแพทย์เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ อดีตผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

ดร.นายแพทย์ณรงค์ วงศ์บา อดีตผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

แพทย์หญิงนงลักษณ์ เทศนา นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รศ.อรุณ จิรวินกุล นักวิชาการอิสระ

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

รองบรรณาธิการด้านบริหาร

นางชื่นพันธ์ วิริยะวิภาต

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

รองบรรณาธิการด้านวิชาการ

ดร.เกษร แก้วโนนจิว

รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

ผู้จัดการ

นางสาวปวีณา จังภูเขียว

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นางสิรินทร์ทิพย์ อุดมวงศ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นายทรงทรัพย์ พิมพ์ชายน้อย

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์อนุชา เศรษฐเสถียร

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

รศ.ดร. เลิศชัย เจริญธัญรักษ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร. ดาวิวรรณ เศรษฐธรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร. วงศา เล้าหศิริวงศ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.พรมภา ศุภเวทย์ศิริ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร. จิราพร เขียวอยู่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร. สิริจรรยา ตั้งควัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศ.ดร.บรรจบ ศรีภา มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศ.ดร.ไพบุลย์ สิทธิถาวร มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศ.ดร. อิตารัตน์ บุญมาศ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.พญ. เสาวนันทน์ บำเรอราช มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.อดิสร วงศ์คงเดช มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.ชนะพล ศรีธาดา มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ดร.สุทิน ชนะบุญ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

นางสุพัตรา สิมมาทัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ดร.สุภาพร ทูย์ปิงฉิม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ดร.วาสนา สอนเพ็ง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

นางลักษณ์ หลายทวีวัฒน์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

นางสาวกัญจดา สวรรธรงค์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ดร.เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ดร.บุญทนาการ พรหมภักดี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ดร.วันทนา กลางบุรีรัมย์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

พิสูจน์อักษร

นางสาวกมลทิพย์ กฤษฏารักษ์

นางสาวสุมาลี จันทลักษณ์

นายลือชัย เนียมจันทร์

นางสาวมยุรา สีสาร

นางมานะศรี ชันธเขต

นางสาวนาฏยา ปัญญวัฒน์

ฐานข้อมูลและสารสนเทศ

นายธีระพนธ์ สิงห์โตหิน

นายทวี อารยะสุขวัฒน์

นายสุบรรณ ปฏิสุทธิ์

กรรมการฝ่ายทะเบียนและเผยแพร่

นางนิศรา เกิดเรณู

บรรณาธิการแถลง



วัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ฉบับนี้เป็นฉบับแรก ของปี 2561 วารสารเราพยายามสรรหาสาระทางวิชาการที่หลากหลายให้ท่านผู้อ่านได้ประโยชน์จากงานวิชาการด้านสาธารณสุข และการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พร้อมกับนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน ซึ่งจะทำให้ท่านผู้อ่านได้อ่านเนื้อหาทางวิชาการได้มากยิ่งขึ้น สำหรับในเล่มยังคงมีผลงานวิชาการที่น่าสนใจหลายเรื่อง ที่ผ่านการคัดสรร และตรวจสอบจากผู้ประเมินอิสระที่ทรงคุณวุฒิ ซึ่งดิฉันขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ ท่านสามารถเลือกอ่านได้ตามความสนใจ เช่น สมการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก โดย คุณกุลชญา ลอยหา ปริมาณและชนิดของเชื้อแบคทีเรียในอากาศจากกิจกรรมการให้บริการหลักในคลินิกทันตกรรม กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน โดยคุณพรพรรณ สกุลคุปิจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กปฐมวัย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคุณโสภา เหมือนประสาน และอื่น ๆ อีกหลายเรื่อง ขอเชิญชวนทุกท่านได้เปิดอ่านรายละเอียดในเล่มได้เลยค่ะ นอกจากนี้ท่านยังสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ของเราที่ <http://odpc7.ddc.moph.go.th/journal/>

พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์
บรรณาธิการ

ขอขอบคุณผู้ประเมินอิสระฉบับนี้

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| 1. ดร.อดิสร วงศ์คงเดช | 8. รศ.ดร.ดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม |
| 2. ดร.บุญทนากร พรหมภักดี | 9. นพ.เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ |
| 3. ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง | 10. ศ.ดร.เกษราวัลณ์ นิลวางกุล |
| 4. ดร.สุทิน ชนะบุญ | 11. รศ.ดร.กาญจนา นาคะพินธุ |
| 5. ดร.นพดล พิมพ์จันทร์ | 12. รศ.ดร.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง |
| 6. รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว | 13. ผศ.ดร. ไพศาล สุวรรณน้อย |
| 7. ผศ.ดร. พัชรีย์ จันทร์เพ็ง | |

...คำแนะนำ สำหรับผู้เขียน...

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรค หรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-เม.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน พ.ค.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พ.ค.-ส.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ก.ย.

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน ก.ย.-ธ.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ม.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน ม.ค. ฉบับที่ 2 ภายในเดือน พ.ค.

ฉบับที่ 3 ภายในเดือน ก.ย.

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ดังนี้

1. ผู้สมัครต้องศึกษาหลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกแบบฟอร์มและตามกติกา

2. ประกาศรับต้นฉบับ ผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มการสมัครพร้อมเอกสารพิมพ์ต้นฉบับ 2 ชุดและแผ่นบันทึกข้อมูล 1 แผ่น

3. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของต้นฉบับ

4. กองบรรณาธิการวารสารฯ จัดส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาวิชานั้นๆ อ่านประเมินต้นฉบับ จำนวน 2 ท่านต่อเรื่อง

5. ส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามผลการอ่านประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)

6. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความถูกต้อง และจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

7. จัดส่งต้นฉบับ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม

8. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสาร

9. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะต้องผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ จึงจะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่อง เพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้า

รายงานผลการ ปฏิบัติงาน

ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการ ดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจวิชา

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ๆ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่ที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจเขียนวิจารณ์หรือวิเคราะห์ สรุปเอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

ย่อเอกสาร

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง

ควรสั้นกระชับรัดกุมได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้มีชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งอภิธานศัพท์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน

เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน	ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่ยังอ้างอิง
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย	3.1 วารสารวิชาการ ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์: ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้
วิธีและวิธีการดำเนินการ	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัยตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์	3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ 1. วิทยา สวัสดิ์ดุฒพงศ์, พิชรี เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพงศ์, ยุติ ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.
ผล/ ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้	2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55: 697-701.
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใดและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย	3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์ 1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24: 190-204.
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็น ประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป	3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์ 1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขเป็นอักษรตัวยกลงในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ตันใจจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.

1. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 1: 275-82.
2. Semin Oncol 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.
3. Ann clin Biochem 1995; 32 (pt 3): 303-6.
4. N Z Med J 1994; 107(986 pt): 377-8.
5. Clin Orthop 1995; (320): 110-4.
6. Curr opin Gen Surg 1993; 325-33.

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรงเพ็ชรพลาญ, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนภรณ์. แอลกอฮอล์ กับ อุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

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

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ 7 ขอนแก่น ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์
ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของ
สำนักงาน ป้องกัน ควบคุมโรค ที่ 7 จังหวัดขอนแก่น หรือของ
กองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความ
ของตน



การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ (How to Write an Investigation Full Report)

การเขียนรายงานสอบสวนทางระบาดวิทยาสามารถเขียนผลงานเพื่อเผยแพร่ทางวารสารวิชาการโดยใช้รูปแบบรายงานการสอบสวนโรคฉบับเต็มรูปแบบ (Full Report) ซึ่งมีองค์ประกอบ 14 หัวข้อ คล้ายๆ การเขียน Manuscript ควรคำนึงถึงการละเมิดสิทธิ์ส่วนบุคคล สถานที่ ไม่ระบุชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ ชื่อสถานที่เกิดเหตุด้วย และควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียนของวารสารนั้นอย่างเคร่งครัด มีองค์ประกอบดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไรเกิดขึ้นที่ไหน และเมื่อไรเลือกใช้ข้อความที่สั้นกระชับ ตรงประเด็น ให้ความหมายครบถ้วน

2. ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค (Authors and investigation team)

ระบุชื่อ ตำแหน่งและหน่วยงานสังกัดของผู้รายงาน และเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ที่ร่วมในทีมสอบสวนโรค

3. บทคัดย่อ (Abstract)

สรุปสาระสำคัญทั้งหมดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความยาวประมาณ 250–350 คำ ครอบคลุมเนื้อหาตั้งแต่ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา มาตรการควบคุมโรค และสรุปผล

4. บทนำหรือความเป็นมา (Introduction or Background)

บอกถึงที่มาของการออกไปสอบสวนโรค เช่น การได้รับแจ้งข่าวการเกิดโรคจากใคร หน่วยงานใด เมื่อไร และด้วยวิธีใด เริ่มสอบสวนโรคตั้งแต่เมื่อไร และเสร็จสิ้นเมื่อไร

5. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เป็นตัวกำหนดแนวทาง และขอบเขตของวิธีการศึกษาที่จะใช้ค้นหาคำตอบในการสอบสวนครั้งนี้

6. วิธีการศึกษา (Methodology)

บอกถึงวิธีการ เครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาความจริง ต้องสอดคล้องและตรงกับวัตถุประสงค์

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยรวมทั้งหมด

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) ใช้สำหรับการสอบสวนการระบาด เพื่อพิสูจน์หาสาเหตุแหล่งโรคหรือที่มาของการระบาด

การศึกษาทางสภาพแวดล้อม รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

7. ผลการสอบสวน (Results)

ข้อมูลผลการศึกษาตามตัวแปร ลักษณะอาการเจ็บป่วย บุคคล เวลา และสถานที่ การรักษา ต้องเขียนให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รายละเอียดและแนวทางการเขียนผลการสอบสวน เช่น

ยืนยันการวินิจฉัยโรค แสดงข้อมูลให้ทราบว่ามีการเกิดโรคจริง โดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก ในโรคที่ยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัย

ยืนยันการระบาด ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่าการระบาด (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากว่าปกติเท่าไร โดยแสดงตัวเลขจำนวนผู้ป่วยหรืออัตราป่วยที่คำนวณได้

ข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นสภาพทั่วไปของพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลประชากร ภูมิศาสตร์ของพื้นที่ การคมนาคม และพื้นที่ติดต่อที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขภาพ สาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ลักษณะของการเกิดโรคและการกระจายของโรค ตามลักษณะบุคคล ตามเวลา ตามสถานที่ ควรแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการเกิดโรคในแต่ละพื้นที่ ในรูปของ Attack Rate การแสดงจุดที่เกิดผู้ป่วยรายแรก (index case) และผู้ป่วยรายต่อๆ มา

ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ การทดสอบปัจจัยเสี่ยง หาค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มคนที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยค่า Relative Risk หรือ Odds Ratio และค่าความเชื่อมั่น 95%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างอะไรส่งตรวจ เก็บจากใครบ้าง จำนวนที่ร้าย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้ทราบสถานการณ์การระบาดได้ยุติลงจริง

8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้น และการป้องกันโรคที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

9. วิจารณ์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐาน ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดในครั้งนี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีตอย่างไร

10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ที่จะส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรคลักษณะเดียวกัน ในครั้งต่อไป

11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

เป็นการสรุปผลรวบยอด ตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ควรระบุ Agent Source of infection Mode of transmission กลุ่มประชากรที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง

12. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เป็นการเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนโรคในครั้งนี้ เช่นเสนอในเรื่องมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในอนาคต หรือเป็นข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนโรคครั้งต่อไปหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่พบ หรือเพื่อให้มีประสิทธิภาพได้ผลดีมากขึ้น

13. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

กล่าวขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรค และให้การสนับสนุนด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลอื่นๆ ประกอบการทำงานสอบสวนโรคหรือเขียนรายงาน

14. เอกสารอ้างอิง (References)

สามารถศึกษาตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้น โดยทั่วไปนิยมแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

เอกสารอ้างอิง

1. อรพรรณ แสงวรรณลอย. การเขียนรายงานการสอบสวนโรค. เอกสารอัดสำเนา. กองระบาดวิทยา; 2532.
2. ศุภชัย ฤกษ์งาม. แนวทางการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2532 .
3. ธวัชชัย วรพงศธร. การเขียนอ้างอิงในรายงานวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
4. อรพรรณ ชาแสงบง. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. ศูนย์ระบาดวิทยา ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ; 2532. (เอกสารอัดสำเนา)
5. โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2543. (เอกสารอัดสำเนา)

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาลงวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....
2. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....
วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

3. สถานภาพผู้เขียน

☐ อาจารย์ในสถาบันการศึกษา (ชื่อสถาบัน).....
โปรแกรม.....คณะ.....

☐ บุคคลทั่วไป (ชื่อหน่วยงาน).....

4. ขอส่ง

☐ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง.....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....
วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่.....ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ แผ่น CD ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....
☐ เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงนาม..... ผู้เขียน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงนาม..... อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561 Volume 25 No.1 January - April 2018

สารบัญ

- ❖ ปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยสำไส้ในเด็กปฐมวัย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์
โสภา เหมือนประสาน, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ 1
- ❖ ปริมาณและชนิดของเชื้อแบคทีเรียในอากาศจากกิจกรรมการให้บริการหลักในคลินิกทันตกรรม
กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน
พรพรรณ สกอลุ, คณพศ แดงเมือง 12
- ❖ ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
สุวิชัย งามมูลเสศ, ประจักษ์ บัวผัน 23
- ❖ สมการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก
กุลชญา ลอยหา, กัทธวุฒิ วัฒนศัพท์ 35
- ❖ ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนาภาคีเครือข่าย
โดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้และพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
โรคมะเร็งในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี
ณฤพล คำรังษี, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ 45
- ❖ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน
ศิมลักษณ์ ดิณสวัสดิ์เวทย์, จรรย์รักษ์ เขทส์, เกียรติศักดิ์ หาญสิทธิพร และคณะ 56
- ❖ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงในตำบลหินตั้ง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
สุภัทรา ระวีระ 70
- ❖ ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว
วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ, สุมัทนา กลางคาร, สรญา แก้วพิบูลย์ 79
- ❖ การศึกษากลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน
จังหวัดเลย ปี พ.ศ.2560
อัญชนา ยศปัญญา, สมจิตร วิจิตรจันทร์ 91
- ❖ การดำเนินงานตามนโยบายจัดการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในระยะเริ่มต้นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี 2556
เมตตา คำอินทร์, ชาญณรงค์ชัย สุวรรณ 104

ปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กปฐมวัย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

Social factors associated with suspected child developmental delay at
Lamplaimat district, Buriram province

โสภา เหมือนประสาน ส.ม. (วิทยาการระบาด)

Sopa Mueanprasan M.P.H. (Epidemiology)

พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ ป.ด. (วิทยาการระบาด)

Pornnapa Suggaravetsiri Ph.D. (Epidemiology)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบ Case – control study เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย ในพื้นที่อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยศึกษาในเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติฯ กลุ่มศึกษา จำนวน 70 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 210 ราย รวม 280 ราย ทำการศึกษาทั้งหมด 16 ตำบล เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบคัดลอกข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย ในพื้นที่อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ เก็บรวบรวมข้อมูล 22 เดือนกุมภาพันธ์ – 31 มีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ตัวแปรเดียวที่ละคู่ด้วยสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi-square test) นำเสนอค่า P-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร ด้วยพหุคูณถอยแบบโลจิสติก (Multiple Logistic Regression)

ผลการศึกษาพบว่า การวิเคราะห์ที่ละตัวแปร ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพัฒนาการสงสัยล่าช้า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ได้แก่รายได้ของผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดู (OR=1.54, 95% CI: 0.96–3.64) และความเพียงพอของค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว (OR=1.36, 95% CI: 0.11–2.56) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปรพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะพัฒนาการสงสัยล่าช้า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีอยู่ 2 ปัจจัย ได้แก่รายได้ของผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดู (OR= 1.84 ; 95% CI = 0.47 – 1.49) ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายในครอบครัว (OR = 1.53; 95% CI = 0.19 – 2.67)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ในปัจจัยด้านสังคมชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม และเศรษฐกิจในครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ต้องปรับวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ ต้องไปทำงานต่างถิ่น เด็กจึงได้รับการเลี้ยงดูจากสถานรับเลี้ยงหรือปู่ ย่า ตา ยาย ผู้สูงอายุ ความผูกพันใกล้ชิดกับครอบครัวเริ่มลดน้อยลง เด็กที่อยู่ในครอบครัวยากจนมักขาดโอกาสที่จะพัฒนาศักยภาพของตนด้วยความไม่พร้อม จึงมีผลให้เกิดภาวะพัฒนาการสงสัยล่าช้า จึงควรมีการให้ความช่วยเหลือและดูแลเด็กปฐมวัยในกลุ่มนี้เป็นพิเศษ เพื่อให้ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมตามช่วงวัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการเข้ามาช่วยเหลือและสนับสนุนทั้งด้านเศรษฐกิจครอบครัวและการสนับสนุนให้ได้รับเนื้อหาสาระจากสื่อประเภทต่างๆที่จะช่วยกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ รวมทั้งผู้เลี้ยงดูหลักควรได้รับความรู้และได้รับการกระตุ้นให้ใส่ใจในเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัย อันจะส่งผลต่อพัฒนาการที่สมวัยของเด็กต่อไป

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย พัฒนาการสงสัยล่าช้า

Abstract

This study was a case-control study to investigate the factors associated with suspected child developmental delay at Lamplaimat district, Buriram province. The study was conducted in 70 children of groups and 210 children comparison groups. Using copied data and interviews for factors related to developmental delays of early childhood in Lamplaimat district, Buriram province. The data were collected during February 22, to March 31, 2017. Data were analyzed for descriptive statistics: Chi-square test, or Fisher-exact test. In case of failure to pass a preliminary agreement. Confidence interval 95% and P-value at significance level 0.05 were presented from multivariate analysis.

The study indicated that variable analysis factors associated with delay development. The statistical significance of 0.05 was parental income (OR = 1.54, 95% CI: 0.96-3.64) and family expenses (OR = 1.36, 95% CI: 0.19-2.56), It was found that factors related to delayed development were statistically significant at 0.05 there were two factors parental income (OR = 1.84; 95% CI = 0.47-1.49), family expenditures (OR = 1.53; 95% CI = 0.19 - 2.67)

This study, social factors indicate a change in social structure and the family's incomes are not enough to make a living to work abroad. The child was raised from a nursery or grandparents, the elderly, close ties with the family began to decline. Children living in poor families often lack the opportunity to develop their potential without being ready. Therefore, the development of delayed suspicion. There should be special support and care for children in this group. To be promoted according to age. Relevant agencies should come to support and support both the family economy and the support for content from various media to stimulate and promote development. Parents should also be educated and motivated to care for early childhood development. This will affect the development of the child's well-being.

Keywords: Early childhood, Development, Suspected child developmental delay

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีค่าและมีความสำคัญต่อประเทศที่จะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่และพัฒนาประเทศในอนาคต โดยเฉพาะเด็กในวัยแรกเกิดถึง 5 ปีนั้นเปรียบดังรากแก้วของชีวิตมนุษย์ ประเทศไทยในปัจจุบันมีจำนวนประชากรวัยเด็กลดลง แต่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น⁽¹⁾ ในประเทศไทยนั้นได้เห็นความสำคัญในการส่งเสริมความพร้อมและเสริมสร้างศักยภาพทุกด้านให้แก่เด็กปฐมวัยโดยเห็นได้ชัดเจนเริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 เป็นต้นมา จนกระทั่งฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 ก็ยังคงเน้นการส่งเสริมพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยเล็งเห็น

ว่าพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งที่สำคัญ จึงมีนโยบายมุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมเด็กให้มีความสามารถตามวัยทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์และสังคม อันจะส่งผลให้เด็กเติบโตเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศต่อไป⁽²⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยมีวัตถุประสงค์เน้นให้เด็กไทยทุกคน ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เป็นไปตามวัย กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้จัดการรณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั่วประเทศไทย เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องพัฒนาการเด็กของสังคมไทย และค้นหาเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้ารับการดูแล

ส่งเสริมต่อไป รวมทั้งทราบข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่⁽³⁾

จังหวัดบุรีรัมย์ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 พบมีคะแนนระดับสติปัญญา (IQ) ปี 2559 เฉลี่ยอยู่ที่ 98.6 ถือว่ายังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล ซึ่งกำหนดไว้ที่ 100 และลดลงจากปี 2554 ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 99.58⁽⁴⁾ และจากรายงานผลการดำเนินการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย 4 ช่วงวัยในรอบ 10 เดือนที่ผ่านมา (ตั้งแต่ 1 เมษายน 2558 – 31 มกราคม 2559) โดยใช้เครื่องมือ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) พบเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองครอบคลุมร้อยละ 71.96 ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 80) และในกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองพบมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 9.19 ยังต่ำกว่ามาตรฐานทางวิชาการ (ร้อยละ 30.00) ส่งผลให้เด็กสูญเสียโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือให้มีพัฒนาการที่สมวัยได้⁽⁵⁾

จากรายงานการศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าจังหวัดบุรีรัมย์เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีปัญหาเรื่องพัฒนาการเด็กซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันกับระดับสติปัญญา (IQ) และในปัจจุบันสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องปรับวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ เวลาส่วนใหญ่ต้องทุ่มเทให้กับการทำงานเพื่อหารายได้ เด็กจึงได้รับความผูกพันใกล้ชิดกับครอบครัวลดน้อยลง ผลกระทบของสภาพสังคมและค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ อาจมีผลทำให้เด็กได้รับการดูแลส่งเสริมพัฒนาการน้อยลง ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กปฐมวัยในพื้นที่ และเมื่อทบทวนรายงานการศึกษาข้างต้นเปรียบเทียบกับรายอำเภอพบว่าพื้นที่อำเภอลำปลายมาศเป็นอำเภอขนาดใหญ่ที่เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองครอบคลุมร้อยละ 100 เมื่อเทียบกับภาพรวมทั้งจังหวัดที่มีครอบคลุมเพียงร้อยละ 71.96 และในกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองพบมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 18.76 ประกอบกับเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ ทางผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงทำการศึกษาเรื่องปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของ

เด็กปฐมวัย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้รู้สถานการณ์พัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านสังคมใดบ้าง และนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาการส่งเสริมและจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้เป็นไปอย่างถูกต้องและเข้ากับสภาพปัญหาของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ เพื่อให้สามารถดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้สำเร็จตามเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย ในพื้นที่อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ปัจจัยด้านสังคม หมายถึงปัจจัยด้านสังคมที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดูหลัก อายุของผู้เลี้ยงดูหลัก อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และการได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมพัฒนาการ

2. เด็กปฐมวัยที่ต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง เด็กปฐมวัย 4 ช่วงวัย ช่วงวัยอายุ 9 เดือน (เกิดระหว่าง 5 ก.ย. – 8 ต.ค. 58) 18 เดือน (เกิดระหว่าง 5 ธ.ค. 57 – 8 ม.ค. 58) 30 เดือน (เกิดระหว่าง 5 ธ.ค. 56 – 8 ม.ค. 57) และ 42 เดือน (เกิดระหว่าง 5 ธ.ค. 55 – 8 ม.ค. 56) ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี⁽⁶⁾

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง: Unmatched case – control study เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กปฐมวัย โดยกำหนดอัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1:3

2. ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือเด็กปฐมวัยที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ และได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นเด็กปฐมวัย 4 ช่วงวัย โดยได้รับการคัดกรองพัฒนาการในสัปดาห์ณรงค์โครงการอำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ มี 2 กลุ่ม มีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

1) กลุ่มศึกษา (Cases) คือเด็กปฐมวัย ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยจากการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก 4 ช่วงวัย 418 รายพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าจำนวน 70 ราย

2) กลุ่มควบคุม (Controls) คือ เด็กปฐมวัยที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพบพัฒนาการสมวัย มีการคัดเลือกเข้ามาแบบ 1:3 โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนั้น จะได้ตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษา (Cases) จำนวน 70 ราย โดยการศึกษาครั้งนี้ให้อัตราส่วนกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเป็น 1:3 ดังนั้น กลุ่มควบคุม (Control) เท่ากับ 210 ราย รวมตัวอย่างทั้งหมด 280 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบคัดลอกข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กเป็นหลักในบ้าน

3) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- เด็กปฐมวัยที่เข้ารับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือเด็กปฐมวัย 4 ช่วงวัย ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรม-ราชกุมารี

- ผู้ปกครอง หรือ ผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กหลักยินยอม/สมัครใจให้เข้าร่วมงานวิจัย

- เด็กปฐมวัยได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- เด็กปฐมวัยอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

4) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ หรือติดต่อไม่ได้ระหว่างทำการศึกษา

- เสียชีวิต

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่แบบคัดลอกเพื่อบันทึกข้อมูล และแบบสัมภาษณ์โดยสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่ทำหน้าที่เลี้ยงดู การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยได้ขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอลำปลายมาศ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอลำปลายมาศ 19 แห่งและศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่งเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและนัดหมายการลงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดลอกข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนต่างๆและสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ปกครองผู้ทำหน้าที่ดูแลเด็กเป็นหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการเก็บ
2. รวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ แล้วนำมาจัดกลุ่มและลงรหัสตามการออกแบบตามแบบสอบถาม

3. บันทึกข้อมูลตามรหัสที่กำหนดในโปรแกรม

4. Microsoft excel

5. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 10.0 ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ลักษณะการกระจายของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อเปรียบเทียบ

7. ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ Chi-square test (Fisher's exact test สำหรับค่า expected cell น้อยกว่า 5 และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Multivariate Logistic Regression นำเสนอค่า Adjusted odds ratio ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% Confidence interval) และ P-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

วิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปรด้วยพหุคูณถอยแบบโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) โดยพิจารณาอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อหาโมเดลที่ดีที่สุด (Fit model) ที่จะอธิบายความสัมพันธ์นี้ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ โดยการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจพัฒนาการ หากพบว่า มีค่า P-value น้อยกว่า 0.05 และทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเพศและอายุทุกครั้งที่ทำเนิการวิเคราะห์จะต้องมีตัวแปรทั้งสองแม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์กับผลพัฒนาการ จากนั้นก็พิจารณาตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร โดยพิจารณาจาก Wald test ที่มีค่า P-value มากกว่า 0.05 ออกจากโมเดล หากพบว่าตัวแปรใดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ก็คงตัวแปรนั้นไว้ตามเดิม ทำเช่นนี้ไปจนไม่สามารถตัดตัวแปรใดๆ ออกได้อีก จึงจะถือโมเดลสุดท้ายนั้นเป็นโมเดลที่ดีที่สุดในการอธิบายความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย แล้วนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted OR และช่วงความเชื่อมั่น 95% ของ Adjusted OR

ผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยด้านสังคมในเด็กปฐมวัยอายุแรกเกิดถึง 5 ปี พบว่าผู้ทำหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูเด็ก

อย่างสม่ำเสมอส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเด็กเป็นบิดามารดาร้อยละ 47.85 อายุของผู้เลี้ยงดูหลักพบว่าโดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 – 40 ปีพบร้อยละ 67.14 โดยพบอายุสูงสุด 65 ปี และต่ำสุดในการศึกษาคั้งนี้ คือ 21 ปี อาชีพหลักของผู้เลี้ยงดู พบว่าส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูหลักประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 52.50 ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้เลี้ยงดู พบว่าส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูหลักมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 87.14 รายได้ของผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดู พบว่าส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูหลักมีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 – 10,000 บาทร้อยละ 66.07 ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว พบว่าผู้เลี้ยงดูหลักมีความไม่เพียงพอของค่าใช้จ่ายในครัวเรือนร้อยละ 53.71 ในกลุ่มเปรียบเทียบผู้เลี้ยงดูหลักมีความเพียงพอร้อยละ 74.29 การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการใช้คู่มือส่งเสริมการตรวจพัฒนาการเด็ก พบว่าผู้เลี้ยงดูหลักทุกคนได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวนร้อยละ 100

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพัฒนาการล่าช้า: การวิเคราะห์ที่ละตัวแปรโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่นพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพัฒนาการสงสัยล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 มีปัจจัยได้แก่รายได้ของผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดู (OR=1.54, 95% CI: 0.96–3.64) และความเพียงพอของค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว (OR=1.36, 95% CI: 0.19–2.56) ส่วนปัจจัยอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลด้านสังคมของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะประชากร	สงสัยล่าช้า (ร้อยละ)	สมวัย (ร้อยละ)
	(n=70)	(n=210)
ผู้ทำหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย		
บิดา	0	2 (0.95)
มารดา	13 (18.57)	37 (17.62)
บิดา และมารดา	34 (48.56)	100 (47.62)
ปู่ย่า ตายาย	20 (28.56)	63 (30.00)
ลุง ป้า น้า อา	3 (4.28)	8 (3.81)
อายุของผู้เลี้ยงดูหลัก (ปี)		
20 – 40	65 (92.86)	123 (58.57)
41 – 60	5 (7.14)	72 (34.29)
มากกว่า 60	0	15 (7.14)
Mean = 41.42 (S.D. = 13)		
อาชีพหลักของผู้เลี้ยงดู		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (1.43)	3 (1.43)
เกษตรกรกรรม	39 (55.71)	108 (51.43)
ค้าขาย	1 (1.43)	19 (9.62)
รับจ้างทั่วไป	29 (41.43)	80 (38.10)
ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้เลี้ยงดู		
ไม่ได้เรียน	3 (4.29)	0
ประถมศึกษา	15 (21.43)	0
มัธยมศึกษาตอนต้น	43 (61.43)	201 (95.71)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4 (5.71)	6 (2.86)
อนุปริญญา/ ปวส.	4 (5.71)	0
ปริญญาตรีขึ้นไป	1 (1.43)	3 (1.43)
รายได้ของผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดู		
5,001 – 10,000 บาท	53 (75.71)	132 (62.86)
10,001 – 15,000 บาท	13 (18.57)	62 (29.52)
15,001 – 20,000 บาท	2 (2.86)	9 (4.29)
20,001	2 (2.86)	7 (3.33)
ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายในครอบครัว		
ไม่เพียงพอ	39 (55.72)	179 (85.23)
เพียงพอ	31 (44.28)	31 (14.76)
การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ได้รับ	70 (100)	210 (100)

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพัฒนาการสงสัยล่าช้า: การวิเคราะห์ที่ละตัวแปร

ปัจจัย	สงสัยล่าช้า (n=70) (ร้อยละ)	สมวัย (n=210) (ร้อยละ)	OR (95% CI)	P-value
ผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดูหลัก				
บุคคลอื่น ๆ	36 (51.42)	100 (47.61)	1.16 (0.65-2.07)	0.58
บิดา-มารดา	34 (48.57)	110 (52.39)	1.00	
อายุของผู้เลี้ยงดู (ปี)				
<20 และ >60	5 (7.14)	15 (58.57)	1.00 (2.07-3.04)	1.00
20-60	65 (92.56)	195 (41.43)	1.00	
รายได้ของผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดู				
<10,000	17 (24.28)	78 (37.14)	0.54 (0.27-1.03)	0.0491
≥10,000	53 (75.72)	132 (62.86)	1.00	
ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว				
ไม่เพียงพอ	39 (55.72)	179 (85.23)	0.217 (0.11-0.42)	<0.001
เพียงพอ	31 (44.28)	31 (14.76)	1.00	
การปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งเสริมพัฒนาการ				
ไม่ปฏิบัติ	28 (52.5)	67 (67.50)	1.42 (0.77-2.57)	0.215
ปฏิบัติ	42 (47.50)	143 (32.50)	1.00	

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยใช้สถิติ Multiple logistic regressions ด้วยวิธี Backward elimination ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะพัฒนาการสงสัยล่าช้า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีอยู่ 2 ปัจจัย ได้แก่ผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดูที่เป็นบุคคลอื่น (OR=1.16; 95% CI=0.65-2.07) การปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งเสริมพัฒนาการ (OR=1.42; 95% CI=0.77-2.57) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยใช้สถิติ Multiple logistic regressions

ปัจจัย	สงสัยล่าช้า (N=70) (ร้อยละ)	สมวัย (N=210) (ร้อยละ)	OR _{adj} (95% CI)	P-value
ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว				
ไม่เพียงพอ	31 (52.50)	179 (85.23)	1.53 (0.19 -2.67)	<0.001
เพียงพอ	39 (47.50)	31 (14.76)	1.00	
รายได้ของผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดู				
<10,000	17 (24.28)	78 (37.14)	1.84 (0.47 -1.49)	<0.001
≥ 10,000	53 (75.72)	132 (62.86)	1.00	

ผลการศึกษาด้านความรู้ผู้เลี้ยงดูเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยรวม พบว่าส่วนมากผู้เลี้ยงดูหลักมีความรู้ที่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 64.9 (Mean=15.03, S.D.=3.39) รองลงมาคือมีความรู้ในระดับต่ำร้อยละ 18.2 และผู้เลี้ยงดูมีความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 16.9 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ของระดับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ระดับความรู้	จำนวน (n=280)	ร้อยละ
สูง (8-10 คะแนน)	100	64.90
ปานกลาง (5-7 คะแนน)	26	16.90
ต่ำ (0-4 คะแนน)	28	18.20
Max. = 10.00, Min. = 4.00, Mean = 6.03, S.D. = 3.39		

ผลการศึกษาข้อมูลด้านพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก

จากการศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูหลักในภาพรวม พบว่าผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.9 (Mean = 2.42 , S.D. = 0.54) รองลงมาคือระดับดีร้อยละ 45.5 และระดับไม่ดีร้อยละ 2.6 ดังตารางที่ 5 ดังนี้

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ของระดับพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก

ระดับการปฏิบัติตน	จำนวน (n=280)	ร้อยละ
ดี (2.34 – 3.00 คะแนน)	126	45.5
ปานกลาง (1.67 – 2.33 คะแนน)	142	51.9
ไม่ดี (1.00 – 1.66 คะแนน)	12	2.6
Mean = 2.42, S.D. = 0.54 Max. = 3.00 , Min. = 1.00		

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย พบว่าผู้ทำหน้าที่หลักในการเลี้ยงดูเด็กอย่างสม่ำเสมอส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเด็กเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 47.85 รองลงมา เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ 29.64 มารดาเลี้ยงเดี่ยว ร้อยละ 17.85 และลุง ป้า น้า อา เป็นผู้ดูแลร้อยละ 4.66

อายุของผู้เลี้ยงดูพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-40 ปี พบร้อยละ 67.14 โดยพบอายุสูงสุด 65 ปี และต่ำสุดในการศึกษาค้างนี้ คือ 21 ปี แม้จากการศึกษาข้อมูลดังกล่าวพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ยังเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องเฝ้าระวังและให้ความสนใจโดยจากการศึกษายังพบครอบครัวที่ผู้สูงอายุเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นจำนวนมาก เนื่องจากสภาพสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบันต้องมี

การออกไปทำงานในพื้นที่เมืองหลวงทำให้ต้องมีการฝากลูกไว้กับพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นผู้ดูแล ดังนั้นจึงต้องทำความเข้าใจกับผู้เลี้ยงดูเด็กเรื่องการเลี้ยงดู และความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่สมวัย อาชีพหลักของผู้เลี้ยงดู พบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูหลักประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 52.50 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 38.92 และอาชีพค้าขาย อาชีพรับราชการ รองลงมา ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้เลี้ยงดู พบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูหลักมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 87.14 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพัฒนาการสงสัยล่าช้าพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของจินดา คำแก้ว⁽⁷⁾ ที่พบว่าระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูไม่มีผลต่อพัฒนาการสงสัยล่าช้า

รายได้ของผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดู จาก 280 ครอบครัว พบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูหลักมีรายได้อยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 66.08 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่ามีความสำคัญทางสถิติ ในครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท $OR=1.84$ (95% $CI=0.47-1.49$) แสดงให้เห็นว่าในครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะพัฒนาการล่าช้ามากกว่าครอบครัวที่รายได้มากกว่า 10,000 บาท เป็น 1.84 เท่า

ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว

ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว พบว่าผู้เลี้ยงดูหลักในกลุ่มศึกษาที่มีความไม่เพียงพอของค่าใช้จ่ายในครัวเรือนร้อยละ 53.71 ในกลุ่มเปรียบเทียบผู้เลี้ยงดูหลักที่มีความเพียงพอร้อยละ 74.29 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความเพียงพอของค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=1.36$, 95% $CI: 0.11-2.56$)

การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากรพ.สต. หรือ รพ.ในการใช้คู่มือส่งเสริมการตรวจพัฒนาการเด็ก พบว่าผู้เลี้ยงดูหลักทุกคนได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวนร้อยละ 100 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพัฒนาการสงสัยล่าช้า

พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านสังคม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P - value < 0.05$ ได้แก่ รายได้ของผู้ทำหน้าที่เลี้ยงดู ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว การปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งเสริมพัฒนาการ

การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสกาวรัตน์ เทพรักษ์และคณะ⁽⁸⁾ ในปี 2558 ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อาชีพของผู้เลี้ยงดู ระดับการศึกษา ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เหมาะสมตามวัย ควรที่จะดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้

1. ในเรื่องของรายได้ฐานะ ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวผู้เลี้ยงดู ครอบครัวที่มีฐานะยากจน ควร มีกองทุน หรือมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมและช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่ครอบครัวมีฐานะยากจน ให้สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพ มารับการส่งเสริมพัฒนาการได้ทุกช่วงวัย อันจะส่งผลต่อพัฒนาการที่สมวัยของเด็กต่อไป

2. ผู้ดูแลเด็กมีความสำคัญต่อพัฒนาการเด็กค่อนข้างมาก กรมอนามัยร่วมกับกรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาหลักสูตรการจัดกิจกรรมเสริมสร้างไอคิวอีคิวเด็ก 0 – 5 ปี (สำหรับบิดามารดา) ขึ้นโดยยึดหลัก 2ก2ล “กิน กอด เล่น เล่า” ในการดูแลเลี้ยงดูเด็ก เพื่อให้บิดามารดาตลอดจนผู้ดูแลเด็กมีความรู้และทักษะในการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านการเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ ด้านการสร้างนิสัยรักการอ่าน และการสร้างความผูกพัน จึงควรนำมาปรับใช้ในพื้นที่เพื่อให้ผู้ที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูหลัก ไม่ว่าจะเป็น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ได้มีทักษะในการสังเกตพัฒนาการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการให้เป็นไปตามวัย

3. สภาพสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจในปัจจุบันมีการแข่งขันกันอย่างสูง มีการเปลี่ยนแปลงค่านิยมทางสังคมจากเดิม ครอบครัวต้องปรับวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ เวลาส่วนใหญ่ต้องทุ่มเทให้กับการทำงานเพื่อหารายได้ มีการย้ายที่ทำงานต่างถิ่น เด็กจึงได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่มีน้อยลง ความผูกพันใกล้ชิด

กับครอบครัวเริ่มลดน้อยลง เด็กที่อยู่ในครอบครัวยากจน มักขาดโอกาสที่จะพัฒนาศักยภาพของตน ด้วยความไม่พร้อม ผลกระทบของสภาพสังคมและค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิชาการสมัยใหม่ ทำให้พ่อแม่เรียนรู้วิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กมากขึ้นกว่าเดิม แต่ในเวลาเดียวกันสภาวะสังคมที่พ่อแม่เคยให้เวลาลงมือเกลาลักษณะนิสัยบางประการของเด็กกับตัวเด็กลดน้อยลง

4. ในครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ควรคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการได้รับสารอาหารที่ร่างกายต้องการเป็นปัจจัยสำคัญในการปูพื้นฐานสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งจะส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาของเด็กปฐมวัยให้ดำเนินไปตามปกติ หากเด็กได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายก็ย่อมส่งผลต่อภาวะโภชนาการและการพัฒนาในด้านต่างๆ ได้ ในช่วงปฐมวัยนี้ร่างกายมีการเจริญเติบโตและพัฒนาไปหลายด้านพร้อมกัน โภชนาการที่เหมาะสมจะช่วยให้พัฒนาการและการเตรียมความพร้อมของเด็กปฐมวัยในด้านต่างๆ เป็นไปอย่างราบรื่น เนื่องจากร่างกายสามารถทำงานตามหน้าที่ได้อย่างเต็มที่ ภาวะโภชนาการจึงเป็นเรื่องสำคัญที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากรายได้ของครอบครัวและเป็นสัญญาณแสดงให้เห็นถึงความสมบูรณ์หรือบกพร่องทางด้านสุขอนามัยของเด็กได้ เด็กที่มีภาวะทางโภชนาการดีจะสามารถเจริญเติบโตได้สมบูรณ์ตามเกณฑ์มาตรฐานของพัฒนาการที่สมวัย ในทางตรงข้าม เด็กที่ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน หรือมีภาวะทางโภชนาการบกพร่องจะเป็นเด็กที่สุขภาพอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ติดเชื้อโรคได้ง่าย ร่างกายเจริญเติบโตช้ามีส่วนและสภาพร่างกายผิดปกติ ทำให้พฤติกรรมและการพัฒนาการในด้านอื่น ๆ ผิดไปจากเด็กที่มีสุขภาพปกติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าในเด็กปฐมวัย แยกตามกลุ่มอายุ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนเฝ้าระวัง ป้องกันพัฒนาการล่าช้าให้มี

ประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป เนื่องจากพัฒนาการแต่ละช่วงวัยไม่เหมือนกัน

2. ศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ประวัติการสัมผัสสารตะกั่ว สารเคมี ของมารดาและทารก การอาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนชนบท หรือพื้นที่เทศบาล ศึกษาการใช้ความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้ความกรุณาอย่างยิ่งจากบุคคลหลายๆ ท่านโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิสา ชายเกลี้ยง แพทย์หญิง ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ และ ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ ขอบขอบคุณ แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ และนายแพทย์พลกฤษณ์ โวหาร ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทำให้เครื่องมือในการทำวิจัยมีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปลายมาศ สาธารณสุขอำเภอ ลำปลายมาศ ที่ให้ความอนุเคราะห์อนุญาตให้เก็บข้อมูลในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. ปัทมา ว่าพัฒนางศ์, ปราโมทย์ประสาทกุล. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568. วารสารการฉายภาพสถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2549;21(2):33-42.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. วารสารแนวคิด และยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาฯ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) 2555;11(1):154-64.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยปี [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://www.bic.moph.go.th/biechild.co.th>

4. กรมสุขภาพจิต. รายงานการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย. วารสารสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2555; 6(3):65-75.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.สรุปรายงานการคัดกรองพัฒนาการ รอบ 10 เดือน ปี 2559. (เอกสารอัดสำเนา).
6. กรมสุขภาพจิต. รายงานการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย. วารสารสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2559;21(2):77-8.
7. จินดา คำแก้ว, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ศึกษาการเจริญเติบโตด้านการพัฒนาการตามวัยของเด็กอายุตั้งแต่ 24 เดือนที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2549; 2(1):58-76.
8. สกาวรัตน์ เทพรักษ, ภัสสร มุกดาเกษม, จรรยา สืบนุช, จารุณี จตุพรเพิ่ม. การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดราชบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี 2558;17(4): 51-65.

ปริมาณและชนิดของเชื้อแบคทีเรียในอากาศจากกิจกรรมการให้บริการหลัก ในคลินิกทันตกรรม กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน

Quantities and type of bacteria in airborne from the main service
activities in the dental clinic;
Case study of community hospital

พรพรรณ สกุลคู ป.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)
คมพศ แต่งเมือง ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)

Pornpun Sakunkoo Ph.D. (Public Health)
Kanaposh Tangmuang M.P.H. (Environmental Health)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณและชนิดของเชื้อแบคทีเรียในอากาศในคลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลชุมชน โดยทำการศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2559 จากกิจกรรมการให้บริการหลัก 3 จุดคือ จุดให้บริการอุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟันและห้องตรวจผู้ป่วยเบาหวาน (control) เก็บตัวอย่างอากาศแบบเจาะจง จำนวน 120 ตัวอย่างด้วยเครื่องมือเก็บตัวอย่างจุลินทรีย์ในอากาศ Biostage single-impactor ที่บรรจุ Petri dish อาหารเลี้ยงเชื้อสูตร Nutrient agar (NA) สำหรับเลี้ยงเชื้อแบคทีเรีย ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณของเชื้อแบคทีเรียรวมมีค่า $846.02 \text{ CFU/m}^3 (\pm 44.55)$ ($95\% \text{ CI} = 757.80 - 934.23$) โดยปริมาณเชื้อแบคทีเรียในวันพุธช่วงเช้า ของสัปดาห์ที่ 1 เดือนพฤศจิกายนในจุดให้บริการอุดฟันพบมากที่สุดมีค่า $2,734.98 \text{ CFU/m}^3$ และพบทั้งหมด 7 ชนิด ได้แก่ *Pseudomonas* *Escherichia coli* โดยเชื้อแบคทีเรียในอากาศที่พบมากที่สุดคือเชื้อ *Bacillus* spp. ร้อยละ 24 ของเชื้อทั้งหมดที่พบ ปริมาณของเชื้อแบคทีเรียในอากาศรวมมีค่าเฉลี่ยเกินค่ามาตรฐาน IAQ/WHO (500 CFU/m^3) ในระหว่างการให้บริการทันตกรรมควรมีการจัดการและหาอุปกรณ์ระบายอากาศที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดปริมาณเชื้อแบคทีเรียในอากาศ

คำสำคัญ: เชื้อแบคทีเรียในอากาศ คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This survey research was study quantities and types of bacteria in airborne in a dental clinic of a community hospital. The research had been conducted in October to December 2016. Main activities include filling, scaling, extraction tooth and DM room (control), were 120 samples with Biostage single-impactor with Petri dish containing Nutrient agar (NA) for culturing of bacteria. The results showed that the average total bacterial count in airborne was $846.02 \text{ CFU/m}^3 (\pm 44.55)$ ($95\% \text{ CI} = 757.80 - 934.23$). The highest number of bacteria found on Wednesday morning of first week in November, there were $2,734.98 \text{ CFU/m}^3$. There were 7 types of bacteria; *Pseudomonas stutzeri*, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Micrococcus* spp., *Enterobacter* spp., *Bacillus* spp., and *Escherichia coli*. *Bacillus* spp. was found 24% of the total bacteria. The quantities of bacteria exceeded 500 CFU/m^3 in indoor air quality guidelines of the World Health Organization IAQ. During dental main service activities, should be provided suitable of ventilation equipment order to decreasing number of airborne bacteria.

Keywords: bacteria in airborne, dental clinic, community hospital

บทนำ

โรงพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ซึ่งในโรงพยาบาลแต่ละแห่งได้แบ่งการดูแลรักษาประชาชนที่เจ็บป่วยออกเป็นหลายแผนก เช่น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน อุบัติเหตุฉุกเฉิน การส่งเสริมสุขภาพ ทันตกรรม เป็นต้น ผู้รับบริการส่วนใหญ่ร่างกายอ่อนแอ ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องไปจากสภาพปกติทั่วไป การหายใจเอาเชื้อโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในอากาศเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิดโรคได้ง่ายและอาจมีความรุนแรงมากกว่าช่วงที่ร่างกายแข็งแรง ดังนั้นคุณภาพอากาศของโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องได้รับการตรวจวัดเพื่อหาปริมาณของจุลินทรีย์ที่ปนเปื้อนอยู่ในอากาศเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และทำการแก้ไขให้ทันเวลา⁽¹⁾ จากการศึกษาการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในบรรยากาศในโรงพยาบาลขนาดที่แตกต่างกัน พบว่าเชื้อแบคทีเรียที่พบมากที่สุดคือ *Bacillus* spp. และเชื้อราที่พบมากที่สุดคือ *Aspergillus* spp. ซึ่งเชื้อทั้ง 2 ชนิดเป็นเชื้อฉวยโอกาสที่จะก่อโรคกับผู้ที่มียาภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ป่วย HIV วัณโรค หอบหืด และผู้ที่ปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น⁽²⁾ เชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือ *Staphylococcus aureus* ซึ่งเป็นเชื้อประจำถิ่น มักพบอยู่ในจมูก เป็นสาเหตุให้เกิดตุ่มพอง เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ และพบ *Streptococcus pneumoniae* ที่พบบริเวณคอหอยส่วนบนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคปอดบวมในผู้สูงอายุ และยังพบการติดเชื้อในลำคอ ตุ่มพองที่เกิดจากการติดเชื้อ *Streptococcus pyogenes* ซึ่งไม่เป็นเชื้อประจำถิ่นและสามารถติดต่อผ่านทางอากาศ⁽³⁾

ทันตกรรมเป็นจุดที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยจากโรคในช่องปาก เช่น การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การรักษารากฟัน และการใส่ฟันปลอม เป็นต้น⁽⁴⁾ คลินิกทันตกรรมจึงเป็นพื้นที่อันตรายที่อาจมีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์มากมายที่เกิดขึ้นระหว่างการให้บริการทันตกรรม เช่น การขูดหินปูนด้วยเครื่องอัลตราโซนิกจะทำให้เกิดอนุภาคเล็ก ๆ ล่องลอยอยู่ในอากาศหลายชั่วโมงถ้าหากไม่มีระบบระบายอากาศที่เพียงพอซึ่งระบบระบายอากาศของห้องทันตกรรมโดยส่วนใหญ่จะใช้เพียงเครื่องปรับ

อากาศและพัดลมดูดอากาศ ดังนั้นโรคติดเชื้อหลายชนิดสามารถติดต่อไปยังทันตบุคลากรและผู้ที่มาใช้บริการ⁽⁵⁾ จากการศึกษาการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศของห้องทันตกรรม พบว่ามีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศสูงในระหว่างการให้บริการทันตกรรม⁽⁶⁾ เมื่อเปรียบเทียบการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศภายในคลินิกทันตกรรมกับพื้นที่สาธารณะภายนอกพบว่าสัดส่วนของการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศภายในคลินิกทันตกรรมมีมากกว่าภายนอกซึ่งอาจทำให้ผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกทันตกรรมเป็นประจำเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อจุลินทรีย์มากกว่าคนปกติทั่วไป⁽⁷⁾ และเมื่อนำเชื้อจุลินทรีย์ที่ปนเปื้อนในอากาศภายในห้องทันตกรรมมาทำการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพื่อจำแนกเชื้อแต่ละชนิด พบเชื้อ *Pseudomonas*, *Micrococcus*, *Staphylococcus*, *Alternaria*, *Cladosporium*, *Penicillium*, *Aspergillus* และ *Paecilomyces*⁽⁸⁾ สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาการปนเปื้อนของแบคทีเรียในอากาศภายในคลินิกทันตกรรมรวมสอง และคลินิกทันตกรรมพิเศษ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าการปนเปื้อนของแบคทีเรียในอากาศก่อนทำการหัตถการ มีปริมาณน้อยกว่าระหว่างทำการหัตถการ⁽⁹⁾ และมีการศึกษาจุลินทรีย์ในอากาศของห้องทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล พบเชื้อจุลินทรีย์ทั้งหมด 10 ชนิด แบ่งเป็นเชื้อแบคทีเรีย จำนวน 6 ชนิด คือ *Enterobacteriaceae*, *Bacillus* spp., *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Micrococcus* spp. และ *Pseudomonas* spp. และพบเชื้อราจำนวน 4 ชนิด คือ *Aspergillus* spp., *Fusarium* spp., *Rhizopus* spp. และ *Penicillium* spp.⁽¹⁰⁾ และจากการสำรวจเบื้องต้นเชื้อแบคทีเรียในอากาศเท่ากับ 254.41 CFU/m³ คุณภาพอากาศอยู่ในเกณฑ์ดี คือ มีค่าไม่เกิน 500 CFU/m³ ตามคำแนะนำคุณภาพอากาศในอาคารขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization). IAQ: Biological Contaminants⁽¹¹⁾

ในปัจจุบันยังมีโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล Hospital accreditation (HA) ซึ่งการศึกษาปริมาณและชนิดของ

เชื้อแบคทีเรียในอากาศในคลินิกทันตกรรม ในระดับโรงพยาบาลชุมชน เป็นส่วนสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในแต่ละหน่วยงานยังส่งเสริมการทำวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น และยังเป็นการศึกษาและค้นหาความเสี่ยงเพื่อหาแนวทางการป้องกันแก้ไขในกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปริมาณและชนิดของเชื้อแบคทีเรียในอากาศจากกิจกรรมการให้บริการหลักในคลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ศึกษาปริมาณและชนิดของเชื้อแบคทีเรียในอากาศห้องทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษารั้งนี้เก็บตัวอย่างเชื้อแบคทีเรียในอากาศในวันจันทร์ วันพุธ ช่วง 09.00 น.-12.00 น. และ 13.00 น.-15.00 น. และวันศุกร์ช่วง 09.00 น.-10.00 น. สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือนตุลาคม สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือนพฤศจิกายน สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ของเดือนธันวาคม ซึ่งการเก็บตัวอย่างในแต่ละวัน จะเก็บที่จุดให้บริการถอนฟัน อดฟัน ขูดหินปูน และห้องตรวจผู้ป่วยเบาหวาน (Control) รวมทั้งสิ้น 120 ตัวอย่างตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ฟังคลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลชุมชน

เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกสิ่งแวดล้อม

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บตัวอย่างอากาศ

2.1 เครื่องมือเก็บตัวอย่างจุลินทรีย์ในอากาศ

Microbiology Air Sampler ใช้เครื่อง Biostage single-impactors® single-stage

2.2 เครื่องมือวัดอุณหภูมิและความชื้น (Hygrometer)

2.3 Petri dish ที่บรรจุอาหารเลี้ยงเชื้อสำหรับเลี้ยงเชื้อแบคทีเรียสูตร Nutrient agar (NA)

3. การเตรียมอาหารเลี้ยงเชื้อ⁽¹²⁾ Nutrient agar ซึ่ง Nutrient agar 23 กรัม ผสมกับน้ำกลั่น 1 ลิตร นำไปต้มให้อาหารเลี้ยงเชื้อละลายดีแล้วนำไปนึ่งฆ่าเชื้อที่อุณหภูมิ 121 องศาเซลเซียส ความดัน 15 ปอนด์/ตารางนิ้ว นาน 15 นาที จากนั้นนำไปแช่ในอ่างน้ำควบคุมอุณหภูมิที่ 50 องศาเซลเซียส แล้วนำไปเทในจานอาหารเลี้ยงเชื้อปริมาตร 20 มิลลิลิตร/plate ก่อนนำจานอาหารเลี้ยงเชื้อไปใช้ต้องมีการผึ่งให้ผิวหน้าอาหารเลี้ยงเชื้อแห้ง และทดสอบความปราศจากเชื้อ โดยนำอาหารเลี้ยงเชื้อที่เตรียมประมาณ 5 plate เข้าตู้อบเพาะเชื้อ (Incubator) อุณหภูมิ $35\pm 1^{\circ}\text{C}$ ประมาณ 24 ชั่วโมงและตรวจดูการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ถ้ามีเชื้อแบคทีเรียแสดงว่าอาหารเลี้ยงเชื้อที่เตรียมนั้นมีการปนเปื้อนไม่สามารถนำไปใช้เก็บตัวอย่างแบคทีเรียในอากาศได้

4. การทดสอบความเที่ยงตรง (calibration) ของอัตราการดูดอากาศก่อนการใช้งานเครื่องมือเก็บตัวอย่างอากาศต้องมีการทดสอบความเที่ยงของอัตราการดูดอากาศซึ่งเครื่อง Biostage single-impactors® single-stage นี้ได้ใช้อัตราการไหล 28.3 L/min โดยจะต่อบั๊มดูดอากาศเข้ากับ Rotameter และปรับอัตราการดูดอากาศของ Biostage single-impactors ให้ได้ 28.3 L/min โดยจะดูที่ตำแหน่งของลูกบอลใน Rotameter

5. วิธีเก็บตัวอย่าง วิธีการเก็บจุลินทรีย์ที่ปนเปื้อนอยู่ในอากาศ ทำได้โดยต่อเครื่อง Biostage single-impactors® single-stage ที่มีอาหารเลี้ยงเชื้อบรรจุอยู่ภายในเข้ากับปั๊มดูดอากาศจากนั้นทำการดูดอากาศด้วยอัตราการดูดอากาศ 28.3 L/min เป็นเวลา 10 นาทีโดย

การเก็บตัวอย่างทุกครั้งจะต้องมี Filed blank เพื่อตรวจสอบการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ทุกครั้งของการเก็บแต่ละช่วงและห้อง Control เพื่อเปรียบเทียบกับห้องที่ทำการศึกษา และในขณะที่ยกส่งไปยังห้องปฏิบัติการนั้นต้องควบคุมอุณหภูมิไม่เกิน 4 °C ภายในกล่องโฟมที่มีไอซ์แพคบรรจุภายในแล้วนำไปตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการภายใน 24 ชั่วโมง โดยอาหารเลี้ยงเชื้อแบคทีเรีย Nutrient agar (NA) ที่ใช้เก็บเชื้อแบคทีเรียจากงานเพาะเชื้อที่ได้ไปอบอุณหภูมิ 35 °C นาน 48 ชั่วโมง

$$\text{ปริมาณของจุลินทรีย์} = \frac{\text{จำนวนโคโลนีที่นับได้}}{\text{ปริมาณอากาศทั้งหมด}}$$

ปริมาตรอากาศทั้งหมด = อัตราการไหลของอากาศ (28.3 L/min) x ระยะเวลาที่เก็บตัวอย่าง (t) โดยที่ 1 L = 10⁻³ m³

ทั้งนี้ก่อนทำการเก็บตัวอย่างทุกครั้งต้องทำความสะอาดเครื่องมือด้วยแอลกอฮอล์ 70% เพื่อฆ่าเชื้อที่ปนเปื้อนอยู่ในเครื่อง Biostage single-impactors และในระหว่างการเปลี่ยนชุดของอาหารเลี้ยงเชื้อก็ต้องทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์ 70%

6. วิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่ห้องปฏิบัติการกลางคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

7. วิเคราะห์ทางชีวเคมีที่ห้องปฏิบัติการ RIA จังหวัดนครราชสีมา

8. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

8.1 สถิติพรรณนา ได้แก่จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

8.2 สถิติอนุมาน 95% CI ของค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อจุลินทรีย์

8.3 ใช้โปรแกรม STATA version 10.0 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

ผลการศึกษา

โรงพยาบาลชุมชนที่ทำการศึกษามีขนาด 30 เตียง มีเตียงทันตกรรม 4 เตียงระบบปรับอากาศเป็นแบบแยกส่วนมีเครื่องปรับอากาศ 2 ตัวอายุการใช้งาน 5 ปี ทำความสะอาดปีละ 1 ครั้ง และมีพัดลมดูดอากาศ 1 เครื่องซึ่งจุดให้บริการทันตกรรมแต่ละจุดมีเพียงฉากกั้นเพื่อไม่ให้ผู้มารับบริการมองเห็นผู้อื่นเท่านั้น อุณหภูมิภายในห้องเฉลี่ย 24.23°C (± 0.14) มีอุณหภูมิต่ำสุด 23°C และอุณหภูมิสูงสุด 25°C ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย 78.4% RH (± 1.69) ความชื้นสัมพัทธ์ต่ำสุด 57.5% RH และความชื้นสัมพัทธ์สูงสุด 90%RH และมีการทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง คือช่วงเวลา 07.00 น. – 08.00 น. และ 12.00 น. – 13.00 น.วิธีการทำความสะอาดจะเป็นการกวาดฝุ่นที่อยู่ตามพื้นห้อง และถูห้องในวันศุกร์ช่วงเวลา 13.00 น. – 16.00 น. ทำการฉีดสเปรย์ฆ่าเชื้อในอากาศ และขัดทำความสะอาดพื้นห้อง รวมถึงการเช็ดฝุ่นตามพื้นผิวต่าง ๆ ที่อยู่ในคลินิกทันตกรรม ลักษณะอากาศภายนอกในวันที่ทำการเก็บตัวอย่างพบว่า มีแสงแดดจ้าร้อยละ 38.89 มีเมฆบางส่วน ร้อยละ 22.22 มีเมฆเป็นส่วนมากและมีเมฆเต็มท้องฟ้า ร้อยละ 11.11 และมีฝนตก ร้อยละ 16.67 มีจำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อวัน 31.55 (± 1.24) ราย ผู้มารับบริการน้อยสุด 21 รายต่อวัน และผู้มารับบริการมากที่สุด 41 รายต่อวัน ซึ่งผู้มารับบริการถอนฟันมีมากที่สุด ร้อยละ 57.04 รับบริการอุดฟัน ร้อยละ 15.67 รับบริการขูดหินปูน ร้อยละ 12.85 และรับบริการเฉพาะทาง (ผ่าฟันคุด รักษารากฟัน ทำฟันปลอม) ร้อยละ 14.44 โรงพยาบาลชุมชนมีระบบการจัดการเป็นไปตาม Thai Dental Safety Goals & Guidelines 2015

ตารางที่ 1 ปริมาณเชื้อแบคทีเรียในอากาศเดือนตุลาคม

สัปดาห์	วัน	ช่วงเวลา	ผู้รับบริการ (ราย)	จุดเก็บตัวอย่าง/ปริมาณเชื้อแบคทีเรีย CFU/m ³			
				อุดฟัน	ชุดหินปูน	ถอนฟัน	Control**
1.00	จันทร์	เช้า	20	696.11	501.77	371.02	176.68
		บ่าย	6	416.96	70.67	222.61	236.75
	พุธ	เช้า	24	1,257.95	515.90	561.84	201.41
		บ่าย	6	477.03	487.63	600.07	162.54
	ศุกร์*	เช้า	31	204.95	123.67	134.28	127.21
2.00	จันทร์	เช้า	34	1,141.34	1,219.08	296.82	173.14
		บ่าย	7	858.66	826.86	318.02	215.55
	พุธ	เช้า	27	501.77	328.62	1,144.88	201.41
		บ่าย	7	784.45	593.64	424.03	229.68
	ศุกร์*	เช้า	27	233.22	1,219.08	314.49	212.01
	Mean		31.50	657.24	588.69	438.81	193.64
	SD		5.47	357.80	398.17	285.61	33.64
	Min		26.00	204.95	70.67	134.28	127.21
	Max		41.00	1,257.95	1,219.08	1,144.88	236.75
	95% CI		25.76–	401.27–	303.86–	234.49–	169.57–
		37.24	913.20	873.52	643.12	217.70	

*วันศุกร์ช่วงบ่ายไม่มีการให้บริการทันตกรรมเนื่องจากทำความสะอาดเครื่องมือและกิจกรรม 5 ส

**ห้องตรวจผู้ป่วยเบาหวาน

จากข้อมูลปริมาณเชื้อแบคทีเรียเดือนตุลาคมพบปริมาณเชื้อแบคทีเรียมากที่สุดช่วงเช้าวันพุธสัปดาห์ที่ 1 จากบริเวณจุดให้บริการอุดฟัน ปริมาณ 1,257.95 CFU/m³ และพบน้อยที่สุดช่วงบ่ายวันจันทร์สัปดาห์ที่ 1 จากบริเวณจุดให้บริการชุดหินปูน ปริมาณ 70.67 CFU/m³ และผู้มารับบริการมากที่สุดในช่วงเช้าวันจันทร์สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 34 ราย ดังตารางที่ 1 และโดยเฉลี่ยส่วนใหญ่พบปริมาณเชื้อแบคทีเรียมีค่าเกินคำแนะนำคุณภาพอากาศในอาคารขององค์การอนามัยโลก (World Health

Organization). IAQ: Biological Contaminants⁽¹¹⁾ โดยกำหนดค่าไม่เกิน 500 CFU/m³ ดังภาพที่ 1 เชื้อแบคทีเรียที่พบในเดือนตุลาคมมี 7 ชนิด ได้แก่ *Pseudomonas stutzeri*, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Micrococcus* spp., *Enterobacter* spp., *Bacillus* spp. และ *Escherichia coli* ซึ่งพบในจุดให้บริการอุดฟัน ส่วนในจุดให้บริการถอนฟันไม่พบเชื้อ *Escherichia coli* และ *Enterobacter* spp. และจุดให้บริการชุดหินปูนไม่พบเชื้อ *Enterobacter* spp.

ตารางที่ 2 ปริมาณเชื้อแบคทีเรียในอากาศเดือนพฤศจิกายน

สัปดาห์	วัน	ช่วงเวลา	ผู้รับบริการ (ราย)	จุดเก็บตัวอย่าง/ปริมาณเชื้อแบคทีเรีย CFU/m ³			
				อุดฟัน	ชุดหินปูน	ถอนฟัน	Control**
1.00	จันทร์	เช้า	24	1,159.01	699.65	989.40	395.76
		บ่าย	9	607.77	600.71	975.27	318.02
	พุธ	เช้า	23	2,734.98	565.37	572.44	303.89
		บ่าย	7	989.40	968.20	579.51	240.28
	ศุกร์*	เช้า	27	1,731.45	1,257.95	466.43	282.69
2.00	จันทร์	เช้า	28	1,484.10	1,413.43	395.76	388.69
		บ่าย	9	1,335.69	544.17	544.17	240.28
	พุธ	เช้า	25	1,413.43	954.06	381.63	360.42
		บ่าย	9	1,102.47	628.98	614.84	289.75
	ศุกร์*	เช้า	21	1,802.12	636.04	840.99	395.76
Mean			30.33	1,436.04	826.86	636.04	321.55
SD			5.72	576.86	308.63	223.43	60.63
Min			21.00	607.77	544.17	381.63	240.28
Max			37.00	2,734.98	1,413.43	989.40	395.76
95% CI			24.34-36.33	1023.38- 1848.71	606.08- 1047.63	476.21- 795.88	278.18- 364.93

*วันศุกร์ช่วงบ่ายไม่มีการให้บริการทันตกรรมเนื่องจากทำความสะอาดเครื่องมือและกิจกรรม 5 ส

**ห้องตรวจผู้ป่วยเบาหวาน

จากข้อมูลปริมาณเชื้อแบคทีเรียเดือนพฤศจิกายน พบปริมาณเชื้อแบคทีเรียมากที่สุดช่วงเช้าวันพุธสัปดาห์ที่ 1 จากบริเวณจุดให้บริการอุดฟัน ปริมาณ 2,734.98 CFU/m³ และพบน้อยที่สุด ช่วงเช้าวันพุธสัปดาห์ที่ 2 จากบริเวณจุดให้บริการถอนฟัน ปริมาณ 381.63 CFU/m³ และผู้มารับบริการมากที่สุดในช่วงเช้าวันจันทร์สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 28 ราย ดังตารางที่ 2 และโดยเฉลี่ย พบปริมาณเชื้อแบคทีเรียมีค่าเกินคำแนะนำคุณภาพอากาศในอาคาร

ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization). IAQ: Biological Contaminants⁽¹¹⁾ โดยกำหนดค่าไม่เกิน 500 CFU/m³ ดังภาพที่ 1 เชื้อแบคทีเรียที่พบในเดือนพฤศจิกายนมี 6 ชนิด ได้แก่ *Pseudomonas stutzeri*, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Micrococcus* spp., *Bacillus* spp. และ *Escherichia coli* ซึ่งพบในจุดให้บริการอุดฟันและจุดให้บริการชุดหินปูน ส่วนในจุดให้บริการถอนฟันไม่พบ *Escherichia coli*

ตารางที่ 3 ปริมาณเชื้อแบคทีเรียในอากาศเดือนธันวาคม

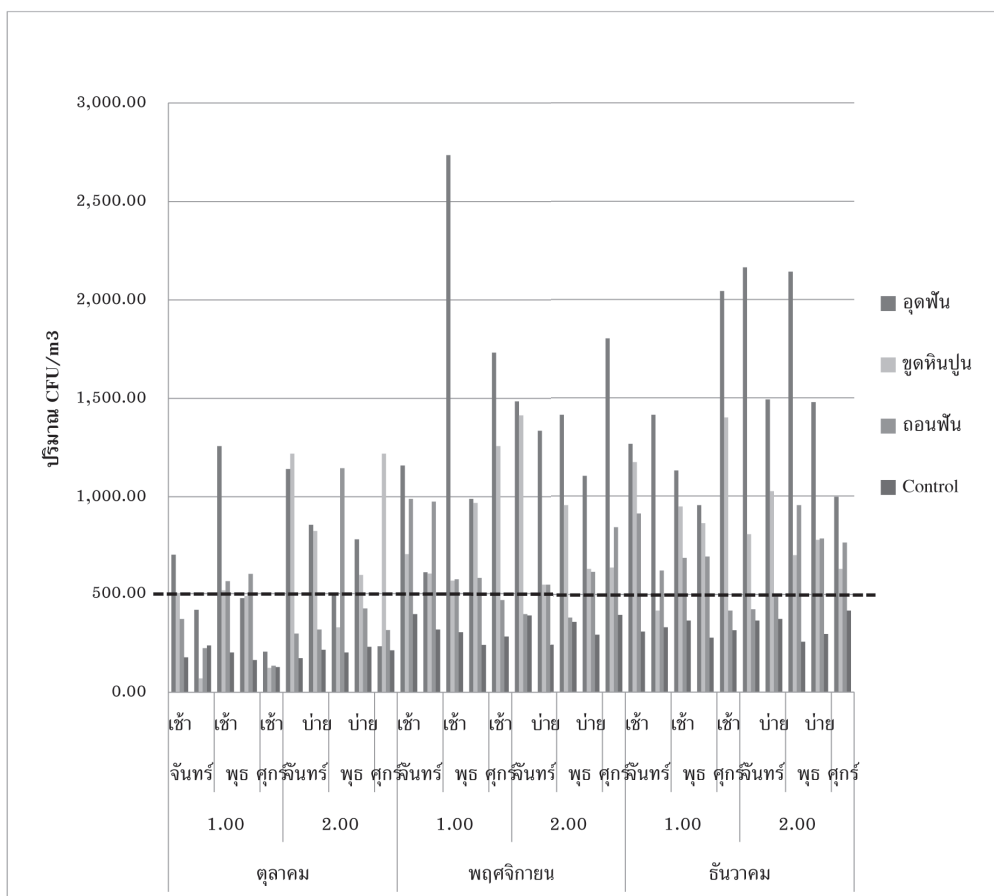
สัปดาห์	วัน	ช่วงเวลา	ผู้รับบริการ (ราย)	จุดเก็บตัวอย่าง/ปริมาณเชื้อแบคทีเรีย CFU/m ³			
				อุดฟัน	ชุดหินปูน	ถอนฟัน	Control**
1.00	จันทร์	เช้า	25	1,265.02	1,173.14	911.66	310.95
		บ่าย	7	1,413.43	416.96	621.91	332.16
	พุธ	เช้า	28	1,130.74	947.00	685.51	367.49
		บ่าย	12	954.06	862.19	692.58	275.62
	ศุกร์*	เช้า	26	2,042.40	1,399.29	416.96	318.02
2.00	จันทร์	เช้า	27	2,162.54	805.65	424.03	367.49
		บ่าย	10	1,491.17	1,024.73	487.63	374.56
	พุธ	เช้า	25	2,141.34	699.65	954.06	254.42
		บ่าย	9	1,477.03	777.39	784.45	296.82
	ศุกร์*	เช้า	28	996.47	628.98	763.25	416.96
Mean			32.83	1,507.42	873.50	674.20	331.45
SD			5.31	458.89	280.26	189.02	50.13
Min			26.00	954.06	416.96	416.96	254.42
Max			40.00	2,162.54	1,399.29	954.06	416.96
95% CI			27.26–	1179.15–	673.01–	538.99–	295.59–
			38.40	1835.69	1073.99	809.42	367.31

*วันศุกร์ช่วงบ่ายไม่มีการให้บริการทันตกรรมเนื่องจากทำความสะอาดเครื่องมือและกิจกรรม 5 ส

**ห้องตรวจผู้ป่วยเบาหวาน

จากข้อมูลปริมาณเชื้อแบคทีเรียเดือนธันวาคมพบปริมาณเชื้อแบคทีเรียมากที่สุดช่วงเช้าวันจันทร์สัปดาห์ที่ 2 จากบริเวณจุดให้บริการอุดฟัน ปริมาณ 2,162.54 CFU/m³ และพบน้อยที่สุด ช่วงบ่ายวันจันทร์สัปดาห์ที่ 1 จากบริเวณจุดให้บริการชุดหินปูนและวันศุกร์สัปดาห์ที่ 1 บริเวณจุดให้บริการถอนฟัน ปริมาณ 416.96 CFU/m³ และผู้มารับบริการมากที่สุดในช่วงเช้าวันพุธสัปดาห์ที่ 1 และวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 จำนวน 28 ราย ดังตารางที่ 3 และโดยเฉลี่ยพบปริมาณเชื้อแบคทีเรียมีค่าเกินคำแนะนำคุณภาพอากาศในอาคารขององค์การอนามัยโลก (World

Health Organization). IAQ: Biological Contaminants⁽¹¹⁾ โดยกำหนดค่าไม่เกิน 500 CFU/m³ ดังภาพที่ 1 เชื้อแบคทีเรียที่พบในเดือนธันวาคมมี 6 ชนิด ได้แก่ *Pseudomonas stutzeri*, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Micrococcus* spp., *Bacillus* spp., *Escherichia colic* และ *Enterobacter* spp. ซึ่งพบในจุดให้บริการอุดฟัน ส่วนจุดให้บริการชุดหินปูนไม่พบเชื้อ *Enterobacter* spp. ในจุดให้บริการถอนฟันไม่พบเชื้อ *Escherichia coli*



ภาพที่ 2 ปริมาณเชื้อแบคทีเรียเดือนตุลาคม-เดือนธันวาคม

-----คำแนะนำคุณภาพอากาศในอาคารขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization).

IAQ: Biological Contaminants⁽¹¹⁾ ค่าไม่เกิน 500 CFU/m³

ตารางที่ 4 สรุปปริมาณเชื้อจุลินทรีย์จากกิจกรรมการให้บริการหลักทางทันตกรรม (CFU/m³)

เชื้อจุลินทรีย์	จุดเก็บตัวอย่าง	Mean	SD	Min	Max	95% CI
เชื้อแบคทีเรีย	อุดฟัน	1,200.24	601.45	204.95	2,734.98	975.65-1424.82
	ชุดหินปูน	763.02	345.30	70.67	1,413.43	634.08-891.95
	ถอนฟัน	583.02	250.81	134.28	1,144.88	489.36-676.67
	Control	282.21	79.67	127.21	416.96	252.46-311.96

จากข้อมูลพบว่าปริมาณเชื้อแบคทีเรียที่พบมากที่สุดในการให้บริการอุดฟัน 2,734.98 CFU/m³ พบปริมาณเชื้อแบคทีเรียน้อยที่สุดในการให้บริการชุดหินปูน 70.67 CFU/m³ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 5 สรุปชนิดเชื้อจุลินทรีย์

กิจกรรมการให้บริการ	ชนิดเชื้อแบคทีเรีย
อุดฟัน	<i>Pseudomonas stutzeri</i> , <i>Staphylococcus</i> spp., <i>Streptococcus</i> spp., <i>Micrococcus</i> spp., <i>Enterobacter</i> spp., <i>Bacillus</i> spp., <i>Escherichia coli</i>
ชุดหินปูน	<i>Pseudomonas stutzeri</i> , <i>Staphylococcus</i> spp., <i>Streptococcus</i> spp., <i>Micrococcus</i> spp., <i>Bacillus</i> spp., <i>Escherichia coli</i>
ถอนฟัน	<i>Pseudomonas stutzeri</i> , <i>Staphylococcus</i> spp., <i>Micrococcus</i> spp., <i>Bacillus</i> spp.
Control	<i>Micrococcus</i> spp., <i>Bacillus</i> spp.

จากข้อมูลพบว่าจุดให้บริการอุดฟันพบชนิดของเชื้อแบคทีเรีย มากที่สุด 7 ชนิด ได้แก่ *Pseudomonas stutzeri*, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Micrococcus* spp., *Enterobacter* spp., *Escherichia coli*, *Bacillus* spp. ดังตารางที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปริมาณและชนิดของเชื้อแบคทีเรียในอากาศของคลินิกทันตกรรมในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณของเชื้อแบคทีเรียรวมมีค่า $846.02 \text{ CFU/m}^3 (\pm 44.55)$ ($95\% \text{ CI} = 757.80 - 934.23$) พบปริมาณเชื้อแบคทีเรียมากที่สุดในระหว่างการให้บริการอุดฟัน $2,734.98 \text{ CFU/m}^3$ ซึ่งเกิดจากทำให้เกิดอนุภาคเล็ก ๆ ล่องลอยอยู่ในอากาศโดยพบว่าในเดือนตุลาคมมีปริมาณการปนเปื้อนน้อยกว่าเดือนพฤศจิกายนและเดือนธันวาคมเนื่องจากมีผู้มารับบริการอุดฟันและชุดหินปูนน้อยส่วนมากมารับบริการถอนฟันเฉลี่ย 22 คน/วัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ อินยาวิเลิศและคณะ⁽⁹⁾, Pasquarella et al⁽⁶⁾ พบว่าระหว่างการให้บริการทันตกรรมที่ทำให้เกิดอนุภาคเล็กคือการชุดหินปูนและการอุดฟันมีการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียมากกว่าก่อนการให้บริการทันตกรรมและยังสอดคล้องกับข้อมูลการเก็บตัวอย่างก่อนทำการศึกษ พบว่ามีปริมาณเชื้อแบคทีเรียปนเปื้อนในอากาศเพียง 254.41 CFU/m^3 แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียส่วนใหญ่เกิน 500 CFU/m^3 ตามคำแนะนำคุณภาพอากาศในอาคารขององค์การอนามัยโลก IAQ

ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เด่นชั้น กรวยทอง และกาญจนา นาละพินธุ⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีความแตกต่างกันของจำนวนผู้มารับบริการทันตกรรมในแต่ละวันและชนิดของการให้บริการทันตกรรมซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาผู้มารับบริการอุดฟันและชุดหินปูนน้อยกว่า และช่วงเวลาเข้ามีผู้มารับบริการมากกว่าช่วงบ่าย 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับจุด Control พบว่ามีปริมาณที่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kimmerle et al⁽⁷⁾ ที่พบว่าการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในคลินิกทันตกรรมและพื้นที่สาธารณะมีความไม่แตกต่างกัน เชื้อแบคทีเรีย 7 ชนิดที่พบ ได้แก่ *Pseudomonas stutzeri*, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Micrococcus* spp., *Enterobacter* spp., *Escherichia coli*, *Bacillus* spp. เชื้อแบคทีเรียที่พบมากที่สุดคือ *Bacillus* spp. ซึ่งกลุ่มเชื้อแบคทีเรียที่พบในสิ่งแวดล้อมเป็นเชื้อฉวยโอกาสพบมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ศรีเทวณ และกาญจนา นาละพินธุ⁽²⁾ ศึกษาเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศที่ก่อโรคในโรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกันและการศึกษาของเด่นชัย กรวยทอง และ กาญจนา นาละพินธุ⁽¹⁰⁾ ที่ทำการศึกษปริมาณ และชนิดของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศของห้องทันตกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่นในส่วนของเชื้อที่พบ ซึ่งจากการศึกษาทำให้ได้ทราบว่าชนิดของจุลินทรีย์ในอากาศที่พบในคลินิกทันตกรรมภายในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งในแต่ละเดือนของจุดเก็บตัวอย่างมีชนิดของเชื้อแบคทีเรียที่คล้ายคลึงกันแต่พบว่าเชื้อ *Escherichia coli* เฉพาะจุดให้บริการอุดฟันและชุดหินปูนซึ่งการให้บริการ

ทั้ง 2 อย่างมีน้ำเป็นส่วนประกอบมีการกระจายตัวของน้ำจากยูนิตทันตกรรมอาจมีการปนเปื้อนเชื้อ *Escherichia coli* จากระบบน้ำประปาได้และน้ำที่อยู่ในระบบยูนิตทันตกรรมยังเป็นแหล่งเพาะเชื้อแบคทีเรีย^(8,9) แต่ปริมาณเชื้อที่พบจำนวนน้อยจึงไม่เกิดผลกระทบต่อผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ ในส่วนเชื้อ *Enterobacter* spp. ที่พบในจุดให้บริการอุดฟันอาจมากับผู้ป่วยที่มารับบริการอุดฟันแต่ในจุด Control พบเชื้อแบคทีเรียเพียง 2 ชนิด ได้แก่ *Micrococcus* spp. และ *Bacillus* spp. ซึ่งเชื้อที่พบแตกต่างกันอาจเกิดจากกิจกรรมการให้บริการทันตกรรมซึ่งในห้อง Control ไม่ได้มีกิจกรรมดังกล่าวและระบบระบายอากาศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศ^(2,13)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพน้ำด้านเชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ในระบบน้ำที่ใช้ในยูนิตทันตกรรม
2. การจัดหาอุปกรณ์ระบายอากาศที่เหมาะสมอาจช่วยลดปริมาณเชื้อแบคทีเรียในอากาศ
3. ในระหว่างการให้บริการทันตกรรมที่เกิดอนุภาคเล็กๆ ที่ลอยสู่อากาศควรมีระบบการจัดการเพื่อลดปริมาณของเชื้อแบคทีเรีย
4. นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขป้องกันคุณภาพอากาศภายในห้องทันตกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มอบทุนอุดหนุนวิจัย ขอขอบคุณคณะผู้บริหารโรงพยาบาลบ้านเขว้าทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ในการเก็บข้อมูล และขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้คำแนะนำและเป็นที่กำลังใจตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. ภารดี ช่วยบำรุง. เทคโนโลยีการกำจัดจุลินทรีย์ในอากาศในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
2. ศิริพร ศรีเทวสิน, กาญจนา นาคะพินธุ์. การปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในบรรยากาศในโรงพยาบาลขนาดที่แตกต่างกัน : Ambient microbial contamination in different hospital scales. วารสารวิจัย มข. ฉบับบัณฑิตศึกษา 2555; 12(1):92-101.
3. อะเคื้อ อุนหละกะ. การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : เจ.ซี.ซี การพิมพ์, 2541.
4. พิชญา สุทินฤกษ์, สุปิยะนันท์ เขียนนอก, สุพัตรา คำประภา. การเปรียบเทียบปริมาณเชื้อแบคทีเรียที่ปนเปื้อนในอากาศก่อนและหลังการเปิดเครื่องฟอกอากาศที่ใช้ในคลินิกทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น : ภาควิชาชีววิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
5. Gowtham S. & Padma, ED. Bioaerosol contamination in dental clinic: A potential health hazard Annals & Essence of Dentistry. 2014; 6(1), 33.
6. Pasquarella C, Veronesi L, Napoli C, Castiglia P, Liguori G, Rizzetto R. Microbial environmental contamination in Italian dental clinics: A multicenter study yielding recommendations for standardized sampling methods and threshold values. Sci Total Environ. 2012;420, 289-99.
7. Kimmerle H, Wiedmann-Al-Ahmad M, Pelz K, Wittmer A, Hellwig E, Al-Ahmad A. Airborne microbes in different dental environments in comparison to a public area. Arch Oral Biol. 2012; 57(6), 689-96.
8. Kadaifciler DG, Cotuk A. Microbial contamination of dental unit waterlines and effect on quality of indoor air. Environ Monit Assess. 2014; (6): 265-9.

9. กรรณิการ์ อินยาวีเลิศ, ศิริพร คำสะอาด, สมเกียรติ เหลืองไพรินทร์, อรณิข บัญญัติรัชต, อังคณา คลังทอง อาริยา รัตนทองคำ. การปนเปื้อนของแบคทีเรียในอากาศภายในคลินิกทันตกรรมรวมสองและคลินิกทันตกรรมพิเศษ โรงพยาบาลทันตกรรมคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (Bacterial air contamination inside the comprehensive dentistry clinic II and special care dentistry clinic at the dental hospital, Faculty of dentistry, Khon Kaen University). ขอนแก่น : ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและกระดูขากรรไกร คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
10. เด่นชัย กวยทอง กาญจนา นาคะพินธุ. จุลินทรีย์ในอากาศภายในห้องทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
11. World Health Organization. Report on a WHO Meeting Indoor Air Quality: Biological Contaminants. [ออนไลน์].[เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2561] เข้าถึงได้จาก http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/156146/WA754ES.pdf
12. พรพรรณ สกุลคู. การเก็บตัวอย่างอากาศและการวิเคราะห์ด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
13. ศรัญญู คำภาบุตร. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการระบายอากาศและปริมาณจุลินทรีย์ในอากาศภายในโรงพยาบาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

Administrative factors and critical success factors affecting surveillance
and rapid response performance of health personnel at sub-district health
promoting hospitals in Khon Kaen province

สุวิชัย ตามูลเลิศ ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)*
ประจักษ์ บัวผัน ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)**

Suwichai Thamoonlet M.P.H. (Public Health Administration)*
Prachak Bouphan PH.D. (Development)**

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

* Phon district health office, Khon Kaen province

** คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 248 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามมากกว่า 0.50 ทุกข้อค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.97 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ – 15 มีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผลการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยการบริหารภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D. = 0.44) ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D. = 0.50) และระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาพรวมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D. = 0.44) และพบว่าภาพรวมของปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.605$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.735$, $p\text{-value} < 0.001$) ตัวแปรปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการและด้านความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการและด้านบุคลากร ทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 66.4 ปัญหาอุปสรรค บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีหน้าที่รับผิดชอบหลายหน้าที่รวมถึงขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

คำสำคัญ: การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This study was cross-sectional descriptive research aimed to study administrative factors and success factors affecting surveillance and rapid response performance of health personnel at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province. The samples were 102 personnel randomly selected by systematic random sampling from the 248 population of surveillance and rapid response performance personnel at sub-district health promoting hospitals. This study collected data by questionnaire that examined and verified by the three experts for content validity and items objective congruence all item was more than 0.50 and Cronbach's Alpha Coefficient was at 0.97. Data collected between February 15st and March 15th 2017. The results showed that the overall administrative, Success factors and surveillance and rapid response performance of health personnel at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen province were at high level with averages of 3.77 (S.D. = 0.44), 3.86 (S.D. = 0.50), 3.95 (S.D. = 0.44). The overall administrative factors and success factors had high positive relationship with performance of health personnel at sub-district health promoting ($r = 0.605$, p -value < 0.001 ; $r = 0.735$, p -value < 0.001 , respectively). The administrative factors; man, management and success factors; image development of the quality service development, the connection between sub-district hospital team and host could predict surveillance and rapid response performance at 66.4. The most frequently found that the problem was the health personnel have many responsible many duty, lack of the necessary of skill and knowledge for the surveillance and rapid response performance.

Keywords: surveillance and rapid response performance, health promoting hospital

บทนำ

ประเทศไทยได้มีการตราพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มีสาระสำคัญในเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีการบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ให้สามารถจัดการภัยสุขภาพได้รวดเร็ว เตรียมระบบเพื่อพร้อมรับมือกับโรคติดต่ออันตรายต่างๆ เป็นการสร้างความเชื่อมั่นและความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชนไทย กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด ซึ่งเป็นการแต่งตั้งคณะกรรมการครั้งแรกของประเทศไทย และตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ⁽¹⁾ ได้จัดให้มีการตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) เพื่อเป็นกลไกในการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นกับสุขภาพและชีวิตของประชาชน โดยเริ่มมีการจัดตั้งทีม SRRT ระดับส่วนกลาง ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ

ขึ้นและจัดตั้งครบทุกตำบลในปี พ.ศ. 2555 โดยมีภารกิจคือการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค และเน้นควบคุมโรคหรือจำกัดการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว โดยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานของทีม SRRT นั้น มี 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบของทีม องค์ประกอบด้านความพร้อมในการปฏิบัติงานของทีม องค์ประกอบด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน องค์ประกอบด้านผลงาน⁽²⁾ จากการศึกษาการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คือด้านผลงานการปฏิบัติงาน กลับมามีด้านความพร้อมในการปฏิบัติงานในระดับน้อย⁽³⁾ ในการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วตามมาตรฐานของทีมให้ประสบความสำเร็จนั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างในการส่งเสริมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในเรื่องของปัจจัยการบริหาร ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ด้านบุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) วิธีการบริหารจัดการ (Management) เวลา (Time) เทคโนโลยี (Technology)⁽⁴⁾ ซึ่งปัจจัยการบริหารมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽⁵⁾ และยักรวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับและติดตามประเมินผล หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับการพัฒนาการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ ความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย⁽⁶⁾ โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์กับการดำเนินงาน⁽⁷⁾ เพื่อช่วยให้การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วมีประสิทธิภาพมากขึ้นตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค ซึ่งการดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยผลการดำเนินงานของเครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว นั้นต้องอาศัยผลการดำเนินงานของทีมระดับตำบล แต่ยังมีพบว่ามีปัญหาด้านผลงานการปฏิบัติงาน ความทันเวลา การแจ้งเตือนภัย การออกควบคุมโรค และการเขียนรายงานการสอบสวนโรค ที่ไม่ครบถ้วน⁽⁸⁾ จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วให้เกิดผลดีต่อประชาชนได้อย่างเต็มประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. ปัจจัยการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

2. ระดับปัจจัยการบริหาร ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

3. ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จมีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จมีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยประชากรที่ทำการวิจัยครั้งนี้คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นจำนวน 248 คน⁽⁹⁾ ระยะเวลาในการวิจัยระหว่าง 1 กรกฎาคม 2559 ถึง 30 มิถุนายน 2560

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional descriptive research) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกับการสนทนากลุ่ม (Focus group guideline)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา และปฏิบัติงาน

เผ่าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คน⁽⁹⁾ ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ เพื่อทดสอบสมมุติฐาน⁽¹⁰⁾ คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A.B}^2)}{R_{Y.A.B}^2 - R_{Y.A}^2} + w \quad \dots\dots\dots(A)$$

เมื่อ $\lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \quad \dots\dots\dots(B)$

$R_{Y.A,B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุ

สำหรับ Full Model⁽⁵⁾ ได้ค่า $R_{Y.A,B}^2 = 0.559$

$R_{Y.A}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ ($R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.B}^2$)

ซึ่งได้ค่า $R_{Y.A}^2 = 0.525$

$R_{Y.B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง $R_{Y.B}^2 = 0.034$

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) = 0 (เซต B) = 11

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เซต B) เท่ากับ 1 ตัวแปร

V คือ $v = N - u - w - 1 = 88.17$

ได้ขนาดตัวอย่าง 102 คน เมื่อได้ขนาดตัวอย่างจึงทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group guideline) คัดเลือกจากบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานเผ่าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วย 5 ส่วน คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การปฏิบัติงานเผ่าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ปัญหาและอุปสรรค แล้วนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่ามากกว่า 0.5 คะแนน แล้วนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 ชุด โดยใช้สัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าเท่ากับ 0.97

ตัวแปรและการวัด

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

1) เพศ คือ คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

วัดเป็นนามสเกล (Nominal scale) คือ 1. ชาย 2. หญิง

2) อายุ คือ อายุจริงของผู้ตอบแบบสอบถามถึงวันที่ตอบนับอายุเป็นปี วัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Ratio scale)

3) ระดับการศึกษา คือระดับการศึกษาที่เรียนจบสูงสุด วัดเป็นอันดับสเกล (ordinal scale) 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี 2. ปริญญาตรี 3. สูงกว่าปริญญาตรี

4) ตำแหน่ง คือ ตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถามวัดเป็นนามสเกล (Nominal scale) 1.เจ้าพนักงานสาธารณสุข 2. นักวิชาการสาธารณสุข 3. พยาบาลวิชาชีพ 4. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 5. เจ้าพนักงานแพทย์แผนไทย

5) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน คือ ระยะเวลาที่ผู้ตอบแบบสอบถามเริ่มปฏิบัติงาน SRRT จนถึงปัจจุบันวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Ratio scale)

6) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับ SRRT คือ ประสพการณ์ในการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน SRRT หรือด้านระบาดวิทยาเป็นนามสเกล (Nominal scale) และอัตราส่วนสเกล (Ratio scale) 0. ไม่เคย
1. เคย จำนวน.....ครั้ง

ส่วนที่ 2 ด้านปัจจัยการบริหาร ประกอบด้วย 1) บุคลากร 2) งบประมาณ 3) วัสดุอุปกรณ์ 4) การบริหารจัดการ 5) เวลา 6) เทคโนโลยี มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) วัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน⁽¹¹⁾ ดังนี้

มากที่สุดคือ ปฏิบัติทุกครั้ง	= 5
มากคือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง	= 4
ปานกลางคือ ปฏิบัติบางครั้ง	= 3
น้อยคือ ปฏิบัติน้อยครั้ง	= 2
น้อยที่สุดคือ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	= 1

การแปลผลคะแนนระดับปัจจัยการบริหาร แบ่งเป็น 5 ระดับ⁽¹²⁾ ดังนี้

มากที่สุด คือ ค่าเฉลี่ย	4.50 – 5.00
มาก คือ ค่าเฉลี่ย	3.50 – 4.49
ปานกลาง คือ ค่าเฉลี่ย	2.50 – 3.49
น้อย คือ ค่าเฉลี่ย	1.50 – 2.49
น้อยที่สุด คือ ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.49

ส่วนที่ 3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับและติดตามประเมินผล 2) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับการพัฒนา 3) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ 6) ความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย

แบบสอบถามเป็นคำถามมาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนเช่นเดียวกันกับส่วนที่ 2

ส่วนที่ 4 ด้านการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย องค์ประกอบของทีม องค์ประกอบด้านความพร้อมในการปฏิบัติงานของทีม องค์ประกอบด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน องค์ประกอบด้านผลงาน แบบสอบถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนเช่นเดียวกันกับส่วนที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการประมวลผลข้อมูล และนำเสนอข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน SRRT การได้รับการอบรมเกี่ยวกับ SRRT ระดับปัจจัยการบริหาร ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน หรือ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate Analysis) โดยแบ่งระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบ่งตามเกณฑ์ ของ Elifson K.⁽¹³⁾

2.2 การถดถอยพหุแบบขั้นตอนหรือ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis อธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไป

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 52.9 เพศชายจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-50 ปี จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 56.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 35.20 ปี (S.D.= 8.48 ปี) อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 56 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 รองลงมาคือ สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7 ส่วนใหญ่ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือเจ้าพนักงานสาธารณสุขจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการ

ปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว 6 - 10 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 45.1 มีค่ามัธยฐาน 6 ปี (Min = 0 ปี, Max = 25 ปี) มีประสบการณ์ในการฝึกอบรมจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 86.3

2. ระดับปัจจัยการบริหารในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ระดับปัจจัยการบริหารหลัก พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D.=0.44) เมื่อพิจารณาตามปัจจัยพบว่า ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.97 (S.D.=0.57) รองลงมาคือปัจจัยการบริหารด้านเวลาอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.94 (S.D.=0.55) ส่วนด้านที่มีค่าน้อยที่สุดคือปัจจัยการบริหารด้านงบประมาณอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D.=0.62) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับปัจจัยการบริหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยการบริหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านบุคลากร	3.82	0.53	มาก
2. ด้านงบประมาณ	3.50	0.62	มาก
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.63	0.58	มาก
4. ด้านการบริหารจัดการ	3.97	0.57	มาก
5. ด้านเวลา	3.94	0.55	มาก
6. ด้านเทคโนโลยี	3.73	0.60	มาก
ภาพรวมปัจจัยการบริหาร	3.77	0.44	มาก

3. ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.86 คะแนน (S.D.=0.50) เมื่อพิจารณาตามปัจจัยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับและติดตามประเมินผล มีค่าเฉลี่ยสูง

ที่สุดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.94 คะแนน (S.D.=0.53) รองลงมาคือ ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับการพัฒนาอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.93 คะแนน (S.D.=0.55) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจในการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.70 คะแนน (S.D.=0.69) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปรผลปัจจัยแห่งความสำเร็จของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	Mean	S.D.	แปลผล
1. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับและติดตามประเมินผล	3.94	0.53	มาก
2. หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับการพัฒนา	3.93	0.55	มาก
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสนใจในการมีส่วนร่วม	3.70	0.69	มาก
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	3.79	0.69	มาก
5. การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ	3.88	0.55	มาก
6. ความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย	3.92	0.58	มาก
ภาพรวม	3.86	0.50	มาก

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และบุคลากรมีหน้าที่รับผิดชอบหลายหน้าที่รวมถึงขาดความรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยีในการควบคุมโรค หน่วยงานสนับสนุนต่างๆ

ทั้งในส่วน of หน่วยงานด้านสุขภาพ หรือหน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณด้านการควบคุมโรคที่ล่าช้าขาดการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจน วัสดุอุปกรณ์มีไม่เพียงพอ เช่น เครื่องพ่นหมอกควัน หรือมีก็ชำรุดเสียหายบ่อยครั้งไม่สามารถบำรุงรักษาเองได้

ข้อเสนอแนะ ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถในด้านการควบคุมโรค และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรจัดทำแผนงบประมาณเพื่อสนับสนุนงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเพียงพอ

6. ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

6.1 ปัจจัยการบริหาร พบว่าภาพรวมของปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด

ขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.720$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาปัจจัยการบริหารเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.640$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านเวลาที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.607$, $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ปัจจัยด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.436$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยการบริหาร	การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	$p\text{-value}$	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านบุคลากร	0.577**	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	0.436**	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.521**	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านการบริหารจัดการ	0.640**	<0.001	ปานกลาง
5. ด้านเวลา	0.607**	<0.001	ปานกลาง
6. ด้านเทคโนโลยี	0.553**	<0.001	ปานกลาง
ภาพรวมปัจจัยการบริหาร	0.720**	<0.001	สูง

**Correlation is significant at the 0.01 level

6.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่าภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.735$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาปัจจัยแห่งความสำเร็จรายด้านพบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ

($r=0.691$, $p\text{-value} < 0.001$) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับและติดตามประเมินผล ($r=0.667$, $p\text{-value} < 0.001$) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับการพัฒนา ($r=0.650$, $p\text{-value} < 0.001$) ความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย ($r=0.650$, $p\text{-value} < 0.001$) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ($r=0.614$, $p\text{-value} < 0.001$) และน้อยที่สุด คือ การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ($r=0.471$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P - value	ระดับความสัมพันธ์
1. การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับและติดตามประเมินผล	0.667**	<0.001	ปานกลาง
2. หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับการพัฒนา	0.650**	<0.001	ปานกลาง
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.471**	<0.001	ปานกลาง
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.614**	<0.001	ปานกลาง
5. การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ	0.691**	<0.001	ปานกลาง
6. ความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย	0.650**	<0.001	ปานกลาง
ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จ	0.735**	<0.001	สูง

**Correlation is significant at the 0.01 level

6.3 ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร และปัจจัยด้านความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 66.4 รายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²	R ² adj.	R ² Change
1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ	0.253	0.336	3.944	<0.001	0.691	0.477	0.472	0.477
2. ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการ	0.214	0.294	3.998	<0.001	0.784	0.615	0.607	0.138
3. ปัจจัยการบริหารด้านบุคลากร	0.156	0.199	2.770	0.005	0.803	0.645	0.634	0.030
4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย	0.143	0.198	2.319	0.023	0.815	0.664	0.650	0.019
ค่าคงที่ 0.981 , F = 47.854 , p - value < 0.001 , R = 0.815 , R ² = 0.664 , R ² adj = 0.650								

วิจารณ์และสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น คือ ปัจจัยบริหารด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยการบริหารด้านบุคลากร ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ พบว่า ปัจจัยแห่ง

ความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์สถานบริการ และด้านการใช้กระบวนการประชาคม สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้⁽⁷⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้⁽¹²⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรหรือได้รับการสนับสนุนของผู้บังคับบัญชาสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽¹⁴⁾ เช่นเดียวกับปัจจัยการบริหารด้านบุคลากร สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้⁽¹⁵⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาการสื่อสารสร้างความเข้าใจกับประชาชนเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว กระบวนการสื่อสารกับประชาชนให้เข้าใจต่อการกิจของการปฏิบัติงาน เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในชุมชน

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้มีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสมาชิกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในระดับตำบล ให้ชัดเจน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการถ่ายทอดความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน เฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานเพื่อทดแทนในกรณีที่ผู้รับผิดชอบไม่สามารถปฏิบัติงานได้ หรือมีการโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างกันของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล และระดับอำเภอให้มีประสิทธิภาพ และเกิดกระบวนการดำเนินงานอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นรวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่าน ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 2; กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2559.
2. สำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค. มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่ 2555. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.
3. ลันติ ธรณี, ประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน รพ.สต.จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารงานวิจัย มข.(บศ). 2557; 14(1):89-104.
4. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. คณะสาธารณสุขศาสตร์. ขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
5. วุฒิศักดิ์ คำภาสี, วิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. ปัจจัยสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2554; 18(3):22-33.
6. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหะวัณ, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เกษม เวชสุนทรานนท์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.

7. โกศล ศิริจันทร์. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. รายงานผลการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (เอกสารอัดสำเนา).
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ทะเบียนรายชื่อทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2559. (เอกสารอัดสำเนา).
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral science. 2nd ed. Hill Seale, N.J: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. Likert. Attitude theory and measurement. New York: Wiley & Son; 1967.
12. สำเริง จันทสุวรรณ สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547
13. Elifson, K. Fundamental of social statistics. New York : McGraw-Hill; 1990.
14. รัชนิกร กุญแจทอง, ชนะพล ศรีธาดา. การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2555; 19(2): 17-26.
15. พยุดา ชาเวียง. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.

สมการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก

A predictive model for the risk of oral cancer

กุลชญา ลอยหา ป.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)*

Kulchaya Loyha Ph.D. (Public Health)*

ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์ วท.ม. (ระบาดวิทยาทางเดินโรคมะเร็ง)**

Patravoot Vatanasapt M.Sc. (Cancer Epidemiology)**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบ Hospital-based case-control study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพยากรณ์สมการที่ใช้ในการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งช่องปากในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากรายใหม่ (Incidence cases) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก ในคลินิกหู คอ จมูก ว่าเป็นมะเร็งช่องปากที่ยืนยันด้วยผลการตรวจชิ้นเนื้อทางห้องปฏิบัติการ (Histological confirm) ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2557 โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 คู่ มาจากโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ส่วนกลุ่มควบคุมของการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคทั่วไปของ หู คอ จมูก เช่น โรคไข้หวัด โรคนอนกรน โรคภูมิแพ้ โรคหูดตุ่ม ซึ่งจะต้องเป็นโรคที่ไม่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งช่องปาก และเชื้อ Human papillomavirus (HPV) และกลุ่มควบคุมนี้ได้มาจากโรงพยาบาลเดียวกับกลุ่มตัวอย่างด้วยเช่นกัน ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสมการทำนายการเกิดมะเร็งช่องปากคือ Logit (มะเร็งช่องปาก) = 2.47 (การสูบบุหรี่) + 3.81 (การเคี้ยวหมาก) สมการทำนายการเกิดมะเร็งช่องปากได้ร้อยละ 73.74 ค่าความไวร้อยละ 87.50 ค่าความจำเพาะร้อยละ 53.83 ค่าการทำนายถูกเมื่อผลการทดสอบเป็นบวกร้อยละ 65.47 ค่าการทำนายถูกเมื่อผลการทดสอบเป็นลบร้อยละ 81.16 และค่าความแม่นยำในการทำนายร้อยละ 70.67 ดังนั้นจากสมการที่ได้และผลของการทดสอบสมการทำให้ทราบว่า การสูบบุหรี่และการเคี้ยวหมาก เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในทุก ๆ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งช่องปาก จากรูปแบบการศึกษาในครั้งนี้จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินสถานการณ์ของมะเร็งช่องปากได้ค่อนข้างดี รวมไปถึงการหาแนวทางการพัฒนาการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากได้อีกต่อไป

คำสำคัญ: มะเร็งช่องปาก ปัจจัยเสี่ยงการเกิดมะเร็งช่องปาก สมการทำนายการเกิดมะเร็งช่องปาก

Abstract

This study is an analytical Hospital-based case-control study. Aimed of this study was to predict the equations used for risk factor of oral cancer in the Northeast. This study investigated oral cancers in the incidence cases that were diagnosed by physicians in outpatients of Otolaryngology Department. The patients were confirmed that they had the oral cancers by histological confirmed from the laboratory during 2010-2014. Case subjects, 104 were came from the 3 hospitals (Srinagarind Hospital-Khon Kaen University teaching hospital, Khon Kaen Regional Hospital, and Sappasitthiprasong Hospital). The control group was patients who had ear, nose and throat

diseases liked flu, snoring, allergy, and sudden hearing loss. These diseases were not related to oral cancer and human papillomavirus (HPV). According to the study, the results indicated that the variables were related to incidence of oral cancer and a prediction equation for oral cancer by a multiple logistic regression as follows: the logit (oral cancer) = 2.47 (Cigarette smoking) + 3.81 (Betel quid chewing). Moreover, results also showed that the prediction ability of this equation from the area under ROC curve; AUC is able to predict the occurrence of oral cancer up to 73.74% at the intersection point of 1 with the sensitivity of 87.50% and the specificity of 53.83%. When test was positive, accuracy of the prediction was 65.47%. In contrast, when test was negative, accuracy of the prediction was 81.16%. Precision of the prediction was 70.67%. Thus, equations and results of test, the study found that in the cigarette smoking and betel quid chewing were found the most important factors than all the factors that are associated with oral cancer. This study can be applied in the assessment of the occurrence for oral cancer more precisely. The study also found guidelines to develop the prevention and the treatment of the oral cancer in the future to be more effectiveness.

Keywords: oral cancer, risks affecting the oral cancer, a predictive model for the risk of oral cancer

บทนำ

โรคมะเร็งในช่องปากเป็นโรคที่มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ จนก่อให้เกิดเซลล์มะเร็งในช่องปาก ซึ่งเซลล์มะเร็งเหล่านั้นเกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อบริเวณริมฝีปาก ลิ้น และภายในปาก โดยพบได้ร้อยละ 3-5 ของมะเร็งที่เกิดขึ้นทั่วร่างกาย และประมาณร้อยละ 90-95 ของมะเร็งในช่องปากนี้จะเป็นชนิด Squamous cell carcinoma (SCC) โรคมะเร็งในช่องปาก ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญของโลก ซึ่งได้มีการรายงานประมาณการผู้ป่วยใหม่ของโรคมะเร็งในช่องปากทั่วโลกไว้ประมาณ 405,000 รายในแต่ละปี และ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา^(1,2) และยังคงมีแนวโน้มของการเกิดโรคไม่ลดลงดังจะเห็นได้จากรายงานผู้ป่วยของโรคมะเร็งในช่องปากทั้งในต่างประเทศ และในส่วนของประเทศไทยเอง โดยพบว่า ASR (Age-specific incidence rate) ของโรคมะเร็งในช่องปากสูงสุดที่ได้ถูกรายงานอยู่ในส่วนของประเทศยุโรป และเอเชียทางตอนใต้ (มากกว่าร้อยละ 20 ต่อประชากรแสนคน)⁽³⁾ และจากรายงานของ The cancer registry ในปี 2009 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปากที่เป็นเพศชายนั้น อยู่ในลำดับที่ 4 ใน 10 (ASR = 5.2) ส่วนผู้หญิงอยู่ในลำดับที่ 7 ใน 10 (ASR = 4.6) ของโรค

มะเร็งทุกประเภทในประเทศไทย⁽⁴⁾ ซึ่งจากรายงานของฐานข้อมูลข้างต้นยังพบผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เป็นคนที่มีภูมิลาเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แม้การศึกษาที่ผ่านมาเมื่อไม่นานมานี้จะพบว่าการสูบบุหรี่การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการเคี้ยวหมากจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก⁽⁵⁾ แต่การศึกษาในครั้งนั้นยังไม่ทราบถึงความแม่นยำในการทำนายความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องการศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพยากรณ์สมการที่ใช้ในการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบ Hospital-based case-control study โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งช่องปากรายใหม่ (Incidence cases) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก ในคลินิกหู คอ จมูก ว่าเป็นมะเร็งช่องปากที่ยืนยันด้วยผลการตรวจชิ้น

เนื้อหาห้องปฏิบัติการ (Histological confirm) ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2557 โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 คู่ ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาแบบ unmatched case-control study (James J. Schlesselman)⁽⁶⁾ ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{[Z_\alpha \sqrt{2\bar{p}\bar{q}} + Z_\beta \sqrt{p_1q_1 + p_0q_0}]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

เมื่อ

$$p_1 = p_0R/[1 + p_0(R-1)]$$

และ

$$\bar{p} = 1/2(p_1 + p_0) \quad \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

$$q_1 = 1 - p_1 \quad q_0 = 1 - p_0$$

$$p_0 = \text{Proportion of exposed controls}$$

$$R = \text{Relative risk values (odds ratio)}$$

$$Z_\alpha = 1.96$$

$$Z_\beta = 1.28$$

โดยอ้างอิงตัวเลขในสูตรจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องชื่อเรื่อง Risk assessment of tobacco types and oral cancer⁽⁷⁾ (ดังรายละเอียดตามตาราง)

Table for distribution of subjects by selects by selected habits (Univariate)

Factors	Cases (350) n (%)	Control (350) n (%)	OR*	95%CI of OR	p-value
Tobacco use (overall)	328 (93.7)	200 (57.1)	11.2	7.0-18.0	0.001
Active smoking (overall)	125 (35.7)	61 (17.4)	2.6	1.8-3.7	0.001
Filtered cigarette	44 (12.6)	33 (9.4)	1.4	0.9-2.3	0.149
Non filtered cigarette	15 (4.3)	6 (1.7)	2.5	1.0-6.7	0.046
Bidi (Hand rolled cigarette)	70 (20.0)	20 (5.7)	4.1	2.4-6.9	0.001
Passive smoking	75 (21.4)	19 (5.4)	1.7	1.6-2.2	0.001
Smokeless tobacco (overall)	303 (86.6)	158 (45.1)	7.8	5.4-11.4	0.001
Tobacco flakes	175 (50.0)	55 (15.7)	5.3	3.7-7.6	0.001
Betel leaf (Paan)	44 (12.6)	31 (8.9)	1.4	0.9-2.4	0.112
Pan parag	21 (6.0)	18 (5.1)	1.1	0.6-2.2	0.621
Gutkha	112 (32.0)	21 (6.0)	7.3	4.5-12.0	0.001
Supari	32 (9.1)	12 (3.4)	2.8	1.4-5.6	0.002
Mishri	118 (33.7)	65 (18.6)	2.2	1.5-3.1	0.001

Table for distribution of subjects by selects by selected habits (Univariate)

Factors	Cases (350) n (%)	Control (350) n (%)	OR*	95%CI of OR	p-value
Alcohol (overall)	106 (30.3)	48 (13.7)	2.7	1.8-3.9	0.001
Beer	28 (8.0)	14 (4.0)	2.1	1.1-4.1	0.026
Wine	4 (1.1)	6 (1.7)	0.6	0.2-2.3	0.524
Hard liquor	29 (8.3)	10 (2.9)	3.1	1.4-6.4	0.002
Country liquor	55 (15.7)	25 (7.1)	2.4	1.5-4.0	0.001
Diet vegetarian	52 (26.4)	145 (73.6)	0.2	0.1-0.3	0.001
Non-vegetarian	298 (59.2)	205 (40.8)	4.0	2.8-5.8	

*: Un-adjusted (crude) odds ratios

เมื่อแทนค่าในสูตร

$$p_0 = 48/350 = 0.14$$

$$p_1 = 0.14(2.7)/[1 + 0.14(2.7 - 1)] = 0.31$$

$$\bar{p} = \frac{1}{2}(0.31 + 0.14) = 0.22$$

$$\bar{q} = 1 - 0.22 = 0.78$$

$$q_1 = 1 - 0.31 = 0.69$$

$$q_0 = 1 - 0.14 = 0.86$$

$$n = \frac{[Z_\alpha \sqrt{2\bar{p}\bar{q}} + Z_\beta \sqrt{p_1q_1 + p_0q_0}]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

$$n = \frac{[1.96\sqrt{2(0.22)(0.78)} + 1.28\sqrt{0.31(0.69) + 0.14(0.86)}]^2}{(0.31 - 0.14)^2}$$

$$n = \frac{[1.96(0.58) + 1.28(0.57)]^2}{0.03}$$

$$n = 117 \text{ คน}$$

เนื่องจากว่าการรายงานผู้ป่วยใหม่ของโรคมะเร็งในช่องปากแต่ละปีอยู่ที่ประมาณ 208 คน ดังนั้นเพื่อให้มีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลในส่วนของกลุ่ม case subjects ไม่น่าจะเกินครึ่งหนึ่งของจำนวนประมาณการตลอดทั้งปี⁽⁴⁾ และเพื่อยังสามารถอยู่ในข้อตกลงของการทดสอบ power of test for sample size ดังนั้นนักวิจัยจึงใช้ขนาดตัวอย่างที่จำนวน 208 คน ซึ่งแยกเป็นกลุ่ม case subjects 104 คน และกลุ่ม control subjects 104 คน จากนั้นได้ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งทั้งสามโรงพยาบาลนี้ล้วนเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ในกลุ่มของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ประจำแต่ละจังหวัดที่เป็นจังหวัดใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนกลุ่มควบคุมของการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคทั่วไปของ หู คอ จมูก เช่น โรคไข้หวัด โรคนอนกรน โรคภูมิแพ้ โรคหูดับฯ ซึ่งจะต้องเป็นโรคที่ไม่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งช่องปาก และเชื้อ Human papillomavirus (HPV) และกลุ่มควบคุมนี้ได้มาจากโรงพยาบาลเดียวกับกลุ่มตัวอย่างด้วยเช่นกัน โดย Cancer cases และ Controls จะถูก matching ด้วยเพศ และอายุ (± 3 years) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด 6 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรศาสตร์ 2) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุคคลในครอบครัวและประวัติการเจ็บป่วยของตัวเอง 3) ข้อมูลพฤติกรรม การสูบบุหรี่ 4) ข้อมูลพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5) ข้อมูลพฤติกรรม การเคี้ยวหมาก และ 6) ข้อมูลพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ทางช่องปาก ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงทั้งภายในเนื้อหาและภายนอก เนื้อหาเป็นที่เรียบร้อยแล้วก่อนนำไป Try out กับผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่ศูนย์มะเร็งอุดรธานี แล้วมาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงในพื้นที่ 3 โรงพยาบาลข้างต้น โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมงานวิจัยจะต้องได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ และเป้าหมายรวมถึงผลประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับจากการวิจัยจากการอธิบายของนักวิจัย

อย่างละเอียดและสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาหากกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์หรือไม่สะดวกที่จะร่วมการวิจัยแล้ว และจากผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่ผ่านมา⁽⁵⁾ ได้พบว่าอาชีพ การสูบบุหรี่ และการเคี้ยวหมากมีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก [พิจารณาที่ค่า OR (Odd Ratio) ตามตาราง] และเพื่อให้สามารถมีตัวแปรที่จะนำไปทำนายการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากไปยังที่อื่น ๆ ได้ ในการนี้นักวิจัยจึงนำตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปรข้างต้นเข้าสู่อการสร้างสมการการทำนายด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สมการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple logistic regression) และ ROC curve (Receiver Operating Characteristic Curve)

ผลการศึกษา

ตัวแปรในการสร้างโมเดลมีทั้งหมด 3 ตัวแปร (จากตารางที่ 2) ซึ่งในการเลือกตัวแปรได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ครั้งละตัวแปร รวมถึงการพิจารณาจากทฤษฎีและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องทางด้านโรคมะเร็งช่องปาก ดังนั้นตัวแปรในโมเดลเริ่มต้นจะประกอบด้วยตัวแปรอาชีพ การสูบบุหรี่ และการเคี้ยวหมาก ซึ่งในโมเดลสุดท้ายคงเหลือตัวแปรในโมเดล 2 ตัวแปร คือ การสูบบุหรี่ และการเคี้ยวหมาก และพบว่าทั้ง 2 ตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อโมเดลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.031 และ 0.001) โดยโมเดลที่ได้มีความเหมาะสมกับข้อมูล (Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test, p -value = <0.001) และพื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.74 และเมื่อทำการประเมินโมเดลการทำนายที่ได้กับข้อมูลอีกครั้ง (Temporal validation) พบว่าโมเดลที่ได้มีความเหมาะสมกับข้อมูล โดยค่า Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test, p -value = <0.001 (ตารางที่ 3) และเมื่อพิจารณาพื้นที่ใต้โค้ง อาร์ โอ ซี (Area under ROC curve; AUC) พบว่าสามารถทำนายการเกิดมะเร็งในช่องปากได้ร้อยละ 73.74 ณ จุดตัดที่ 0.57 พบว่า ค่าความไวของการทดสอบ ร้อยละ 87.50 ค่าความจำเพาะร้อยละ 53.83 ค่าการทำนายถูกเมื่อการทดสอบเป็นบวกร้อยละ 65.47 ค่าการทำนายถูก

เมื่อการทดสอบเป็นลบร้อยละ 81.16 และค่าความแม่นยำในการทำนายร้อยละ 70.67 (ตารางที่ 4) ซึ่งสมการทำนายที่ได้คือ $[\text{logit (Oral cancer)} = 2.47 (\text{สูบบุหรี่}) + 3.81 (\text{เคี้ยวหมาก})]$ นั้นหมายความว่า การสูบบุหรี่ และการเคี้ยวหมากเป็นตัวแปร/ปัจจัยที่สำคัญในการเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากได้อย่างค่อนข้างแม่นยำกว่าตัวแปร/ปัจจัยอื่นๆ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรศาสตร์

ตัวแปร	Cases		Controls	
	n=104	%	n=104	%
เพศ				
ชาย	39	37.5	39	37.5
หญิง	65	62.5	65	62.5
อายุ				
Mean $\pm$ SD	63.9 $\pm$ 13.3		63.8 $\pm$ 12.9	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	8.6	5	5.4
ประถมศึกษา	70	75.3	57	61.3
มัธยมศึกษา	12	12.9	13	14.0
วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย	3	3.2	18	19.4
อาชีพ				
ไม่ใช่ชาวนา/ชาวน	20	19.2	40	38.5
ชาวนา/ชาวน	84	80.8	64	61.5
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
$\leq 5,000$ (ต่ำ)	78	75.0	44	42.3
5,001 – 10,000 (ปานกลาง)	14	13.5	15	14.4
10,001+ (สูง)	12	11.5	45	43.3
Median (Min: Max)	3000 (500 : 80000)		10000 (1000 : 195000)	

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก

ตัวแปร	Cases	Controls	Crude	Adj.	95 % CI of	p-value
	n =104 (%)	n = 104 (%)	OR	OR	Adj.OR	
อาชีพ						
ไม่ใช่ชาวนา/ชาวสวน	20 (19.2)	40 (38.5)				
ชาวนา/ชาวสวน	84 (80.8)	64 (61.5)	2.65	1.78	0.82 to 3.85	0.14
การสูบบุหรี่						
ไม่เคย	66 (63.5)	79 (76.0)				
เคย	38 (36.5)	25 (24.0)	1.82	4.47	2.00 to 9.99	<0.001
การเคี้ยวหมาก						
ไม่เคย	48 (46.2)	81 (77.9)				
เคย	56 (53.9)	23 (22.1)	4.11	9.01	3.83 to 21.22	<0.001
ปฏิภณรยาระหว่างตัวแปร				2.21	1.35 to 3.62	0.002
(เพศ & การดื่มแอลกอฮอล์)						

ตารางที่ 3 สมการทำนายการเกิดมะเร็งในช่องปาก โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple logistic regression

ตัวแปร	Coefficient	SE.	Adjusted		p-value
			OR ^{††}	95%CI [*]	
การสูบบุหรี่ (เคยสูบ)	2.47	0.83	6.98	1.19-40.69	0.031
การเคี้ยวหมาก (เคยเคี้ยว)	3.81	1.06	35.49	4.12-30.58	0.001

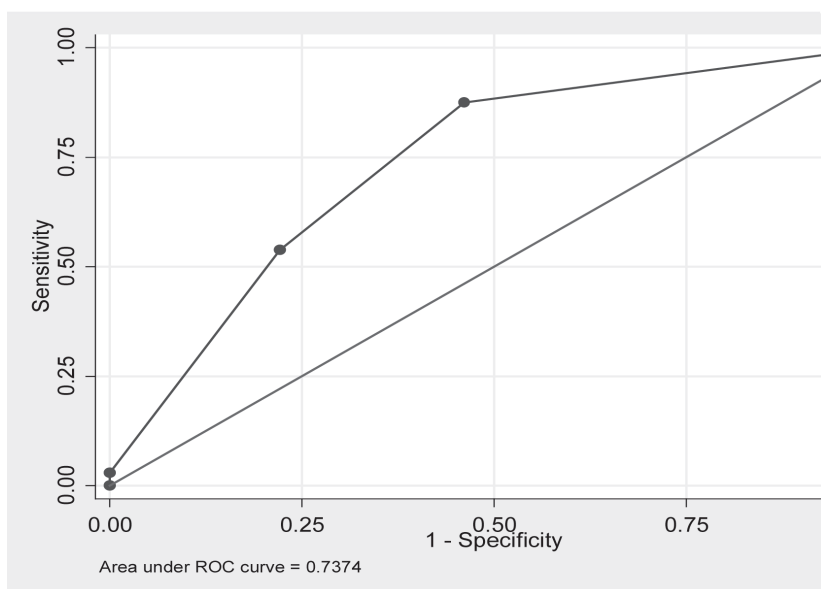
Log likelihood = -46.61 , Pseudo R² = 0.35 , p-value = <0.001

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความแม่นยำในการทำนายของสมการทำนายการเกิดมะเร็งช่องปาก

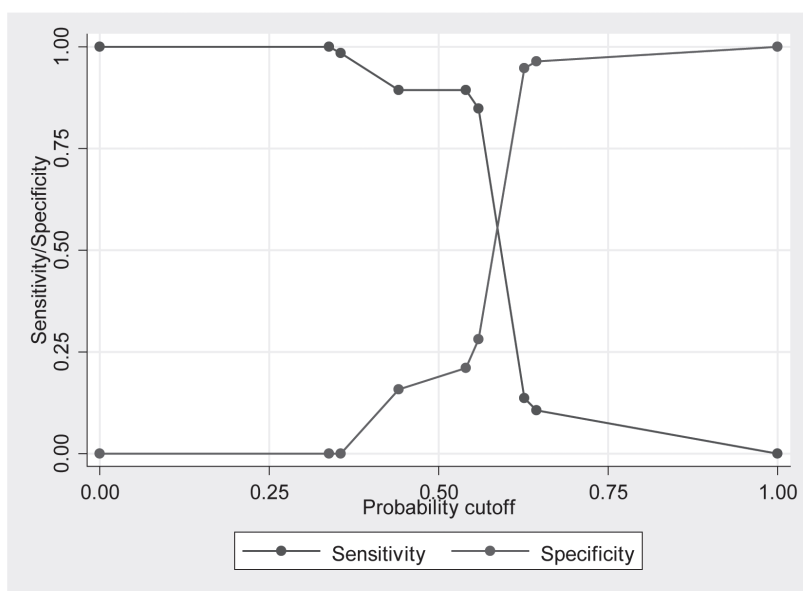
Area under ROC	Sensitivity (%)	Specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)	Accuracy (%)
73.74	87.50	53.83	65.47	81.16	70.67

PPV = Positive Predictive Value

NPV = Negative Predictive Value



รูปที่ 1 กราฟความสัมพันธ์ระหว่าง ค่าความไว และ 1 - ค่าจำเพาะของข้อมูล



รูปที่ 2 กราฟแสดงจุดตัด (Cutoff)

สรุปและวิจารณ์ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาทำให้เราได้ทราบถึงตัวแปรที่สำคัญ ที่สามารถนำมาสร้างสมการทางคณิตศาสตร์ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการทำนายปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก⁽⁸⁻¹⁴⁾ ซึ่งจากผลการศึกษาทำให้เราทราบว่า การสูบบุหรี่ และการเคี้ยวหมากเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการเกิดมะเร็งในช่องปากได้ ซึ่งสามารถนำไปทำนายการเกิดโรคมะเร็งช่องปากในพื้นที่อื่นๆ ได้ต่อไป อันจะเป็นประโยชน์ในการนำไปวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งช่องปากให้เกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้น ซึ่งข้อดีของการสร้างสมการทำนายนี้นักวิจัยได้เลือกใช้สถิติพหุคูณโลจิสติก (Multiple logistic regression) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสร้างโมเดลทำนาย และยังสามารถใช้วิเคราะห์ข้อมูลที่มีลักษณะตามเงื่อนไข ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์แบบจำแนก (Discriminant analysis) ได้เป็นอย่างดี และในส่วนของการสร้างโมเดลได้มีการคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลเริ่มต้น โดยพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ละเอียดและตัวแปรที่มีความสำคัญเชิงเนื้อหาทางการแพทย์เป็นสำคัญ รวมทั้งขั้นตอนการคัดเลือกตัวแปรออกจากโมเดลด้วยเทคนิควิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful selection) ด้วยเหตุผลที่มีข้อกำหนดชัดเจนในเรื่องของการนำตัวแปรเข้าสู่โมเดลต้องไม่เกินสัดส่วน 1 ต่อ 10 เพื่อป้องกันค่าสถิติที่คำนวณได้จะมากเกินไปจนความเป็นจริง (Over fitting)

เอกสารอ้างอิง

1. IARC GLOBOCAN 2008. Estimated new cancer cases and deaths worldwide for leading cancer sites; 2008.
2. National cancer institute. Surveillance, epidemiology, and end results program [Internet]. 2010 [cited 2010 July 5]. Available from: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html>.
3. Khuhaprema T, Srivatanakul P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P. Cancer in Thailand (2001–2003) Vol.V. J Nati cancer Inst 2010;5: 11–5.
4. Attasara P, Buasom R. Hospital-based Cancer Registries, Thailand 2009. Bangkok: National Cancer Institute department of Medical services Ministry of Public Health; 2010.
5. Kulchaya Loyha, Patravoot Vatanasapt, Supannee Promthet, Donald Maxwell Parkin. Risk factors for oral cancer in Northeast Thailand. Asian pac J cancer Prev. Prev; 2012; 13(10): 5087–90.
6. James JS. Case–Control Studies: Design, Conduct, Analysis. Front Cover. Oxford University Press; 1982: 368.
7. Madani AH, Jahromi AS, Madhurima Dikshit, Debanshu Bhaduri. Risk assessment of tobacco types and oral cancer. Am J Pharm Toxicol. 2010; 5(1): 9–13.
8. Applebaum KM, Furniss CS, Zeka A, Posner MR, Smith JF, Bryan J, et al. Lack of association of alcohol and tobacco with HPV16-associated head and neck cancer. J Nati Cancer Inst 2007; 99(3): 1801–10.
9. Boccia S, Cadoni G, Sayed-Tabatabaei FA, Volante M, Arzani D, De Lauretis A, et al. CYP1A1, CYP2E1, GSTM1, GSTT1, EPHX1 exons 3 and 4, and NAT2 polymorphisms, smoking, consumption of alcohol and fruit and vegetables and risk of head and neck cancer. J Cancer Res Clin Oncol 2008; 134(1):93–100.
10. Chatterjee S, Dhar S, Sengupta B, Ghosh A, De M, Roy S, et al. Cytogenetic monitoring in human oral cancers and other oral pathology: the micronucleus test in exfoliated buccal cells. Toxicol Mech Methods 2009;19(6–7):427–33.

11. D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, Pawlita M, Fakhry C, Koch WM, et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *N Engl J Med* 2007;356:1944-56.
12. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999;80:827-41.
13. Simarak S, De Jong UW, Breslow N, Dahl CJ, Ruckphaopunt K, Scheelings P, et al. Cancer of oral cavity, pharynx/larynx and lung in north Thailand: case-control study and analysis of cigar smoke. *Br J Cancer* 1977; 130-40.
14. Vatanasapt V, Sriamporn S, MacLennan R. Contrasts in risk factors for cancers of the oral cavity and hypopharynx and larynx in Khon Kaen, Thailand. In: Varma AK, editor. *Oral Oncology*. Vol. II: Proceedings of the International Congress on Oral Cancer. New Delhi: Macmillan India; 1991.

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
และการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้
และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง
โรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรี
Result of application health belief model and network association
development program using one health system for perception and
behavior among people at risk to malaria disease in
Bupram sub-district, Nadi district, Prachinburi province

ณัฐพล คำรังษี ส.ม.

เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ ป.ร.ด.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Natathapkon Khamrangsri M.P.H.

Terdsak Promarak Ph.D.

Faculty of Public Health, Mahasarakham University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดิ จังหวัดปราจีนบุรี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาลาเรีย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 48 คน โดยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) การอบรมให้ความรู้โดยเน้นการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำโดยทีมภาคีเครือข่าย One Health ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมาลาเรีย การรับรู้ความรุนแรงของการติดโรคมาลาเรีย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรีย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมาลาเรีย และด้านพฤติกรรมการป้องกัน การเกิดโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโปรแกรมนี้นี้เป็นผลมาจากการบูรณาการเสริมสร้างศักยภาพให้กับภาคีเครือข่ายโดยใช้แนวคิดระบบสุขภาพหนึ่งเดียว และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการกำกับติดตามการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคมาลาเรีย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

Abstract

This research was a quasi-experimental research with the objective to study the result of application health belief model and network association development program using the one health system for perception and behavior of the people at risk to Malaria disease in Bupram sub-district, Nadi district, Prachinburi province. The samples were drawn by simple sampling from the population at risk of Malaria disease. The sample group was divided into an experimental group and a controlled group, each of which consisted of 48 samples. The experimental group participated in the activities to change their behavior consisting of appointing the committee to perform one health operation, providing knowledge Health Belief Model and holding group activities to exchange knowledge, following up and giving advice by One Health Network Association team, which lasted 12 weeks. Data was collected before and after the experiment by using the questionnaires. Then, the data was analyzed with frequency, percentage, mean, standard deviation, Paired t-test and Independent t-test were used to test the hypotheses.

The findings revealed that after the experiment, the experimental group obtained the scores for perception of Malaria disease occurrence, severity of the disease, benefits from preventing themselves from the disease, obstacles from preventing themselves from the disease, and preventive behaviors for Malaria disease higher than prior to the experiment and the controlled group at the significance statistic level of (p -value<0.05).

The factors of success for this program were a result from the integration of potential improvement for the network association by using one health system and participation of the association to promote the disease prevention operation in the area in order to generate perception and understanding which would lead to behavior change and continuous follow-up of the operation in the area.

Keywords: Malaria disease, Health Belief Model, One Health System, Behavior modification

บทนำ

โรคมาลาเรียในปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีประชากรป่วยและตายด้วยโรคมาลาเรียเป็นจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยมีโครงการควบคุมไข้มาลาเรียดำเนินการอย่างต่อเนื่องนานกว่า 50 ปี แม้ว่าอัตราป่วยและตายด้วยไข้มาลาเรียจะลดลงได้แต่ก็ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากตรวจพบว่า มีเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม ตื้อต่อยาอาร์ติมิซินิน บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา และในพื้นที่ที่อยู่ติดชายแดนประเทศเพื่อนบ้านก็ยังคงเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรีย ทำให้การควบคุมโรคดำเนินการได้ยาก โดยเชื้อมาลาเรียที่เกิดโรคในคนมี 6 ชนิด ได้แก่ ชนิดฟัลซิพารัม (*Plasmodium falciparum*) ไวกวกซ์ (*P.vivax*)

มาลาริอี (*P.malariae*) โอวาเล่เคอร์ติไซด์ (*P.ovalecortisi*) โอวาเล่วอลล์เคอร์ไรด์ (*P.ovalewallikeri*) และโนลีส (*P.knowlesi*) ในประเทศไทย เชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็นชนิดฟัลซิพารัมและไวกวกซ์ การแพร่กระจายของผู้ป่วยมาลาเรียจะพบมากบริเวณป่าเขาชายแดนของประเทศ โดยเฉพาะบริเวณชายแดนไทย-พม่าและไทย-กัมพูชา⁽¹⁾

สถานการณ์ของโรคมาลาเรียในประเทศไทย พบว่าอัตราป่วยและอัตราตายมีแนวโน้มลดลงจาก 0.59 ต่อประชากรพันคน (API) ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 0.50 ในปี พ.ศ. 2557 และอัตราตายลดลงร้อยละ 19.15 จากปี พ.ศ. 2556 ในปี พ.ศ. 2558 สัดส่วนของเชื้อมาลาเรียชนิดไวกวกซ์ (*P.vivax*) สูงกว่าเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม (*P.falciparum*) โดยพบผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมร้อยละ 43.36 และไวกวกซ์ร้อยละ 56.64

ในจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยคนไทยร้อยละ 60.61 และผู้ป่วยต่างชาติร้อยละ 39.39 (เมียนมาร์ร้อยละ 92.51 ลาวร้อยละ 1.42 และกัมพูชาร้อยละ 1.21) ส่วนใหญ่พบในกลุ่มวัยทำงานร้อยละ 58 โดยมีการประกอบอาชีพหรือปฏิบัติหน้าที่ในป่า สวน ไร่ เวลากลางคืน พบผู้ป่วยมากระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม และจังหวัดที่พบผู้ป่วยมากใน 3 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ.2556-2558) คือจังหวัดตาก ยะลา กาญจนบุรี สุราษฎร์ธานี สงขลา ระนอง ศรีสะเกษ แม่ฮ่องสอน ชุมพร ประจวบคีรีขันธ์ อุบลราชธานี นราธิวาส และสุรินทร์⁽²⁾

จากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ในปี พ.ศ.2554-2557 พบอัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรีย เท่ากับ 2.14, 1.06, 2.11 และ 9.50 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราป่วยสูงถึง 21.95 ต่อประชากรแสนคน เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาโดยพบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 14:1 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือกลุ่มอายุ 25-34 ปี มีอัตราป่วย 46.83 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือกลุ่มอายุ 35-44 ปี มีอัตราป่วย 36.16 ต่อประชากรแสนคน อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด คือ อาชีพรับจ้างร้อยละ 85.57 ในช่วงเดือนตุลาคมจะพบผู้ป่วยมากที่สุดโดยพบผู้ป่วยจำนวน 30 ราย อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ อำเภอนาดูน มีอัตราป่วย 192.69 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อำเภอบ้านสร้าง มีอัตราป่วย 6.36 ต่อประชากรแสนคน ทั้งพบว่าประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาลาเรีย เช่น การหาของป่าโดยไม่มีการป้องกันตนเอง⁽³⁾

สถานการณ์การเกิดโรคมาลาเรียในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดปราจีนบุรีในปี พ.ศ.2554-2557 พบอัตราป่วย 11.97, 1.98, 0.00 และ 72.75 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราป่วย 192.69 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งพบว่าอัตราป่วยที่สูงกว่าปีที่ผ่านมาแต่ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต โดยพื้นที่ที่พบอัตราป่วยมากที่สุดคือตำบลบุพราหมณ์ มีอัตราป่วย 233.45 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือตำบลแก่งดินสอ มีอัตราป่วย 164.79 ต่อประชากรแสนคน และตำบลทุ่งโพธิ์มีอัตราป่วย 77.09 ต่อประชากรแสนคน⁽⁴⁾

ซึ่งพื้นที่ในเขตอำเภอนาดูน จังหวัดปราจีนบุรีแม้ไม่ใช่พื้นที่ชายแดนที่มีอาณาเขตติดต่อกับต่างประเทศ แต่ลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูงสลับกับภูเขา และมีอุทยานแห่งชาติทับลานตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ ซึ่งมีลักษณะเป็นป่าเขาโดยมีแอ่งน้ำขังในป่าซึ่งอาจจะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงก้นปล่องพาหะนำโรคมมาลาเรีย โดยตำบลบุพราหมณ์มีหมู่บ้านที่มีการแพร่ระบาดของโรคมมาลาเรียสูง และมีการแพร่เชื้อตลอดทั้งปี (A1) มากที่สุด ถือได้ว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคมมาลาเรีย และต้องได้รับการเฝ้าระวังการระบาดของโรคมมาลาเรีย เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคมมาลาเรีย จึงกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยเน้นทางด้านระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ควรมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคนับเป็นสิ่งสำคัญนอกเหนือจากมาตรการรักษาผู้ป่วยมาลาเรียเพื่อลดความรุนแรง และอัตราการตายของโรค

กระบวนการสุขภาพหนึ่งเดียว หรือ One Health เป็นหนึ่งแนวคิดที่ได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน โดยเป็นวิธีการแก้ปัญหาสุขภาพแนวใหม่ที่รวมเอาแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพคน สุขภาพสัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อมเข้าไว้ด้วยกันเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างวิทยาศาสตร์หลากหลายแขนง อีกทั้งยังต้องอาศัยการบูรณาการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนอันเกิดจากผลกระทบร่วมกันระหว่างมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกันในด้านต่างๆ ได้แก่ การเฝ้าระวัง การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การรักษา การสอบสวน และควบคุมโรค จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพหนึ่งเดียวโดยการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในการปฏิบัติตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว เป็นการเตรียมความพร้อมในการประยุกต์ใช้แก้ปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม

เป็นวิธีการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดในการศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคที่เป็นนั้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิต เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคแล้วจะก่อให้เกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติของตนเอง⁽⁶⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งมีการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งและได้นำแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวมาปรับใช้ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็งในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาคู จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งร่วมกัน เพื่อลดอัตราป่วย อัตราตายและเป็นการเตรียมความพร้อมรับมือการระบาดของโรคมะเร็งในพื้นที่ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานในพื้นที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ภายใต้การร่วมมือของทุกภาคส่วน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้และด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้และด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-Post Test Design) และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม โดยที่จัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการกิจกรรมในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็งของสถานบริการสาธารณสุขตามปกติ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือประชาชนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเสี่ยงสูงต่อการแพร่เชื้อมะเร็ง (A1) ในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาคู จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 7,042 คนคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁷⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 48 คน จากนั้นจึงทำการสุ่มแบบอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นประชาชนที่ประกอบอาชีพเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง ได้แก่ ทำไร่ ทำสวน ลำสัตว์ หางของป่าและเลี้ยงสัตว์ในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งสูง (A1) 2) อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป 3) เป็นผู้ที่ยังอาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่บ้านเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคมะเร็ง (A1) และ 4) เป็นผู้ให้การยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (Intervention) คือ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพและการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาคู จังหวัดปราจีนบุรี ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ตำบลบุพราหมณ์ พร้อมทั้งชี้แจงความเป็นมาของระบบสุขภาพหนึ่งเดียว วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน ความสำคัญของการดำเนินงาน กระบวนการดำเนินงานตามโครงสร้างของระบบสุขภาพหนึ่งเดียว แบ่งหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการรับผิดชอบ

2) สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมอบรมพัฒนาภาคีเครือข่าย One Health โดยประยุกต์จากหลักสูตรอบรมวิทยากรเพื่อการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล⁽⁸⁾ ในเรื่องนโยบายการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรีย ความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคมะเร็ง ระบบการเฝ้าระวังโรคมะเร็ง การตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติและการสื่อสารความเสี่ยง การสอบสวนโรคมะเร็ง การควบคุมโรคมะเร็ง การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการทำงานกับเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคมะเร็ง ประกอบด้วย การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การสาธิต กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบบทบาทหน้าที่การเป็นวิทยากรอบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนและข้อตกลงต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัย การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งแก่กลุ่มเสี่ยงการประชุมกลุ่มย่อย แจกแบบบันทึกตนเองในการป้องกันโรคมะเร็ง วิทยากรประจำกลุ่มโดยทีมภาคีเครือข่าย One Health ตำบลบุพราหมณ์

4) สัปดาห์ที่ 4 การบรรยายให้ความรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็ง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมะเร็ง โดยใช้สื่อบุคคลที่เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เคยป่วยเป็นโรคมะเร็ง

มาลาเรียและได้รับการรักษาหายขาดแล้วมีความสนใจในการเป็นตัวแทนบุคคลที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง และได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดจากกิจกรรมที่ได้อบรม

5) สัปดาห์ที่ 5 การสาธิตการป้องกันตนเองจากการเป็นโรคมะเร็ง ได้แก่ การสาธิตการพันสารเคมี การชุบมุ้งด้วยน้ำยาเคมี และการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการป้องกันโรคมะเร็งและฝึกการปฏิบัติ โดยมีทีมภาคีเครือข่าย One Health ตำบลบุพราหมณ์ เป็นวิทยากร

6) สัปดาห์ที่ 6-11 กิจกรรมการติดตาม ตรวจสอบ กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็ง กิจกรรมการเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็ง โดยทีมภาคีเครือข่าย One Health ตำบลบุพราหมณ์ การจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคมะเร็ง การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

7) สัปดาห์ที่ 12 สรุปผลการติดตามและมอบรางวัลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง มอบใบประกาศ และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานที่ยั่งยืนในพื้นที่ต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะประชากร ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคมะเร็ง ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็ง และส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สร้างมาจากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดโครงสร้างของเนื้อหาและขอบเขตให้ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการวัด ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อในแบบสอบถาม โดยให้คะแนนตามเกณฑ์และวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อคำถาม จากนั้นทำการตรวจสอบหาความ

เที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามที่ใช้มาตรวัดประเมินค่าตามแบบ Likert Scale⁽⁹⁾ วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่า Reliability มากกว่า 0.70 ทุกส่วนของแบบสอบถาม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สถิติเชิงพรรณนาใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะประชากร วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Paired t-test สำหรับการ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง และใช้สถิติ Independent t-test สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีอาชีพหลัก คือรับจ้าง ส่วนประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมาลาเรีย ในกลุ่มทดลองเคยป่วยด้วยโรคมาลาเรียร้อยละ 29.2 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบเคยป่วยด้วยโรคมาลาเรียร้อยละ 37.5

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 48)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 48)		
	$\bar{X} \pm S.D.$	t	p-value	$\bar{X} \pm S.D.$	t	p-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง						
ก่อนการทดลอง	34.44 ± 8.40	10.16	<0.001	34.58 ± 7.30	0.94	0.35
หลังการทดลอง	49.19 ± 7.62			34.79 ± 4.60		
2. การรับรู้ความรุนแรง						
ก่อนการทดลอง	32.75 ± 3.17	16.12	<0.001	30.38 ± 7.81	0.17	0.87
หลังการทดลอง	49.27 ± 5.43			30.42 ± 7.47		
3. การรับรู้ประโยชน์						
ก่อนการทดลอง	19.19 ± 4.53	7.64	<0.001	17.73 ± 4.67	0.66	0.51
หลังการทดลอง	25.06 ± 2.71			17.79 ± 4.18		
4. การรับรู้อุปสรรค						
ก่อนการทดลอง	17.52 ± 4.71	12.50	<0.001	17.01 ± 4.70	0.60	0.55
หลังการทดลอง	26.56 ± 1.49			17.17 ± 4.50		
5. พฤติกรรมการป้องกันโรค						
ก่อนการทดลอง	9.75 ± 4.45	11.79	<0.001	9.50 ± 4.49	1.75	0.09
หลังการทดลอง	19.52 ± 3.38			9.94 ± 4.54		

จากตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามโปรแกรมการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาคู จังหวัดปราจีนบุรี เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค และการรับรู้

อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรค และด้านพฤติกรรม การป้องกันโรคมาลาเรียภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n = 48)			หลังทดลอง (n = 48)		
	$\bar{X} \pm S.D.$	t	p-value	$\bar{X} \pm S.D.$	t	p-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง						
กลุ่มทดลอง	34.44 $\pm$ 8.40	0.09	0.93	49.19 $\pm$ 7.62	9.27	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	34.58 $\pm$ 7.30			34.79 $\pm$ 7.59		
2. การรับรู้ความรุนแรง						
กลุ่มทดลอง	32.75 $\pm$ 6.17	1.65	0.10	49.27 $\pm$ 5.43	14.14	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30.38 $\pm$ 7.81			30.42 $\pm$ 7.47		
3. การรับรู้ประโยชน์						
กลุ่มทดลอง	19.19 $\pm$ 4.53	1.55	0.12	25.06 $\pm$ 2.71	10.04	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.73 $\pm$ 4.67			17.83 $\pm$ 4.18		
4. การรับรู้อุปสรรค						
กลุ่มทดลอง	17.52 $\pm$ 4.71	0.43	0.67	25.56 $\pm$ 1.49	13.82	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.10 $\pm$ 4.70			17.17 $\pm$ 4.47		
5. พฤติกรรมการป้องกันโรค						
กลุ่มทดลอง	9.75 $\pm$ 4.45	0.27	0.79	19.52 $\pm$ 3.38	11.73	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.50 $\pm$ 4.49			9.94 $\pm$ 4.54		

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรค และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อน

และหลังการทดลองพบว่า ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ส่วนภายหลังการทดลองพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้และด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

อภิปรายผล

ผลจากการพัฒนาภาคีเครือข่ายโดยใช้ระบบสุขภาพหนึ่งเดียว ทำให้ในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี มีคณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ที่มาจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เข้ามาดำเนินงานร่วมกันในด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรคมาลาเรีย การตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติและการสื่อสารความเสี่ยง การสอบสวนโรคมาลาเรีย กรณีที่พบผู้ป่วย ตลอดจนมีการเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงโรคมาลาเรียในพื้นที่ และสามารถไปดำเนินงานสร้างการรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลบุพราหมณ์ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี ได้เป็นอย่างดี ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ด้านการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ซึ่งเป็นผลของการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างภาคีเครือข่าย One Health ตำบลบุพราหมณ์ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชน มีการอบรมพัฒนาภาคีเครือข่าย One Health โดยประยุกต์จากหลักสูตรอบรมวิทยากรเพื่อการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล ของสำนักโรคติดต่ออันตราย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยอบรมให้ความรู้เรื่องนโยบายการยับยั้งการแพร่เชื้อก่อโรคมาลาเรีย ความรู้เบื้องต้นเรื่องโรคมาลาเรีย ระบบการเฝ้าระวังโรคมาลาเรีย การตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติและการสื่อสารความเสี่ยง การสอบสวนโรคมาลาเรีย การควบคุมโรคมาลาเรีย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการทำงานร่วมกันกับเครือข่าย One Health ตำบลบุพราหมณ์ในการเฝ้าระวัง

ป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย มีกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับภาคีเครือข่าย One Health ตำบลบุพราหมณ์เพื่อไปดำเนินการสร้างกระบวนการรับรู้เรื่องโรคมาลาเรียให้กับกลุ่มเสี่ยงโดยทำงานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ โดยเน้นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมาลาเรีย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมาลาเรีย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคมาลาเรีย มีการใช้สื่อบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่เคยป่วยเป็นโรคมาลาเรียและได้รับการรักษาหายขาดแล้ว มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดือนภา ศิริบุรณ์⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของตัวแทนครัวเรือน ตำบลโดมประดิษฐ์ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี มีการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยกิจกรรมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยการบรรยายให้ความรู้ การฉายวีดิทัศน์ จัดกิจกรรมการเรียนรู้ประชุมระดมความคิด อภิปรายกลุ่ม ระดมความคิดเห็นให้แกนนำร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของแกนนำป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของชุมชน สาธิตและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันตนเองไม่ให้ถูกกัด กิจกรรมการณรงค์ป้องกันโรคมาลาเรียในชุมชน “ชาวบ้านร่วมใจ ปลอดภัยไข้มาลาเรีย” ผลการทดลองพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคมาลาเรียมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสุศึกษาตามระบบปกติที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของหาญณรงค์ แสงแก้ว⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุศึกษาในการ

ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองไผ่ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษาพบว่า แกนนำครัวเรือนภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้แกนนำครัวเรือน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ พรพิมล ประดิษฐ์⁽¹²⁾ ได้ศึกษาเรื่องการ วิเคราะห์ห่อถักมีนัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้มาลาเรียตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยตามทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้มาลาเรีย ดังนั้นจึงควร พิจารณาปัจจัยเหล่านี้มาเป็นแนวทางในการส่งเสริม สุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้มาลาเรีย

ส่วนด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียภายหลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม การป้องกันโรคมาลาเรียเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ซึ่งเป็นผลจากการจัดกิจกรรม การสาธิตการป้องกัน ตนเองจากโรคมาลาเรีย ได้แก่ การสาธิตการพ่นสารเคมี การชุบมุ้งด้วยน้ำยาเคมี และการใช้สมุนไพรพื้นบ้านใน การป้องกันโรคมาลาเรีย มีกิจกรรมการติดตาม ตรวจ เยี่ยม กลุ่มเสี่ยงโรคมาลาเรีย กิจกรรมการเฝ้าระวังการ เกิดโรคมาลาเรีย การจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรค มาลาเรียในชุมชนและมีกิจกรรมประชาสัมพันธ์ทาง หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านทุกสัปดาห์โดยภาคีเครือข่าย One Health และการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกตนเอง ในการป้องกันโรคมาลาเรีย เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ กลุ่มเสี่ยงให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค มาลาเรีย และจากกิจกรรมการอบรมให้ความรู้โดยเน้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง

ของโรคมาลาเรีย การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มาลาเรีย การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคมาลาเรียทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคมาลาเรียในทางที่ ดีขึ้นซึ่งเป็นไปตามแนวคิดตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของ Becker⁽¹³⁾ ที่ได้อธิบายไว้ว่า บุคคล ที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะเห็นความ สำคัญของการมีสุขภาพดีจึงจะให้ความร่วมมือใน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จีระศักดิ์ กรมาทิพย์สุข⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังชุมชนในการ ป้องกันโรคมาลาเรีย บ้านท่าหนูงิ ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดสระบุรีธานี โดยให้ผู้นำชุมชน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาเข้าโปรแกรมเสริมพลัง ชุมชนในการป้องกันโรคมาลาเรีย โดยจัดกิจกรรมให้ ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การระดมความคิดเพื่อหา ปัจจัยเสี่ยงจากการปฏิบัติตนการป้องกันโรคมาลาเรียใน วิถีชีวิตและวางแผนแก้ไขปัญหาโรคมาลาเรียในพื้นที่ การ จัดกิจกรรมรณรงค์ในพื้นที่ การสรุปและถอดบทเรียน ผล การศึกษาพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยด้าน พฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมาลาเรียเพิ่ม ขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1.1 การพัฒนาภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ควบคุมโรคในพื้นที่ ทำให้มีเครือข่ายในการติดตามเฝ้า ระวังการเกิดโรคและภัยสุขภาพ และสามารถประสานงาน ภายในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนาทีม ภาคีเครือข่าย One Health ไปยังพื้นที่ตำบลอื่น ๆ

1.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกัน โรคไข้มาลาเรีย ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้มาลาเรีย การรับรู้ความรุนแรงของ โรคไข้มาลาเรีย การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์ ของการป้องกันโรคไข้มาลาเรียเพื่อให้ประชาชนเกิดการ ปฏิบัติตนป้องกันโรคไข้มาลาเรียที่ถูกต้องเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาทีมภาคีเครือข่าย One Health ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพคน สุขภาพสัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม

2.2 ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัย และดำเนินการติดตามกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นการวิจัย เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคมาลาเรียอย่างต่อเนื่อง

2.3 การวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาประเด็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่แตกต่างกันของ 2 กลุ่ม อาจทำให้ผลการวิจัยมีความแตกต่างกัน โดยไม่ได้มาจากผลการวิจัย

2.4 ควรมีการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ทุกภาคเข้ามาเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน และร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่รูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคมาลาเรียในชุมชนอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ได้ให้คำปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะ และช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบคุณทีมภาคีเครือข่าย One Health ตำบลบุพราหมณ์ ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้เกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือจนทำให้งานวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้ยารักษามาลาเรียในผู้ป่วยไข้มาลาเรียชนิดไม่มีภาวะแทรกซ้อนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (ปรับปรุงปี พ.ศ. 2557). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
- สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคไข้มาลาเรีย ประเทศไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. รายงานสถานการณ์โรคมาลาเรีย ปี 2554-2557. ปราจีนบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี; 2558. (เอกสารอัดสำเนา)
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. สรุปรายงานสถานการณ์โรคมาลาเรีย ปี 2554-2557 อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี; 2558. (เอกสารอัดสำเนา)
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปการดำเนินงานด้านสุขภาพหนึ่งเดียวของประเทศไทย (One Health). นนทบุรี; 2558.
- Rosentock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr 1974; 2: 328-35.
- อรุณ จิรวัดนันกุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2548.
- สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรอบรมการเฝ้าระวังควบคุมเพื่อยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียสำหรับทีม SRRT ระดับตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
- Likert. Attitude theory and measurement. New York: Wiley & Son; 1967.
- เดือนนภา ศิริบุรณ์. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียของตัวแทนครัวเรือนตำบลโดมประดิษฐ์ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. SNRUJST 2559; 8(3): 292-300.

11. หาญณรงค์ แสงแก้ว. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองไผ่ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร 2558, 10(1): 65-81.
12. พรพิมล ประดิษฐ์, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, เกษร ลำเภาทอง. การวิเคราะห์ห่อภิมานปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้มาลาเรียตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2559; 10(2): 92-103.
13. Becker M. The Health Belief Model and personal health behavior. Thorofare, NJ:Charles B. Slack; 1974.
14. จีระศักดิ์ กรมาทิพย์สุข. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังชุมชนในการป้องกันโรคมาลาเรีย บ้านท่านหญิง ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559;4(2): 153-166.

การพัฒนารูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัย ในโรงพยาบาลชุมชน

Model development of occupational health service in community hospitals

คิมลักษ์ณ์ ดิธีสวัสดิ์เวทย์ ปร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) *	Simalak Dithisawatwet Ph.D. (Public Health) *
จรรย์รักษ์ เยษฐ์ พย.บ.*	Janyaruck Yates B.N.S.*
เกรียงศักดิ์ หาญสิทธิพร พ.บ. **	Kriengsak Hansittiporn M.D. **
สายสวาท คนหาญ พย.บ. ***	Saisawat Khonhan B.N.S. ***
ดวงฤดี โชติกลาง วท.ม. (วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)****	Duangruedee Choteklang M.Sc. (Environmental Science)****
ธนภัทร ศรีชุม ส.บ.****	Thanapat Srichoom B.P.H****
พิไลลักษณ์ พลพิลา วท.ม. (วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม)*	Pilailak Polpila M.Sc. (Environmental Science)*
พิเชษฐ โฉมเฉลา วท.บ. (วิทยาศาสตร์สุขภาพ)*	Pichet Chomchaloa B.Sc. (Sanitation Science)*
ทรงทรัพย์ พิมพ์ชายน้อย ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)*	Songsab Pimchainoi M.P.H. (Environmental Health) *
*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น	*The Office of Disease Prevention and Control 6 Khon Kaen
**โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม	**Chaingyuen Hospital, Mahasarakham
***โรงพยาบาลห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์	***Huaipung Hospital, Kalasin
****โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	****Nampong Hospital, Khon Kaen

บทคัดย่อ

ความสำคัญ: การให้บริการอาชีวอนามัยถือว่าเป็นกลยุทธ์สำคัญในการที่จะทำให้วัยแรงงานเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐาน และถือว่าเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้คนทำงานเข้าถึงบริการที่จำเป็นและครอบคลุม แต่อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มวัยแรงงานสามารถเข้าถึงการให้บริการอาชีวอนามัยได้ไม่มากนักรวมทั้งวัยแรงงานในประเทศไทยที่ผ่านมา มีรูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานทั้งระดับจังหวัดและระดับตำบล แต่รูปแบบการให้บริการในระดับอำเภอยังไม่ชัดเจน

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการ/ขั้นตอน: การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้ ดำเนินการในหน่วยบริการระดับอำเภอ 3 แห่ง คือ ศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2556-พฤศจิกายน 2557 กิจกรรมสำคัญประกอบด้วย การวิเคราะห์บริบทงานและโครงสร้างการดำเนินงาน ประชุมระดมสมอง พัฒนาบุคลากร จัดตั้งคณะทำงาน ออกแบบให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรุกและเชิงรับในโรงพยาบาล จัดระบบการเฝ้าระวังและรายงานโรค เครื่องมือที่ใช้คือแบบรายงานโรคจากการทำงาน แบบประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น วัดผลการศึกษาจากรูปแบบการดำเนินงาน ผลการประเมินความเสี่ยง ผลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ผลการคัดกรองรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และการทำงานร่วมกับเครือข่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: พบว่าทั้ง 3 โรงพยาบาล มีการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลในรูปแบบของกรรมการ โดยมีกลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการเชิงรับ และร่วมกับกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวในการจัดบริการเชิงรุก กิจกรรมการจัดบริการฯ ประกอบด้วย 1. สำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพ 2. การตรวจสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ 3. ตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร 4. การจัดทำรายงานและจัดทำระบบการคัดกรองสุขภาพในโรงพยาบาล พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมจำนวน 770 ราย ด้านการทำงานร่วมกับเครือข่ายพบว่าทั้ง 3 แห่งทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอกที่สำคัญคือ รพท. รพสต. ในเขตรับผิดชอบ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งที่ได้จัดทำแผนร่วมกัน และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการตรวจคัดกรองสุขภาพเกษตรกร และกิจกรรมแก้ไขปัญหา

สรุปผลและข้อเสนอแนะ: การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการ โดยมีกลุ่มการพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการเชิงรับ และร่วมกับกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวในการจัดบริการเชิงรุก มีกิจกรรมที่สำคัญคือการจัดบริการเชิงรุกและเชิงรับ มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่คือ รพท. รพสต. อปท. และสถานประกอบการ ทั้งนี้กิจกรรมดังกล่าวควรได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับจังหวัดในเชิงนโยบาย การนิเทศติดตาม และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรค ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของประชากรวัยทำงานที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: การจัดบริการอาชีวอนามัย แรงงานนอกระบบ โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

Introduction: Occupational Health Service (OHS) has been known as important strategy to address the basic living conditions of workers health and it also a key method to help workers can access adequate and essential service. Unfortunately, there are a few percent of workers can access this facility include Thai workers. Presently, Thailand can provide OHS in provincial and sub-district hospital level but the pattern of service in community hospital level still unclear. This study aims to develop an Occupational Health Services model in community hospitals.

Methods: This action research was conducted in three community hospitals in northeastern of Thailand during June, 2013–November, 2014. Core activities consist of context and structure analysis, brain storming, training in occupational health, team set up, planned for OHS and set up surveillance system. Disease report form, risk assessment form were tool of study. Model of OHS, disease report, and risk assessment report were outcome of this study. Data were analyzed by descriptive statistics.

Results: The study showed these models provided OHS by nursing section and family and community medicine section. The core activities were job survey, health checking and health risk checking among workers, pesticide exposure screening among agriculturist, reporting and setup surveillance system and coordinating with sub-district hospital and local authority organization. There were 770 workers were reported as work related or injuries from work. According to network coordination, most of them coordinated with local authority organizations and sub-district hospitals.

Discussion: These experiences indicated that OHS models could provide in community hospitals. The activities addressed by nursing section and community and family medicine section. The OHS in district

level help workers to access the necessary services, these prevent them from working hazards in particular. However these programs need strongly policy support from provincial health office, as well as information systems development for workers' health surveillance.

Keywords: Occupational Health Services, community hospital

บทนำ

ในประเทศไทยมีกำลังแรงงานทั่วประเทศจำนวน 39.1 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ 25.1 ล้านคน (ร้อยละ 64.2) แรงงานในระบบ 14.0 ล้านคน สำหรับปัญหาด้านสุขภาพและความปลอดภัยของแรงงานนอกระบบ คืออริยาบทในการทำงานไม่เหมาะสม (ร้อยละ 49.1) การทำงานในสภาพแวดล้อมที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพร่างกายคือมีฝุ่น คิววัน กลิ่นและแสงสว่างไม่เพียงพอ (ร้อยละ 25.1 และ 16.8) ได้รับสารเคมีเป็นพิษร้อยละ 68.0⁽¹⁾ ส่วนปัญหาแรงงานในระบบ คือการประสบอันตรายและอุบัติเหตุจากการทำงานอยู่ที่ 12.57 ต่อ 1,000 ราย ลักษณะการเกิดและประสบอันตรายเกิดจาก 4 อันดับแรกคือ วัตถุหรือสิ่งของตัด/บาด/ตำแทง วัตถุหรือสิ่งของพังทลาย/หล่นทับ วัตถุหรือสิ่งของกระแทก/ชน วัตถุหรือสิ่งของหรือสารเคมีกระเด็นเข้าตา⁽²⁾ อย่างไรก็ตามปัญหาาร่วมของแรงงานทั้ง 2 กลุ่มเมื่อเจ็บป่วยจากการทำงานแล้ว คือ การไม่สามารถเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยหรือการบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย นอกจากนั้นแล้วยังไม่พบว่ามีนโยบายที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและการเข้าถึงการรักษาของแรงงานแต่ละกลุ่ม

สถานการณ์ปัญหาด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงาน มีความแตกต่างกันออกไปตามรูปแบบของการจ้างงานและนโยบายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการทำงาน ตลอดจนการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ รวมถึง ปัญหาของแรงงานในระบบที่พบคือ กิจการจ้างงานภาคอุตสาหกรรมที่เป็นสถานประกอบการขนาดเล็กและขนาดเล็กยังไม่เห็นความสำคัญต่อการปฏิบัติตามกฎหมายความปลอดภัยในการทำงาน และถูกจ้างขาดความตระหนักในการป้องกัน ขาดความรู้ และการเข้า

ไม่ถึงข้อมูลความรู้ในเรื่องดังกล่าว และความต้องการในการจัดบริการอาชีวอนามัย เหล่านี้ล้วนเป็นประเด็นท้าทายสำหรับหลายๆประเทศในการจัดบริการอาชีวอนามัย ขณะเดียวกันข้อมูลการครอบคลุมการจัดบริการอาชีวอนามัยในประเทศต่างๆโดยเฉลี่ยแล้วมีอยู่เพียง 10-15% เท่านั้น⁽³⁾

การจัดบริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการสาธารณสุขในประเทศไทย มีรูปแบบและแนวทางการดำเนินงานในหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับระดับของหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีการจัดบริการผ่านกลุ่มอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่ดำเนินการในรูปของคลินิกโรคจากการทำงานทั้งนี้กิจกรรมที่ดำเนินงาน มีโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ชัดเจน ได้แก่ งานคลินิกอาชีวเวชกรรม งานส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพวัยทำงาน งานอาชีวป้องกันและควบคุมโรค งานพิษวิทยา และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม งานอาชีวอนามัย ความปลอดภัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานตรวจสุขภาพ ทั้งนี้การให้บริการอาจจะแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่⁽⁴⁻⁵⁾ ขณะที่การจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบจะมีรูปแบบการจัดบริการในรูปของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแนวคิดของ Primary Health Care service หรือการจัดบริการในรูปแบบคลินิกเกษตร ทั้งนี้ในปี 2557 ในเขต 7 และระดับประเทศ พบว่ามีการจัดบริการร้อยละ 21.0 และ 18.99⁽⁶⁾ โดยจะผสมผสานกับงานส่งเสริมสุขภาพ และงานป้องกันโรคอื่นๆ โดยบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ในรพสต. (โดยเฉลี่ยมีแห่งละ 5-7 คน) กิจกรรมที่ดำเนินการจะมีทั้งกิจกรรมเชิงรุก คือการสำรวจกลุ่มอาชีพ การประเมินความเสี่ยง การตรวจคัดกรองสุขภาพ การให้ความรู้ ขณะที่การจัดบริการเชิงรับคือการตรวจสุขภาพ การให้การรักษายาบาลและการรายงานการเจ็บป่วย⁽⁷⁻⁸⁾

ในขณะที่ในระดับโรงพยาบาลชุมชนเองซึ่งมีพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพกลุ่มแรงงานทั้งในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบ แต่ยังพบว่ารูปแบบการจัดบริการยังไม่ชัดเจน ทั้งอาจจะยังไม่มีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน รวมทั้งมีกลุ่มงานและผู้เกี่ยวข้องหลายกลุ่มฝ่าย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานสนับสนุนวิชาการแก่หน่วยบริการในพื้นที่ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในระดับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกลุ่มวัยแรงงาน อันจะส่งผลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

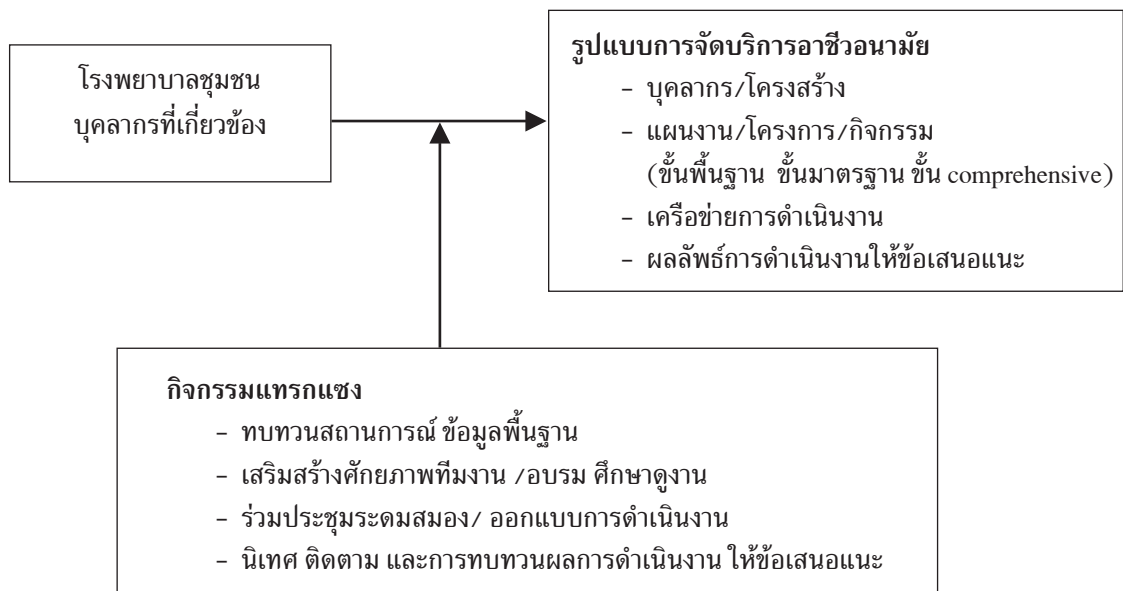
เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัย และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับกลุ่มแรงงานของโรงพยาบาลชุมชน

นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการจัดบริการ หมายถึงวิธีการในการดำเนินงานเพื่อให้มีการจัดบริการอาชีวอนามัย รวมประเด็น คน เงิน สิ่งของ เช่น การจัดกำลังคน การมอบหมายผู้รับผิดชอบ การจัดสรรงบประมาณ การบริหารจัดการแผนงาน โครงการ การวางแผนทางการดำเนินงาน เป็นต้น

การจัดบริการอาชีวอนามัย หมายถึง การจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานทั้งนี้แบ่งออกเป็นสองประเภทคือการจัดบริการเชิงรุก ได้แก่ การสำรวจข้อมูลเบื้องต้น การประเมินความเสี่ยงอย่างง่ายการให้คำแนะนำ การจัดการความเสี่ยง การควบคุมความเสี่ยง การสอบสวนโรคเป็นต้น การจัดบริการเชิงรับ การคัดกรองโรค การรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังโรค การรายงานโรค เป็นต้น

กรอบแนวคิด



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการดำเนินงาน

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีกิจกรรม ดังนี้

- ประชุมชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจแก่ผู้เกี่ยวข้อง
- พัฒนาศักยภาพและให้องค์ความรู้แก่คณะทำงานของแต่ละพื้นที่
- คณะทำงานทั้ง 3 แห่ง ร่วมประชุม ระดมสมองวางแผน เพื่อกำหนดรูปแบบการดำเนินงาน
- ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ
- ดำเนินการตามแผน
- คณะทำงาน ประเมินผล สรุปบทเรียนการดำเนินงาน (จัดทำ AAR)
- นิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะ

ขอบเขตงานวิจัย

ดำเนินงานในปี 2556-2557 ในกิจกรรมด้านการจัดการอาชีวอนามัยและการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับกลุ่มแรงงานของโรงพยาบาลชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษากลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างใน 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 setting โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง คือ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ทำการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอาชีวอนามัย และสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับกลุ่มแรงงาน ของโรงพยาบาลชุมชน โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย นักวิชาการพยาบาล แพทย์จากกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน กลุ่มการพยาบาล (แผนก OPD ER) งานระบาด งานเวชสถิติ จำนวน 15-25 คนแตกต่างกันไปตามขนาดของโรงพยาบาล

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นโรงพยาบาลชุมชน
2. มีผู้ที่รับผิดชอบงาน
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบสำรวจและแนวทางในการคัดกรองโรค

2. แบบสำรวจข้อมูลและการประเมินความเสี่ยง

โดยเครื่องมือนี้ประยุกต์มาจากเครื่องมือ และแนวทางในการคัดกรองโรคและการสำรวจข้อมูลประเมินความเสี่ยงที่พัฒนาโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค เก็บรวบรวมข้อมูลโดยนักวิจัยในพื้นที่ โดยทำการเก็บข้อมูลจากรายงานการคัดกรองโรค และแบบเก็บรายละเอียดการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเครื่องมือเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และทำการทดลองเก็บข้อมูลแล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปเก็บจริง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (ข้อมูล รูปแบบ โครงสร้างการทำงาน) และสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ข้อมูลทั่วไป พื้นฐานจำนวนแรงงาน ข้อมูลการเจ็บป่วย)

การดำเนินการพัฒนาแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ เป็นการศึกษาข้อมูลและบริบทของโรงพยาบาล เช่น ประชากร พื้นที่รับผิดชอบ โครงสร้างและการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ รวมทั้งการดำเนินงานในปัจจุบัน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกิจกรรมแทรกแซงที่ประกอบด้วยพัฒนาศักยภาพ / อบรมการจัดการอาชีวอนามัย วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ ประชุมระดมเพื่อวางแผนและออกแบบรูปแบบการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและสร้างรูปแบบการดำเนินงาน วางแผน วางระบบเฝ้าระวัง การจัดการบริการที่จะพิจารณาจากโครงสร้างการทำงาน ภารกิจและบทบาทหน้าที่ กลไกและระบบงบประมาณ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานโดยดูจากผลการดำเนินงานของคณะทำงานที่ประกอบด้วยผลการจัดการบริการเชิงรุก (การสำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพ การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค) การจัดการบริการเชิงรับ (การคัดกรอง และการรายงานโรค)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

รายละเอียด	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
จำนวนเตียง	126 เตียง	60 เตียง	30 เตียง
บุคลากร	241 คน	153 คน	114 คน
ประชากร	120,403 คน	86,943 คน	31,725 คน
อาชีพของประชากร	เกษตร (ข้าวนาปี ข้าวนาปรัง ปลูกอ้อย ปลูกมันสำปะหลัง และปลูกพืชผัก)	ทำนา ค้าขาย และรับจ้าง	เกษตรกรรม ได้แก่ การทำนา ทำไร่ (อ้อย มันสำปะหลัง) และพืชผักสวนครัว (ข้าวโพด พริก ถั่วลิสง)
จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม	9 แห่ง	5 แห่ง	4 แห่ง

2. รูปแบบการดำเนินงาน

สถานการณ์การดำเนินงานอาชีวอนามัยก่อนการพัฒนา

จากการทบทวนสถานการณ์การดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ไม่ได้มีการจัดบริการอาชีวอนามัยที่เป็นรูปธรรม โดยส่วนใหญ่จะทำการเป็นกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงของเกษตรกร และการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล และกลุ่มที่รับผิดชอบคือกลุ่มสุขภาพและป้องกันโรค หรือกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน (รายละเอียดตามตาราง 2)

กิจกรรมแทรกแซง

กิจกรรมแทรกแซง ประกอบด้วย

- การพัฒนาศักยภาพ และการเตรียมทีมบุคลากรคณะทำงาน โดยการจัดประชุมและชี้แจงพร้อมให้ความรู้ผู้เกี่ยวข้องคือคณะทำงานรวม 15-25 คน ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาล (ประกอบด้วย แพทย์ (บางโรงพยาบาล) กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว กลุ่มการพยาบาลแผนก OPD ER ศูนย์สุขภาพชุมชน) เนื้อหาการอบรมประกอบด้วย สถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สิ่งคุกคามสุขภาพ จากการทำงาน การประเมินความเสี่ยง

และการจัดการความเสี่ยง การจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก และเชิงรับ การคัดกรองและการรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ด้วยรหัส ICD10 (รายละเอียดตามตาราง 2)

- การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่
- การออกแบบการทำงาน โดยเริ่มจากการวิเคราะห์บริบท และโครงสร้างการทำงานของการออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานซึ่งทั้งสามโรงพยาบาล วางโครงสร้างการทำงานด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยในรูปของคณะทำงาน

การจัดการบริการหลังการพัฒนา

- การจัดการบริการอาชีวอนามัยและวางแผนเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โดยการจัดกิจกรรมดังนี้
- กิจกรรมเชิงรับ จัดทำแนวทางระบบการตรวจวินิจฉัยและการตรวจคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม วางระบบการลงข้อมูลจากแผนกที่เกี่ยวข้อง การคัดกรองโรคโดยการซักประวัติการทำงาน การพัฒนาระบบข้อมูลและการจัดทำรายงาน เป็นต้น (รายละเอียดตามตารางที่ 2)

- กิจกรรมเชิงรุก ได้แก่ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในสถานประกอบการ ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไป จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกิจกรรมสัปดาห์ความปลอดภัย อบรมให้ความรู้โรคจากการทำงานสำรวจกลุ่มอาชีพ พร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูล ตรวจคัดกรองระดับสารเคมีในเลือดกลุ่มเกษตรกร เป็นต้น (รายละเอียดตามตารางที่ 2)

จากข้อมูลทั้งสามโรงพยาบาลยังไม่มีกลุ่มอาชีวอนามัยโดยตรง แต่จะมีกลุ่มงานที่รับผิดชอบคือกลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน (โรงพยาบาล ข และ ค) ขณะที่โรงพยาบาล ก มีกลุ่มที่รับผิดชอบคือฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค แต่เนื่องจากกิจกรรมการจัดบริการอาชีวอนามัยจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มอื่นๆ ด้วยทั้ง 3 โรงพยาบาล ดำเนินงานในรูปของคณะทำงาน ซึ่งแต่ละแห่งมีองค์ประกอบของกรรมการแตกต่างกันออกไปดังนี้

ตารางที่ 2 รูปแบบการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลแยกรายอำเภอ

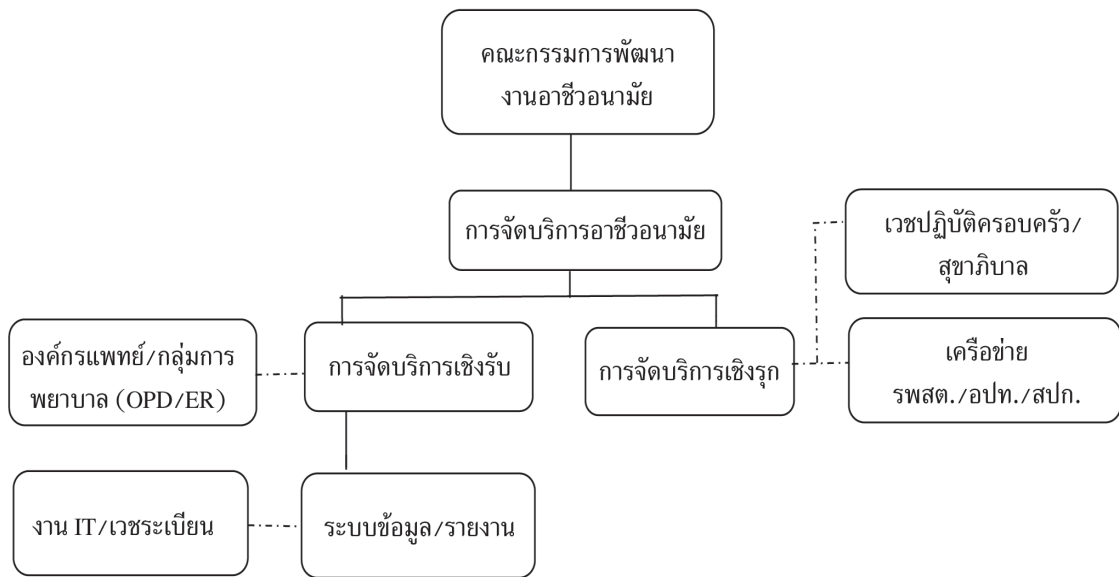
รายละเอียด	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
1. ข้อมูลการดำเนินงานก่อนพัฒนารูปแบบ			
กลุ่มที่รับผิดชอบหลัก	สุขภาพและป้องกันโรค	เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
การจัดบริการอาชีว- เวชกรรมก่อนดำเนิน งานโครงการ	เผ้าระวัง รง.506/2 เจาะเลือด เกษตรกร	ยังไม่มี	ยังไม่มี
2. กิจกรรมแทรกแซงใน 3 โรงพยาบาล	- พัฒนาศักยภาพ/อบรมการจัดบริการอาชีวอนามัย - วิเคราะห์สถานการณ์ - ระดมสมอง - วางแผน - วางระบบเผ้าระวัง - จัดบริการ		
3. การจัดการบริการอาชีวอนามัยหลังดำเนินโครงการ			
องค์ประกอบ คณะทำงาน	องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล (OPD /ER) กลุ่มสุขภาพและ ป้องกันโรค งานเวชสถิติ งาน IT	องค์กรแพทย์ กลุ่มการ พยาบาล (OPD /ER) เวชปฏิบัติครอบครัวและ ชุมชน งานเวชสถิติ งาน IT	องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล (OPD /ER) เวชปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชน งานเวช สถิติ งาน IT
การจัดบริการเชิงรับ	- จัดทำแนวทาง ระบบการตรวจวินิจฉัยและการตรวจคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ทั้งในและนอกเวลาราชการ - ติดตามระบบการลงข้อมูลจากแผนกที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์สภาพ ลักษณะปัญหา	- จัดทำแนวทางการให้บริการผู้ป่วยด้วยโรคจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ - การพัฒนาระบบข้อมูล และพัฒนาระบบสารสนเทศ เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงาน ฐานข้อมูลจำนวนและประเภทของแรงงานและสถานประกอบการ - ระบบข้อมูลของโรงพยาบาล การเชื่อมโยงข้อมูล	- คัดกรองเบื้องต้น ถ้าสงสัยว่าอาการเจ็บป่วย เกิดจากการประกอบอาชีพ หรือสิ่งแวดล้อม โดยติดบัตรคำ Y96 และ Y97 แนบกับ OPD card เพื่อให้แพทย์พิจารณาการให้รหัส external cause-- - ลงบันทึกรหัสโรค ICD-10/ ICD-9 ในโปรแกรม HosXp ได้ - การดูแลรักษาตามมาตรฐานรายโรค

ตารางที่ 2 รูปแบบการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลแยกรายอำเภอ (ต่อ)

รายละเอียด	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
การจัดบริการเชิงรุก	แรงงานในระบบ - ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในสถานประกอบการ 4 แห่ง - ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไป แก่สถานประกอบการ 10 แห่ง - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกิจกรรมสัปดาห์ความปลอดภัย - อบรมให้ความรู้โรคจากการทำงาน แรงงานนอกระบบ - สำรวจกลุ่มอาชีพ พร้อมทั้งจัดทำฐานข้อมูล - ประเมินความเสี่ยงในกลุ่มอาชีพสำคัญด้วย นบ. 01 จำนวน 3 กลุ่ม - จัดกิจกรรมให้ความรู้ และการจัดการความเสี่ยง - ตรวจคัดกรองระดับสารเคมีในเลือดกลุ่มเกษตรกร	แรงงานในระบบ - ประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย โดยใช้แบบสำรวจ ในสถานประกอบการ 1 แห่ง - ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไป - กิจกรรมให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ แรงงานนอกระบบ การดำเนินงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบดำเนินการโดย รพสต.	แรงงานในระบบ - ประเมินความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย โดยใช้แบบสำรวจ ในสถานประกอบการ 2 แห่ง - ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทั่วไป - ตรวจคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน - จัดอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - ให้สุศึกษาในการส่งเสริมป้องกันโรค แรงงานนอกระบบ - สำรวจกลุ่มอาชีพ ขึ้นทะเบียนกลุ่มเกษตรกร - ประเมินความเสี่ยงโดย JSA - จัดกิจกรรมให้ความรู้ - ตรวจคัดกรองระดับสารเคมีในเลือดกลุ่มเกษตรกร

2.1 คณะทำงาน มีองค์ประกอบสำคัญคือ องค์กรแพทย์ (กรรมการอำนวยการ) กลุ่มการพยาบาลมีหน้าที่หลักในการจัดบริการเชิงรับ เช่น ชักประวัติ การคัดกรองโรค กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน มีหน้าที่ในการจัดกิจกรรมเชิงรุก เช่น การสำรวจข้อมูล การประเมินความเสี่ยง การอบรมให้ความรู้แก่แรงงานเป็นต้น งาน

เวชสถิติ มีหน้าที่ในการให้รหัสโรค และตรวจสอบความถูกต้องการให้รหัสโรค งาน IT มีหน้าที่ในการดูแลโปรแกรมและการประมวลผลข้อมูลในระบบปกติ เช่น JHCIS, Hos XP, KP stat (ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลแต่ละแห่ง) ดังตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างการดำเนินงานและกิจกรรมการบริหารงานอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลชุมชน

2.2 การจัดการเชิงรุก

โรงพยาบาลทั้งสามแห่งมีการจัดกิจกรรมเชิงรุกสำหรับแรงงานในระบบ ประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง และให้ความรู้แก่พนักงานในสถานประกอบการในพื้นที่ ส่วนกิจกรรมในแรงงานนอกระบบ ที่สำคัญคือการสำรวจกลุ่มอาชีพ การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การให้ความรู้ การตรวจคัดกรองระดับสารเคมีในเลือด ขณะที่บางแห่งให้เครือข่าย รพสต.ในพื้นที่ อปท. ร่วมดำเนินงาน ดังตาราง 2

2.3 การจัดการเชิงรับ

โรงพยาบาลทั้งสามแห่ง มีกิจกรรมที่สำคัญคือการคัดกรองโรคโดยการซักประวัติการทำงานเพื่อให้ทราบถึงสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยมาจากการงานหรือไม่อย่างไร การรักษาพยาบาลและพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อรายงานโรคดังตาราง 2

2.4 ระบบข้อมูล

ในปัจจุบันยังไม่ได้มีการจัดระบบข้อมูล การจัดเก็บ และการรายงานปัญหาการเจ็บป่วยจากการทำงานที่มี

รูปแบบที่ชัดเจน โดยกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการเฝ้าระวังโรคจากการทำงานโดยใช้ระบบรายงาน 506/2 แต่ระบบนี้ยังใช้เฉพาะในโรงพยาบาลบางแห่งหรือในบางจังหวัด ซึ่งการรายงานขึ้นอยู่กับความตระหนักและความสนใจของผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ จากการดำเนินงานของโครงการพัฒนาการจัดการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล ได้ตั้งเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ให้กับโรงพยาบาลพัฒนารูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัย ในส่วนของระบบข้อมูลนั้น การพัฒนาระบบข้อมูลต้องสอดคล้องกับโปรแกรมสำเร็จรูปของพื้นที่ การลงข้อมูลต้องง่าย ไม่เพิ่มภาระ ไม่ใช่โปรแกรมที่สร้างขึ้นใหม่เฉพาะ ควรปรับปรุงให้สามารถใช้งานได้ สรุปรูปแบบการดำเนินงานด้านระบบข้อมูลการคัดกรองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมได้ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลโรคและการบาดเจ็บ

- แบบคัดกรองโรคจากการทำงาน แบบบันทึกการเจ็บป่วย

- โปรแกรมประมวลผลข้อมูลในระบบปกติ เช่น JHCIS, Hos XP, KP stat
- โปรแกรมเชื่อมระบบข้อมูลในระบบปกติ เช่น Env-occ Khonkaen (RP5062)

2. การลงรหัสและการให้รหัสโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หลักการให้รหัส ICD 10 สำหรับงานอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนการจัดเก็บและบันทึกข้อมูล

1. ชักประวัติและคัดกรองโรคจากการทำงาน บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยรายบุคคลโดยเชื่อมโยงกับระบบปกติที่มารับบริการ

ผลลัพธ์จากการจัดบริการ

จากการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยใน รพช. พบว่าผลลัพธ์ในการดำเนินงานประกอบด้วย การสำรวจข้อมูลกลุ่มอาชีพในพื้นที่ การเฝ้าระวังและคัดกรอง และรายงานโรคจากการทำงาน (ตารางที่ 4 และ 5)

ตารางที่ 3 รายละเอียดของระบบรายงานข้อมูล

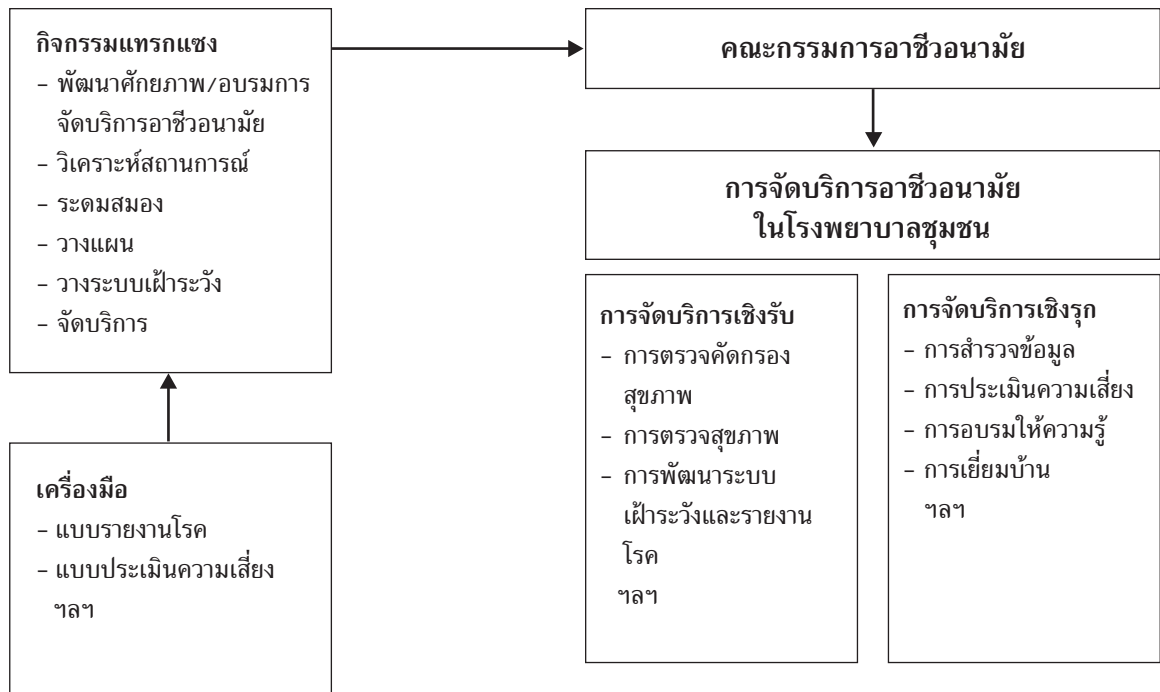
	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค
การคัดกรอง วินิจฉัย	คัดกรองที่ OPD ER และศูนย์ เวชปฏิบัติ โดยใช้แบบคัด กรองแทรก	คัดกรองที่ OPD ER โดยใช้ ตารางประทับคำถามและแนบ บัตรคำสัมภาษณ์	คัดกรองที่ OPD ER โดยใช้ป้ายบัตร คำแนบ สัมภาษณ์โรคจากการทำงาน, สีเหลืองโรคจากสิ่งแวดล้อม
โปรแกรม	โปรแกรมเฉพาะของโรง พยาบาล	HOS Xp	HOS Xp
การลงบันทึก รายงาน	รายงานตามระบบ ICD 10 และลงรหัส Y96,Y97 แผนก ER ลงโปรแกรม ISWIN	รายงานตามระบบ ICD 10 และ ลงรหัส Y96,Y97	รายงานตามระบบ ICD 10 และลง รหัส Y96,Y97
การวิเคราะห์และ ส่งต่อข้อมูล	นำเข้าข้อมูล 21 แฟ้ม โดยใช้ โปรแกรม ENV OCC khonkaen (RP 5062)	ดึงรายงานจาก Hos XP ส่งออก เป็นไฟล์ Excel วิเคราะห์และ รายงาน	ดึงรายงานจาก Hos XP ส่งออกเป็น ไฟล์ Excel วิเคราะห์และรายงาน

ตารางที่ 4 ข้อมูลกลุ่มอาชีพของแรงงานนอกระบบในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

ลำดับ	กลุ่มอาชีพ	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค	รวม	ร้อยละ
1.	กลุ่มปลูกยางพารา	-	-	686	686	19.48
2.	กลุ่มทอเสื่อ	6	-	21	50	1.42
3.	กลุ่มปลูกผัก	-	-	417	510	14.48
4.	กลุ่มจักสาน	5	-	20	56	1.59
5.	กลุ่มทอผ้า	-	-	98	616	17.49
6.	ทำไร่ทำนา	494	-	-	612	17.38
7.	รับจ้าง	93	-	-	106	3.01
8.	ค้าขาย	26	-	-	76	2.16
9.	เลี้ยงสัตว์	2	-	-	94	2.67
10.	ก่อสร้าง	-	-	-	125	3.55
11.	น้ำดื่ม อาหาร ขนม	-	-	-	253	7.18
12.	ดอกไม้ประดิษฐ์ ดอกไม้จันทน์	-	-	-	78	2.21
13.	ไม้กวาด	-	-	-	87	2.47
14.	สับ	-	-	-	30	0.85
15.	เกษตรอินทรีย์	-	-	-	30	0.85
16.	ร้อยละ	-	-	-	29	0.82
17.	อื่นๆ	6	-	-	84	2.39
รวม		632	ยังไม่มีข้อมูล	1,242	3,522	

ตารางที่ 5 ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพจากการคัดกรองปี 2556-2557

การวินิจฉัย	โรงพยาบาล ก	โรงพยาบาล ข	โรงพยาบาล ค	รวม	ร้อยละ
โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	39	97	58	194	25.19
โรคปอดและทางเดินหายใจ	0	12	2	14	1.82
โรคผิวหนัง ผื่นแพ้	0	10	3	13	1.69
โรคพิษจากพืช, สัตว์	27	0	0	27	3.51
สุนัขกัด	280	0	0	280	36.36
โรคพิษจากสารเคมีทางการเกษตร					
กรดและสารเคมี	0	0	0	0	0.00
โรคเหตุสภาวะทาง					
กายภาพ, จากสิ่งแวดล้อม	60	0	0	60	7.79
อุบัติเหตุ/บาดเจ็บ	30	20	19	69	8.96
ระบบไหลเวียนโลหิต		1	8	9	1.17
อื่นๆ	63	16	25	104	13.51
รวม	499	156	115	770	100



แผนภูมิที่ 3 สรุปรูปแบบการจัดการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล

สรุปและอภิปรายผล

การจัดการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีกลุ่มงานและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน แต่สามารถดำเนินการได้ในรูปแบบของคณะทำงานที่อาจจะเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน เช่น องค์กรแพทย์ กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน กลุ่มการพยาบาล (งาน ER OPD และผู้ป่วยใน) งานเวชสถิติ และงาน IT ทั้งนี้จะแตกต่างกันไปตามบริบทของโรงพยาบาล โดยกิจกรรมการจัดการบริการประกอบด้วยกิจกรรมเชิงรุกและเชิงรับ ทั้งนี้องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล เวชสถิติ และ IT จะมีบทบาทภารกิจหลักในกิจกรรมเชิงรับ ส่วนกิจกรรมเชิงรุกจะเป็นบทบาทหน้าที่หลักของกลุ่มเวชศาสตร์ครอบครัว และชุมชน และกลุ่มสุขภาพิบาลและป้องกันโรค (โรงพยาบาล ก) อย่างไรก็ตามการที่จะจัดการบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนนั้นต้องมีกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องถือเป็นกิจกรรมหลักที่สำคัญที่ต้องดำเนินงานก่อนซึ่งการพัฒนาองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่สามารถทำได้ทั้งการส่งบุคลากรเข้าร่วม

อบรม หรือจัดประชุมทำความเข้าใจแบบสั้นโดยอาจจะใช้เวลา 1 วัน ในที่นี้โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งได้มีการจัดประชุมชี้แจงให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (คณะทำงาน) โดยเนื้อหาประกอบด้วยสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของแรงงาน การจัดการบริการอาชีวอนามัย การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การคัดกรองและวินิจฉัยโรคจากการทำงาน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนในประเด็นการจัดการบริการนั้นในเบื้องต้นคณะทำงานต้องมีข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นของพื้นที่นั้นๆ เช่น จำนวนประชากร กลุ่มอาชีพ จำนวนโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่ เพื่อให้สามารถจัดการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ด้านการจัดการบริการเชิงรับโดยเฉพาะการคัดกรองและวินิจฉัยโรคจากการทำงานโดยการซักประวัติการทำงานในแต่ละโรงพยาบาลจะมีแนวทางและขั้นตอนที่แตกต่างกันไป เช่น ทุกแห่งใช้พยาบาลที่แผนก OPD ในการซักประวัติ ส่วนการลงรหัสวินิจฉัยจะแตกต่างกันไปบางแห่งให้แพทย์ บางแห่งเป็นพยาบาลจากกลุ่มเวชสถิติ เป็นต้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 3 แห่งที่สนใจเข้าร่วมโครงการในระยะเวลา 1.5 ปี ยังไม่ได้มีการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

สำหรับโรงพยาบาล:

1. เนื่องจากการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนยังไม่ได้มีโครงสร้างหรือผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนควรดำเนินงานในรูปคณะทำงาน/กรรมการที่มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากกลุ่ม/ฝ่ายต่างๆ เช่น กลุ่มเวชปฏิบัติ กลุ่มการพยาบาล องค์กรแพทย์ ทั้งนี้ควรมีการกำหนดบทบาทและภารกิจหน้าที่ของแต่ละส่วนให้ชัดเจน
2. เนื่องจากการจัดบริการเป็นรูปแบบของคณะทำงาน ดังนั้นควรมีการทบทวนและประเมินผลการดำเนินงานทั้งต่อประเด็นการประสานงานระหว่างกลุ่มฝ่ายหรือการแบ่งบทบาทภาระให้ชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งการจัดบริการ และต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการควบคู่กันไป

สำหรับหน่วยงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง: เนื่องจากการจัดบริการอาชีวอนามัยเป็นการจัดบริการนำร่องในโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่ได้ดำเนินการในทุกโรงพยาบาล ควรจะต้องพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินงานสำหรับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป: ประเมินผลการจัดบริการอาชีวอนามัยในโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดบริการเพื่อปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมและสอดคล้องมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทำงานจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งที่ร่วมให้ข้อมูลและดำเนินงานตลอดจนให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงาน

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น ที่สนับสนุนงบประมาณ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2556. [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาแรงงาน/แรงงานนอกระบบ/แรงงานนอกระบบ_2556/
2. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม. รายงานประจำปี 2556. [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/e13af7d808ea7941adda331a452014d.pdf
3. Rantanen J. New concept in occupational health services –BOHS. [Internet]. 2010 [Cited 2018 Jan 5]. Available from http://www.who.int/occupational_health/publications/bohsbooklet.pdf.
4. โครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.pngo.moph.go.th/pngo/phocadownload/ITA/aaaaaa1.pdf>
5. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. แนวทางดำเนินงานพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุข. [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก : http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/samutprakarn/1.Samrong_implement_year61.pdf

6. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2557. [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก, <http://www.mediafire.com/file/ik959otz03y-79uz/en2557.pdf>
7. Somkiat Siriruttanaruk, Koji Wada, Tsuoshi Kawakami. Promoting occupational health services for workers in the informal economy through primary health care unit. ILO Asia-Pacific Working Paper series, September; 2009.
8. คีมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์, พิไลลักษณ์ พลพิลา, พิเชษฐ โฉมเฉลา, จรรย์รักษ์ เยทส์, โสภพรรณ จิรนิติศัย. การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สำหรับแรงงานนอกระบบ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2556;20(2): 79-92.

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง ในตำบลหินตั้ง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Promoting family health behaviors among hypertension risk person at
Hintang sub-district, Banphai district, Khon Kaen province

สุภัทรา ระวีระ พย.ม.

Supathra Rawira M.S.N.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินตั้ง

Hintang Health Promoting Hospital District

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ที่มีสมาชิกเป็นบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินตั้ง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มและแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครอบครัว ดำเนินการศึกษากลุ่มเดียวประเมินก่อนและหลังดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม – เดือนมิถุนายน พ.ศ.2559 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและครอบครัว จำนวน 10 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือทั้งหมดได้รับตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ให้มีความเหมาะสมในการใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา ความครอบคลุมครบถ้วนและสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) กิจกรรมวาดฝันครอบครัวของฉัน 2) กิจกรรมสนทนาสร้างสุขภาพ 3) กิจกรรมพันธะสัญญาเพื่อสุขภาพที่ดี 4) กิจกรรมเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษารายครอบครัว ใช้เวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละ และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่ากิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง ส่งผลให้บุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและครอบครัวมีคะแนนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดดีขึ้น

คำสำคัญ: การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยง ความดันโลหิตสูง ครอบครัว

Abstract

The objective of this study was to promote health behaviour for families whose members were at risk of hypertension at Hintang health promoting hospital, Banphai District, Khon Kaen Province. The group processing and family health promotion conceptual framework. One group pre-post test design was conducted between May – June 2016. The target group was 10 people at risk of hypertension and their families. The study instruments consisted of: 1) the instrument for promoting health behaviour among families with risk-hypertension person.

2) The instrument used to collect information, including interview data and health information, and health behaviors questionnaire. All instruments have been checked for content validity by 3 experts to be appropriate in language and clarity of language, comprehensive and consistent objectives. Data were collected through interviews and questionnaire health behaviors. The promoting family health behaviors among family with hypertension risk person that consisted of 4 activities: 1) the activities envisioned my family. 2) Activity building. 3) Activities, commitment to stay healthy. 4) Home visits and family counseling. The data analysis was done by frequency and percentage and content analysis.

The results indicated that the family health promoting behaviour program's effect to risk-hypertension and their families achieved a better score in the areas of nutrition, exercise and stress management behaviors.

Keywords: family health promoting behavior, risk-hypertension, family.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบันมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบได้เร็วขึ้นในบุคคลที่มีอายุน้อย และพบมากตามอายุที่เพิ่มขึ้น คนทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.5 พันล้านคนจากประชากรทั้งหมดประมาณ 6,000 ล้านคน เสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 7 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งประชากร 4 คนจะมี 1 คนที่มีภาวะของความดันโลหิตสูง⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ให้ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 90⁽²⁾

จากข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่าบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง ปีพ.ศ.2556 จำนวน 148,064 คน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 962 คน คิดเป็นร้อยละ 0.65⁽³⁾ จากข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่าบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง ปีพ.ศ.2556 จำนวน 3,964 คน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 2.32⁽⁴⁾ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินตั้ง ข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ.2555 - 2557) พบว่าบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 2.47, 2.97 และ 3.44 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และผลการสำรวจพฤติกรรมของประชาชนเสี่ยงโรคความ

ดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลหินตั้งจำนวน 100 คน พบว่าบุคคลเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม คือร้อยละ 49 บริโภคอาหารโดยไม่ได้นำถึงคุณค่าทางโภชนาการ ใช้อาหารสำเร็จรูปมารับประทาน ใช้ผงชูรส เครื่องปรุงรส ปลาร้า ในการปรุงอาหารร้อยละ 47 มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ขาดการออกกำลังกาย ทำให้เป็นโรคอ้วน ร้อยละ 33 การเร่งรีบกับการทำงานร้อยละ 11 เครียดจากปัญหาครอบครัว และไม่มีเวลาพักผ่อนร้อยละ 9 ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง⁽⁵⁾

จากการสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับสิ่งที่มีอิทธิพลทั่วไป สิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมเฉพาะที่มีผลต่อสุขภาพโดยการสนทนา และสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ซึ่งได้ประยุกต์แนวคำถามตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว⁽⁶⁾ บุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลหินตั้งจำนวน 5 คน เป็นเพศหญิง 4 คน ชาย 1 คน ทั้งหมดเป็นวัยทำงานอายุระหว่าง 30-50 ปี พบว่าไม่ทราบว่าเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 4 คนและอีก 1 คนทราบว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้ป้องกัน ระบุว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หายต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ไม่มีทางป้องกันเพราะพ่อแม่เป็นความดันโลหิตสูง ลูกก็ต้องเป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน ไม่ทราบความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 4 คน ระบุว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงไม่มี

อาการผิดปกติ สามารถทำงานได้ มีมารดาป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องดูแล 1 คน ด้านการรับประทานอาหาร 3 คน ไม่ทราบว่าอาหารมีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง 2 คน ทราบว่ามีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร บอกว่าถ้าไม่เพิ่มปลาร้า และผงชูรสในการปรุงอาหาร จะทำให้อาหารไม่อร่อย ถ้าบุตรหลานบอกว่าเค็มก็จะลดปริมาณลง และซื้ออาหารสำเร็จรูปจากร้านค้ารับประทานเพราะไม่มีเวลาในการปรุงอาหารเอง มีการรับประทานเครื่องดื่มชูกำลังก่อนทำงานเป็นประจำ เพราะจะทำให้มีแรงสามารถทำงานได้ดีขึ้น รวมทั้งกาแฟ น้ำอัดลม ด้านการออกกำลังกาย 1 คน ไม่ทราบว่า การออกกำลังกายช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมี 4 คน ทราบว่าการออกกำลังกายมีผลต่อการป้องกันโรค แต่ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะคิดว่าทำงานหนักอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย ถ้าบุตรหลานชวนออกกำลังกายก็จะได้ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง ด้านความเครียด 3 คน ไม่ทราบว่าความเครียดมีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และทุกคนทราบว่าสุรามีผลต่อการเกิดโรค แต่ไม่คิดว่าเป็นปัญหาสำหรับตนเองเพราะไม่ดื่มสุรา เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์แล้ว แต่ไม่ทราบว่ากาแฟมีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

จากการสัมภาษณ์ พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว บุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลหินตั้ง จำนวน 5 ครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว 2 ครอบครัว ครอบครัวขยาย 3 ครอบครัว เป็นเพศหญิง 6 คน ชาย 2 คน เป็นเด็ก 3 คน ผู้ใหญ่ 5 คน มีอายุระหว่าง 30-50 ปี มีเด็กอายุระหว่าง 10-12 ปี ทั้ง 5 ครอบครัว มีบทบาทในการปรุงอาหารจำนวน 3 คน พบว่าไม่ทราบว่าสมาชิกครอบครัวอยู่ในบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง 3 ครอบครัว และอีก 2 ครอบครัวทราบว่าสมาชิกเป็นบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และมีญาติป่วยเป็นความดันโลหิตสูง แต่คิดว่าไม่มีทางป้องกันเพราะพ่อแม่เป็นความดันโลหิตสูงลูกก็ต้องเป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 4 ครอบครัว ทราบความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ครอบครัว ด้านการรับประทานอาหาร 3 ครอบครัวไม่ทราบว่าอาหารมีผลต่อโรคความดันโลหิตสูงมี 2 ครอบครัวทราบว่ามีผล

ต่อโรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร ปรุงอาหารมาแบบไหนก็รับประทานแบบนั้น ส่วนใหญ่รับประทานอาหารรสเค็ม บอกว่าเคยชินกับพฤติกรรมถ้าไม่เพิ่มปลาร้า และผงชูรสในการปรุงอาหาร จะทำให้อาหารไม่อร่อย ต้องเติมเครื่องปรุงทุกครั้งที่ทำอาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว และบางส่วนซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน เพราะไม่มีเวลาปรุงอาหารเอง มีการรับประทานเครื่องดื่มชูกำลังก่อนการทำงานเป็นประจำ เพราะจะช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้นมีแรงในการทำงาน ด้านการออกกำลังกายมี 3 ครอบครัวไม่ทราบว่า การออกกำลังกายมีผลในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง นาน ๆ ครั้งจะชวนกันออกกำลังกายร่วมกัน 2 ครอบครัว ทราบว่าการออกกำลังกายมีผลต่อการป้องกันโรค แต่ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะคิดว่าทำงานหนักอยู่แล้ว คิดว่าการทำงานออกแรงที่หนักทุกวันก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว และไม่มีเวลา ด้านความเครียด 5 ครอบครัวไม่ทราบว่าความเครียดมีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ด้านเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ ทั้ง 5 ครอบครัวทราบว่าสุรามีผลต่อการเกิดโรค แต่ไม่คิดว่าเป็นปัญหาสำหรับครอบครัวตนเองเพราะไม่มดดื่มสุรา เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์แล้ว

จากข้อมูลข้างต้น พบว่าบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร เพราะคิดว่าการรับประทานเครื่องดื่มชูกำลังจะช่วยให้มีเรี่ยวแรงในการทำงานหนักได้มากขึ้น ตัดนิสัยในการปรุงอาหารด้วยรสชาติเค็ม ถ้าบุตรหลานบอกว่าเค็มก็จะลดปริมาณลง มีการรับรู้อุปสรรคด้านการจัดหาอาหาร ได้แก่ ไม่มีเวลา ประกอบอาหารยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่ายมาก พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย คิดว่าการทำงานหนักก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกายแล้ว ขี้เกียจ รับรู้ถึงว่าการออกกำลังกายมีอุปสรรคมาก เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีสถานที่ที่เหมาะสม รอคคนในครอบครัวชวนออกกำลังกาย ครอบครัวส่วนใหญ่เชื่อว่า การทำงานหนักคือการออกกำลังกายแล้ว พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ไม่มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการพูดคุยกันในครอบครัวมีน้อย อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวไม่ทราบว่าตนเองมีส่วนช่วยหรือสนับสนุนอย่างไร จึงทำให้ครอบครัวไม่เห็น

ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แต่อยากมีสุขภาพที่แข็งแรงเพื่อที่จะได้ทำงานเลี้ยงดูลูกหลานให้ได้ดีที่สุด

ครอบครัวมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทั้งเรื่องออกกำลังกาย อาหาร และความเครียด เป็นผู้ให้กำลังใจและชักจูงบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง เมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยผู้ศึกษาได้นำเอาแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครอบครัว (Model for Family Health Promotion) ของ Loveland-Cherry⁽⁶⁾ มาประยุกต์เพื่อใช้กับบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและครอบครัว ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ได้รับอิทธิพลมาจากแบบแผนของครอบครัว คุณลักษณะของครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้แต่ละครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ครอบครัวตนเอง ร่วมกันค้นหาพฤติกรรมเดิมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพทั้งแบบแผนการขัดเกลาของครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพของครอบครัว ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ครอบครัวไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และรับรู้ความสามารถของตนเองและครอบครัวที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพราะแต่ละสถานการณ์มีอิทธิพลที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่แตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงได้นำเอาการเรียนรู้แบบกลุ่มมาประยุกต์ใช้ให้แต่ละครอบครัวเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ โดยใช้ 4 กิจกรรมสัปดาห์ที่ 6 ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ และทำ Post-test ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิต อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ที่มีสมาชิกเป็นบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิต

สูงต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงและครอบครัวในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินตั้ง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงในตำบลหินตั้ง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ที่มีสมาชิกเป็นบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินตั้ง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและครอบครัว

กลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมการศึกษาค้นครั้งนี้ประกอบด้วย

1. กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ผู้ที่อาศัยอยู่บ้านสว่าง ตำบลหินตั้ง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 10 คน ที่มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1.1 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย และไม่มีอาการของโรคความดันโลหิตสูง

1.2 มีความดันโลหิตค่าซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 120-139 mm.Hg และค่าไดแอสโตลิกอยู่ระหว่าง 80-89 mm.Hg ประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในช่วงรณรงค์คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในปี 2558 โดยการตรวจคัดกรองตามแบบคัดกรองบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยมีการวัดความดันโลหิตซ้ำก่อนเข้าร่วมศึกษาจำนวน 2 ครั้ง โดยวัดห่างกัน 2 สัปดาห์

2. ครอบครัวบุคคลเสี่ยง คือสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง และอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินตั้ง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 10 ครอบครัว และมีคุณสมบัติดังนี้

2.1 มีสมาชิกอายุระหว่าง 10 -12 ปี อาศัยอยู่ในครอบครัว

2.2 เป็นบุคคลที่มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรม

2.3 สุขภาพแข็งแรง

2.4 สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1.1 กระดาษวาดภาพที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัวที่คาดหวัง

1.2 แผนการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุอาการ และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และผลกระทบต่อครอบครัวที่มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

1.3 แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด คือ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและสอบถามพฤติกรรมบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและสอบถามพฤติกรรมครอบครัวบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์และสอบถามพฤติกรรมบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงประกอบด้วย 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ประกอบด้วย คุณลักษณะและประชากรของครอบครัวแบบแผนระบบครอบครัว

1.2 สิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพครอบครัว

1.3 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูล

ทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัว โรคประจำตัว ใครเป็นคนดูแลสุขภาพในครอบครัว และสิทธิในการรักษาสุขภาพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถาม ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แยกเป็น

2.1 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ

2.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายจำนวน 5 ข้อ

2.3 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ

2. ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์และสอบถามพฤติกรรมครอบครัวบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัว โรคประจำตัว ใครเป็นคนดูแลสุขภาพในครอบครัว และสิทธิในการรักษาสุขภาพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมครอบครัวบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของครอบครัวบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แยกเป็น

2.1 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ

2.2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายจำนวน 4 ข้อ

2.3 พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด จำนวน 4 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ครอบครัวของ Loveland-Cherry⁽⁶⁾ ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีบุคคลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา ดังนี้

1. ก่อนดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการพูดคุยและใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและครอบครัว ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดเป็นรายครอบครัว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและครอบครัว

2. หลังดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและครอบครัว บุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ข้อมูลการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดเป็นรายครอบครัว

หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด และประเด็นสำคัญตามแบบสัมภาษณ์ ซึ่งประเด็นที่จะนำมาสรุป ได้แก่ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและครอบครัว ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และผลที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ของครอบครัวบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง

กระบวนการ/ระเบียบวิธีศึกษา มีดังนี้

1. กิจกรรมวาดฝันครอบครัวของฉันทน์ โดยบอกถึงสุขภาพครอบครัวที่วาดฝันกับพฤติกรรมและสุขภาพที่เป็นจริง เพื่อสะท้อนการรับรู้ภาวะสุขภาพพฤติกรรม

สุขภาพที่เป็นจริง และการรับรู้ความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพของบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจากมุมมองของครอบครัว โดยกิจกรรมวาดฝันครอบครัวของฉันทน์ในกลุ่มเด็กครอบครัวกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยให้เด็กวาดรูปครอบครัว คิดว่าสุขภาพคนในครอบครัวเป็นอย่างไร ครอบครัวมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การคลายเครียดอย่างไร อยากให้คนในครอบครัวมีสุขภาพเป็นอย่างไร ใช้เวลา 30 นาที

2. กิจกรรมสนทนาสร้างสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและค้นหาปัจจัยพฤติกรรมเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจากมุมมองของครอบครัวและบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยให้เด็กนำเสนอสุขภาพครอบครัวที่วาดฝันกับพฤติกรรมและสุขภาพที่เป็นจริง และร่วมกันกับบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุ ปัจจัยเกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ ของบุคคลเสี่ยง จากนั้นร่วมกันเสนอแนวทางการแก้ไขพยาบาลให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค การปฏิบัติตัวเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพความเสี่ยงและโรคความดันโลหิต และการป้องกันใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

3. กิจกรรมพันธะสัญญาเพื่อสุขภาพที่ดี เพื่อสร้างบรรทัดฐานของครอบครัวร่วมกันสร้างพฤติกรรมสุขภาพใหม่ โดยทำกิจกรรมพันธะสัญญาระหว่างครอบครัว บุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง กับครอบครัว ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเป็นข้อตกลงและเกิดแรงผลักดันให้บุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงตระหนักที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และทำกิจกรรมปิดตาตีปี่ระหว่างครอบครัวเพื่อกระตุ้นให้ทราบถึงการทำงานเป็นทีม ต้องอาศัยความสามัคคีความร่วมมือกันในการครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงจะประสบผลสำเร็จ ใช้เวลา 30 นาที

4. กิจกรรมเยี่ยมบ้าน โดยติดตามเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษารายครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ละครอบครัว เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และ

ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง ประโยชน์ของการปฏิบัติและลดหรือขจัดอุปสรรคของการปฏิบัติ ร่วมกันกำหนดบรรทัดฐานของครอบครัวที่ส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวที่มีบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ครอบครัว เป็นระยะเวลาศึกษาครอบครัวละ 8 สัปดาห์ พบว่าก่อนได้รับการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3 คน ระดับดี 7 คน หลังได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจะแน้อยู่ในระดับดีทุกคน ส่วนครอบครัวบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงหลังได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจะแน้อยู่ในระดับปานกลาง 6 คน ระดับดี 4 คน จากก่อนได้รับการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับต่ำทุกคน

ทั้งนี้เนื่องจากการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวที่มีบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงประกอบด้วย ประเมินข้อมูลครอบครัว กิจกรรมวาดฝันครอบครัวของฉันทกิจกรรมสนทนาสร้างสุขภาพ ด้วยการเรียนรู้แบบกลุ่ม กิจกรรมพันธะสัญญาเพื่อสุขภาพที่ดีและติดตามเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครอบครัว (Model for Family Health Promotion) ของ Loveland-Cherry⁽⁶⁾ และการเรียนรู้แบบกลุ่ม สามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาตามสิ่งที่มีอิทธิพลทั่วไป สิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมเฉพาะที่มีผลต่อสุขภาพได้ครอบคลุมในบริบทที่เหมาะสมของแต่ละครอบครัวและสามารถช่วยในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพรายครอบครัวของแต่ละครอบครัวโดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว ทำให้บุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและครอบครัวเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม เกิดความเป็นเจ้าของในปัญหา ตระหนักและรับรู้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพโดยแต่ละกิจกรรมส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ โดยการประเมินข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ประกอบด้วย คุณลักษณะและประชากรของครอบครัวแบบแผนระบบครอบครัว สิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพครอบครัว พฤติกรรมเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของครอบครัวและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวที่มีบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง ทำให้ทราบพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวที่มีบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและข้อจำกัดหรือสาเหตุของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละครอบครัวเบื้องต้น และจากการดำเนินกิจกรรมวาดฝันครอบครัวของฉันทกิจกรรมสนทนาสร้างสุขภาพโดยเรียนรู้แบบกลุ่ม ทำให้บุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและครอบครัวได้รับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและครอบครัว ความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพของครอบครัว และค้นหาปัจจัยสิ่งที่มีอิทธิพลและพฤติกรรมเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงและครอบครัว

ซึ่งจากการประเมินข้อมูลและการดำเนินกิจกรรมข้างต้นทำให้ครอบครัว (เด็ก) ทั้งหมดรับทราบว่ามีสมาชิกครอบครัว (มารดา) เป็นบุคคลเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจากที่ไม่เคยทราบมาก่อน ส่วนบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีการเข้าใจรับรู้ภาวะเสี่ยง และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากเดิมที่รับรู้ว่ามีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงเพียง 4 คน และกล่าวถึงความหมายของบุคคลเสี่ยงในลักษณะของสาเหตุของการเป็นบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง รับรู้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรม การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง อาทิ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละคน และแนวทางในการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันภายในกลุ่ม ทำให้ได้แนวทางและแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวตนเอง นอกจากนี้

นี้ยังมีการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคความดันโลหิต การป้องกัน และการปฏิบัติตัวเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยพยาบาล

ซึ่งครอบครัวที่ศึกษาส่วนใหญ่มีปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีระบบที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ ตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี มีการติดป้ายประชาสัมพันธ์รณรงค์พฤติกรรมมารับประทานอาหาร “ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม” รพ.สต.จัดโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายในหมู่บ้าน อบต. มีโครงการส่งเสริมการออกกำลังกายและจัดทำลานกีฬาภายในหมู่บ้าน ปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ การรับรู้อุปสรรคซึ่งเป็นอุปสรรคจากภายในบุคคล เป็นส่วนใหญ่ อาทิ ชี้แจงออกกำลังกายไม่มีเวลาเข้าใจผิด ไม่ค่อยออกกำลังกายคิดว่าทำงานหนักแล้วติดรถเค็ม มัน ต้องซื้ออาหารรับประทาน ต้องการความรวดเร็วในการรับประทานอาหาร พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องชอบรับประทานอาหารประเภทผัด ทอด หมูติดมัน ชอบดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเพราะดื่มแล้วสดชื่นการทำงานหนักจนมีเหงื่อออก เป็นการออกกำลังกายแล้วจึงไม่ออกกำลังกายอีก บรรทัดฐานของครอบครัวในเทศกาลสำคัญ ครอบครัวนิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รับประทานปิ้งย่าง เนื้อย่าง เพราะหาซื้อสะดวก ไม่มีการปลูกฝังเรื่องการออกกำลังกายเพราะคิดว่าการทำงานที่หนัก คือการออกกำลังกาย

กิจกรรมพันธะสัญญาเพื่อสุขภาพที่ดี ช่วยสร้างบรรทัดฐานของครอบครัวร่วมกันสร้างพฤติกรรมสุขภาพใหม่ โดยทำกิจกรรมพันธะสัญญาระหว่างครอบครัวบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูง กับครอบครัวส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเป็นข้อตกลงและเกิดแรงผลักดันให้บุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงตระหนักที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และทำกิจกรรมปิดตาตีปี๊บระหว่างครอบครัวเพื่อกระตุ้นให้ทราบถึงการทำงานเป็นทีม ต้องอาศัยความสามัคคีความร่วมมือกันในการครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงจะประสบผลสำเร็จ

สำหรับกิจกรรมเยี่ยมบ้าน โดยติดตามเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษารายครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ละครอบครัว เป็นการค้นหาปัญหา อุปสรรค การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง ประโยชน์ของการปฏิบัติและลดอุปสรรคของการปฏิบัติ และพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดบรรทัดฐานของครอบครัวที่ส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมอิทธิพลจากเด็กในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเสี่ยงตัวอย่างเช่น มีพฤติกรรมชี้แจงออกกำลังกาย ระบุว่าออกกำลังกายแล้วมีประโยชน์ทำให้ร่างกายแข็งแรง แต่ครอบครัวไม่เคยปลูกฝังเรื่องการออกกำลังกายเลย ถ้าบุตรชวนออกกำลังกายก็จะออกกำลังกายร่วมกับบุตรนาน ๆ ครั้ง และส่งเสริมบุตรให้ชักชวนบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงออกกำลังกาย จนกลายเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยในครอบครัวที่ชักนำไปปฏิบัติพฤติกรรม สิ่งที่ส่งเสริมให้ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงซึ่งเป็นเด็กมีการปรับตัวที่ดีขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากบริบทที่เด็กอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน โรงเรียนเดียวกัน และอยู่ในวัยใกล้เคียงกัน มาทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้ได้มีการพูดคุยกันภายในกลุ่มถึงกิจกรรมที่ตนเองได้ปฏิบัติ และชวนกันปฏิบัติกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สรุป วิจารณ์ และข้อเสนอแนะ

ผลของกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดพบว่าภายหลังได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดดีขึ้น ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้คือ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่ากิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดดีขึ้น เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิควรนำกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นบุคคลเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ไปประยุกต์ใช้กับบุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงรายอื่น เพื่อช่วยให้บุคคลเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีขึ้นด้านการวิจัย พบว่ากิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ใช้วิธีการที่หลากหลาย ทั้งแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครอบครัว (Model for Family Health Promotion) ของ Loveland-Cherry⁽⁶⁾ และการสนทนากลุ่ม การนำผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำกิจกรรมไปประยุกต์ใช้กับครอบครัวที่มีบุคคลเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีบุคคลเสี่ยงโรคเรื้อรังยังพบน้อย หากมีการศึกษาและพัฒนาการส่งเสริมของครอบครัวที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่หลากหลาย ก็จะทำให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยงที่สามารถพัฒนาต่อยอดได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีจากบุคคลหลายๆ ท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชราภรณ์ เจริญใจวิทย์ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2558]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihypertension.org/files/13.08Dec200614-AttachFile1165561514.pdf>.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
3. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2555 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤษภาคม 2557] :เข้าถึงได้จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf.
4. โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. สรุปรายงานประจำปีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง. ขอนแก่น; 2557. [เอกสารอัดสำเนา].
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินตั้ง. สถิติผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. ขอนแก่น; 2557. [เอกสารอัดสำเนา].
6. Carol J Loveland-Cherry. Nurses and Family health promotion: [edited by]. Perri, J. Bomar. (2nd ed). W.B.Saunders Company;1996.

ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอด
ของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว
The efficacy of perception program for pulmonary tuberculosis
prevention household contacts in Taphraya district,
Sakeao province, Thailand

วีระวุธ แก่นจันทร์ใบ ส.ม.*

สุมัทนา กลางคาร ป.ร.ด.*

สรญา แก้วพิบูลย์ อว. เวชศาสตร์ครอบครัว**

Weerawut Kanchunbai M.P.H.*

Sumattana Glangkarn Ph.D.*

Soraya Kaewpitoon FCFP.**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Faculty of Public Health, Mahasarakham University

**สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

** Institute of Medicine, Suranaree University of Technology

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันอุบัติการณ์ของวัณโรคปอดเพิ่มสูงขึ้นในประเทศไทยและทั่วโลก พบว่าการแพร่เชื้อระหว่างบุคคลและผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างต่อเนื่อง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ด้านความรู้ การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันวัณโรคปอด ในพื้นที่อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม 2559 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละเท่ากัน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอด 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test, Independent t-test และ Repeated measurement

ผลการวิจัย พบว่าความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน การรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอด ทักษะการป้องกันวัณโรคปอดสูงขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผลวิเคราะห์ความแปรปรวนกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบแต่ละช่วงการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากผลการวิจัย พบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอด และแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอดดีขึ้น ส่งผลให้มีการป้องกันวัณโรคปอดดีขึ้น ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ ดังนั้นโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดมีผลต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน สามารถนำโปรแกรมไปใช้ในงานประจำคลินิกวัณโรค จัดให้อยู่ในแผนงานการป้องกันโรคประจำปี และกำหนดให้เป็นนโยบายสุขภาพของท้องถิ่น

คำสำคัญ: วัณโรคปอด ผู้สัมผัสร่วมบ้าน การป้องกันวัณโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

The Incidences of tuberculosis have increased in Thailand and worldwide with transmission between individuals and household contacts. The objective of this randomized control trial study was to examine the efficacy of a perception program for pulmonary tuberculosis prevention of household contacts in Taphraya district, Sakeao province in July – October 2015. The experimental group received the perception program for pulmonary tuberculosis prevention of household contacts for 8 weeks. The comparison group received the perception program for pulmonary tuberculosis prevention of household contacts for 4 weeks. The data was analyzed using paired sample t-test, independent t-test and repeated measurement.

The results showed that knowledge of tuberculosis did not differ between the control and the comparison group. The recognition to the prevention, the social support and prevention skill of pulmonary tuberculosis in the control group was to increase more than the comparison group with statistical significant in 8 weeks ($p < 0.001$). The analysis of variance groups comparable were different with statistical significant ($p < 0.001$).

The results suggest the program can be used in routine clinical tuberculosis with 8 weeks provided in the annual work plan for disease prevention.

Keywords: pulmonary tuberculosis, house hold contacts, perception for pulmonary tuberculosis prevention household contacts, social support to tuberculosis

บทนำ

สถานการณ์วัณโรคของโลกในปัจจุบัน พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 16-20 ล้านคน ซึ่ง 8-10 ล้านคนเป็นผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ (Infectious case) องค์การอนามัยโลกคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 8.4 ล้านคน เสียชีวิตปีละ 1.9 ล้านคน และผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาถึงร้อยละ 95⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยนั้นองค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับอยู่ในลำดับที่ 18 จาก 22 ประเทศทั่วโลกที่พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด มีผู้ป่วยรายใหม่ ปีละ 94,200 ราย เป็นวัณโรคปอดเสมหะบวก จำนวน 40,000 ราย (อัตราอุบัติการณ์ 59.69 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิตไปแล้ว 13,000 ราย (อัตราตาย 19.40 ต่อประชากรแสนคน) และเป็นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยร้อยละ 11 มีเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ร้อยละ 16 นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นวัณโรค ร้อยละ 30 ทำให้มีผู้ป่วยวัณโรคในอัตราที่สูง และมีประมาณ 50,000 กว่าราย หรือครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในช่วง

5 ปีที่ผ่านมา โดยผู้ป่วยใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนรักษาในปี 2558 พบอัตราการรักษาสำเร็จเพียงร้อยละ 80.4 ซึ่งค้นพบว่าปัญหาสำคัญมาจากอัตราการตายร้อยละ 8 (โดยส่วนมากผู้เสียชีวิตเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีมากถึงร้อยละ 12) และปัญหาจากอัตราการขาดยาร้อยละ 7 อวัยวะที่ติดเชื้อวัณโรคมากที่สุดได้แก่วัณโรคปอดร้อยละ 81.5⁽¹⁾ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าอุบัติการณ์และความชุกของวัณโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะ 10 ปี จนถึงระดับการกลับมาระบาดของอีกครั้ง (Re-emerging) โดยการป่วยเป็นวัณโรคมีสาเหตุมาจากการรับเชื้อใหม่ (Re-infection) การลุกลามขึ้นใหม่จากเชื้อที่ร่างกายมีอยู่เดิม (Re-activation) อีกทั้งยังมีการแพร่เชื้อระหว่างบุคคล⁽²⁾ องค์การอนามัยโลกได้เน้นเรื่องการรักษาให้หายขาดเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะช่วยตัดวงจรการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชนได้อย่างดี และกำหนดเป้าหมายอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่มากกว่าร้อยละ 90 การรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรงหรือแบบมีที่เลี้ยงเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ทำให้อัตราความ

สำเร็จของการรักษาสูงแล้ว ยังป้องกันเชื้อวัณโรคได้ดียิ่งขึ้น⁽²⁾

จากข้อมูลรายงานวัณโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว พบว่าในปี 2553-2557 ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาใหม่จำนวนทั้งสิ้น 556, 543, 726, 740 และ 631 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอมา 356, 353, 369, 416 และ 405 ราย ตามลำดับ อัตราความสำเร็จของการรักษา (Success Rate) ร้อยละ 85.42, 86.00, 89.80, 76.96 และ 85.93 ตามลำดับ ซึ่งอัตราความสำเร็จของการรักษาน้อยกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก โดยเกณฑ์กำหนดมากกว่าร้อยละ 90 ส่วนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตร้อยละ 4.50, 5.10, 6.20, 6.40 และ 7.90 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกโดยเกณฑ์ต้องน้อยกว่าร้อยละ 5 แสดงให้เห็นว่าวัณโรคปอดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัดสระแก้ว⁽³⁾

ข้อมูลรายงานวัณโรคศูนย์ระดับวิทยาอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่าในปี 2553-2557 ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาใหม่ทั้งสิ้น 92, 82, 80, 104 และ 94 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอมา 61, 48, 46, 68 และ 76 ราย ตามลำดับ อัตราความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 94.00, 88.00, 95.70, 93.75 และ 92.68 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตร้อยละ 3.20, 6.30, 4.30, 2.50 และ 0 ตามลำดับ ผู้ป่วยวัณโรคขาดยาร้อยละ 3.20, 6.30, 2.20, 4.30 และ 5.30 ตามลำดับ จากข้อมูลสถานการณ์วัณโรค แม้ว่าอัตราการตายจะลดลงจนไม่มีผู้เสียชีวิต แต่อัตราการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคยังเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นวัณโรคปอดยังคงเป็นปัญหาสำคัญของอำเภอตาพระยา ที่ต้องเร่งพัฒนาระบบการดำเนินงานในชุมชน⁽⁴⁾ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลตาพระยา พบเมื่อปี 2557 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ขาดยามาจากการไม่เอาใจใส่ของผู้ดูแลทั้งในส่วนของญาติที่อยู่ร่วมบ้านร้อยละ 75.28 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 62.03 โดยมองว่าเป็นภาระในการใช้ชีวิตของตนเองร้อยละ 80.79 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคใน

ชุมชนนั้นยังขาดความเข้าใจการแพร่กระจายโรค และขาดความตระหนักต่อความรุนแรงของโรคอย่างมาก ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างยิ่งถ้าผู้สัมผัสร่วมบ้านมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคที่ไม่ถูกต้อง⁽⁵⁾

ดังนั้นผู้วิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ มีบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรค จึงเล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคให้ถูกต้องยิ่งขึ้น เป็นการลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดจากการติดเชื้อวัณโรคปอดจากการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคปอดและผู้สัมผัสร่วมบ้านสามารถควบคุม ป้องกันตนเอง และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค ลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ชุมชนต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

2. ความมุ่งหมายเฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

2.3 เพื่อเปรียบเทียบการป้องกันวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

2.4 เพื่อเปรียบเทียบการป้องกันวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตในด้านเนื้อหา ประเด็นศึกษา ได้แก่ ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับวันโรค การรับรู้ความรุนแรงของวันโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวันโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวันโรคปอด ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันวันโรคปอด การรับรู้การป้องกันวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และแรงสนับสนุนทางสังคม

2. ขอบเขตด้านพื้นที่ ได้แก่ พื้นที่ในอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ทั้ง 5 ตำบลและ 1 เทศบาล

3. ระยะเวลา การศึกษาครั้งนี้ในระหว่าง เดือนกรกฎาคม – ตุลาคม 2559

4. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

4.1 ตัวแปรต้น คือโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

4.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอด การรับรู้ความรุนแรงของวันโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคม และการป้องกันวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

รูปแบบการวิจัย

1. การวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Randomized control trial : RCT)

2. การศึกษาครั้งนี้ ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน จำนวน 40 คนต่อกลุ่ม

3. ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Cluster Random Sampling) โดยการจับฉลากมีวิธีการทำ ดังนี้

เขียนฉลากรายชื่อตำบล ซึ่งอำเภอตาพระยามีทั้งหมด 5 ตำบล และ 1 เทศบาล ได้แก่ ตำบลตาพระยา ตำบลโคกลาน ตำบลทัพเสด็จ ตำบลทัพราช ตำบลทัพไทย และเทศบาลตาพระยา รวมฉลากเป็น 6 ใบ แล้วนำฉลากลงภาชนะ จับฉลากทีละครั้งแยกเป็นกลุ่มทดลอง สลับกับกลุ่มเปรียบเทียบจนครบ 5 ครั้ง

4. กลุ่มทดลอง คือผู้สัมผัสร่วมบ้านจำนวน 40 คน จำแนกตามพื้นที่ 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลตาพระยา ตำบลโคกลาน และเทศบาลตาพระยา โดยผู้วิจัยได้ลงพื้นที่และทำการคัดเลือกกลุ่มทดลอง ดังนี้

(1) บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ไม่น้อยกว่า 2 เดือน ผู้ป่วยวันโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวันโรคปอดที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นวันโรคปอดจากการตรวจพบเชื้อวันโรคในเสมหะด้วยการย้อมสีทึนกรด (AFB Stain) และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ขั้นทะเบียนรับการรักษาวันโรคด้วยสูตรยาระยะสั้น 6 เดือน ณ คลินิกวันโรค โรงพยาบาลตาพระยา

(2) อายุ ตั้งแต่ 15-65 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

(3) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีภาวะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ สื่อสารด้วยการพูด ฟัง และอ่านภาษาไทยได้ดี

(4) มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย

(5) ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการตรวจเสมหะด้วยการย้อมสีทึนกรด (AFB Stain) และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ และได้รับการเอกซเรย์ปอดทุกราย พร้อมทั้งการลงวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่ได้ติดเชื้อวันโรค

5. กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 40 คน จำแนกตามพื้นที่ 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลทัพเสด็จ ตำบลทัพราช และตำบลทัพไทย โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกเหมือนกลุ่มทดลอง

6. สิ่งทดลอง (Intervention) คือ โปรแกรมการสร้าง การรับรู้ต่อการป้องกันวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยดำเนินการให้สิ่งทดลอง จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สิ้น สุดสัปดาห์ที่ 4 และครั้งที่ 2 สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนาอธิบายข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Referential Statistics)

2.1 สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความ แตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่ม เปรียบเทียบโดยอธิบายข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับวันโรค ปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวันโรคปอด การรับรู้ต่อ การป้องกันวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน แรง

สนับสนุนทางสังคมและการป้องกันวันโรคปอดของ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ก่อนและหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุด สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

2.2 สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความ แตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบ เทียบ โดยอธิบายข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอดของ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวันโรคปอด การรับรู้ต่อการ ป้องกัน วันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน เมื่อสิ้นสุด สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

2.3 สถิติ Repeated measurement เปรียบเทียบ ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการวัดซ้ำในกลุ่มทดลอง โดย อธิบายข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วม บ้านผู้ป่วยวันโรคปอด การรับรู้ต่อการป้องกันวันโรค ปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคม และ การป้องกันวันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน เมื่อสิ้นสุด สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	4	10.0	13	32.5
หญิง	36	90.0	27	67.5
2. อายุ				
17-26 ปี	2	5.0	10	25.0
27-36 ปี	4	10.0	4	10.0
37-46 ปี	15	37.5	8	20.0
47-56 ปี	14	35.0	11	27.5
57-64 ปี	5	12.5	7	17.5
	$\bar{x}=45.73$	SD=10.619	$\bar{x}=42.03$	SD=0.075
	MIN=17	MAX=64	MIN=18	MAX=64
3. สถานภาพสมรสคู่	33	82.5	35	87.5
4. ระดับการศึกษา ประถมศึกษา	17	42.5	26	65
5. อาชีพ เกษตรกรรม	32	80.0	31	77.5

ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
5,001-10,000	24	60.0	18	45.0
	$\bar{x}=6,230.00$	$SD=2,329.983$	$\bar{x}=5,229.00$	$SD=3,208.067$
	MIN=600	MAX=10,400	MIN=600	MAX=12,200
7. โรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจ				
ไม่มี	35	87.5	39	97.5
8. สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอด				
ใช่	22	55.0	21	52.5

ผลการศึกษา

กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด ก่อนการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) กลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แต่ในส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอด และการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน

กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอด และการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค หลังการทดลอง 4 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แต่ในส่วนการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน

กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอด และการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค หลังการทดลอง 8 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) แต่ในส่วนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกันดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด การรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอด และการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดแต่ละช่วงการทดลอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดของกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวินโรคปอดระหว่าง
กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยวินโรคปอด	(n=40)		t	p-value
	$\bar{x}$	SD		
ก่อนการทดลอง	9.71	2.766	-13.741	<0.001
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	17.23	3.353		
ก่อนการทดลอง	9.71	2.766	-14.470	<0.001
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	18.85	1.210		
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	17.23	3.353	-1.778	0.083
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	18.85	1.210		

กลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยวินโรคปอด	(n=40)		t	p-value
	$\bar{x}$	SD		
ก่อนการทดลอง	8.98	1.941	-10.842	<0.001
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	16.30	4.267		
ก่อนการทดลอง	8.98	1.941	-39.552	<0.001
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	18.78	1.790		
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	16.30	4.267	-3.365	0.001
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	18.78	1.790		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้ต่อการป้องกันโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอด และการป้องกันวัณโรคปอดของกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง

การรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	Mean difference (d)	95% CI:Mean Difference		ค่าสถิติ t	ค่า df	P-value
				Lower	Upper			
ก่อนการทดลอง	2.56	0.303						
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	4.47	0.214	1.91	1.21	2.71	6.607	39	<0.001
ก่อนการทดลอง	2.56	0.303						
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	4.60	0.248	2.04	1.82	4.07	10.437	39	<0.001
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	4.47	0.214						
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	4.60	0.248	0.13	0.05	0.21	3.606	39	0.009

แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอด	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	Mean difference (d)	95% CI:Mean Difference		ค่าสถิติ t	ค่า df	P-value
				Lower	Upper			
ก่อนการทดลอง	1.35	0.305						
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	2.85	0.187	1.50	1.15	2.22	15.834	39	<0.001
ก่อนการทดลอง	1.35	0.305						
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	2.88	0.135	1.53	1.33	1.72	16.112	39	<0.001
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	2.85	0.187						
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	2.88	0.135	0.03	0.02	1.88	1.000	39	0.323

การป้องกันวัณโรคปอด	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	Mean difference (d)	95% CI:Mean Difference		ค่าสถิติ t	ค่า df	P-value
				Lower	Upper			
ก่อนการทดลอง	1.58	0.317						
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	2.83	0.212	1.25	1.01	1.68	12.540	39	<0.001
ก่อนการทดลอง	1.58	0.317						
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	3.00	0.158	1.42	1.24	1.62	15.165	39	<0.001
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	2.83	0.212						
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	3.00	0.158	0.17	0.02	0.96	2.876	39	0.003

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอด และการป้องกันวัณโรคปอดของกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

กลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรค ปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ ป่วยวัณโรค	คะแนน เฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	Mean difference (d)	95% CI:Mean Difference		ค่าสถิติ t	ค่า df	P-value
				Lower	Upper			
ก่อนการทดลอง	2.85	0.197						
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	4.47	0.228	1.62	1.03	2.67	20.113	39	<0.001
ก่อนการทดลอง	2.85	0.197						
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	4.49	0.224	1.64	1.13	2.42	17.832	39	<0.001
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	4.47	0.228						
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	4.49	0.224	0.02	0.01	1.25	1.955	39	0.860

แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยว กับวัณโรคปอด	คะแนน เฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	Mean difference (d)	95% CI:Mean Difference		ค่าสถิติ t	ค่า df	P-value
				Lower	Upper			
ก่อนการทดลอง	0.45	0.364						
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	1.85	0.196	1.40	1.13	3.86	12.540	39	<0.001
ก่อนการทดลอง	0.45	0.364						
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	1.99	0.213	1.54	1.11	3.89	12.599	39	<0.001
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	1.85	0.196						
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	1.99	0.213	0.14	0.02	1.87	1.000	39	0.919

การป้องกันวัณโรคปอด	คะแนน เฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	Mean difference (d)	95% CI:Mean Difference		ค่าสถิติ t	ค่า df	P-value
				Lower	Upper			
ก่อนการทดลอง	1.51	0.298						
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	2.79	0.214	1.28	1.13	1.76	8.029	39	<0.001
ก่อนการทดลอง	1.51	0.298						
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	2.84	0.135	1.33	1.01	1.71	10.356	39	<0.001
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	2.79	0.214						
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	2.84	0.135	0.05	0.01	0.85	3.122	39	0.006

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของการวัดซ้ำในกลุ่มทดลอง เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	SS	df	MS	F	p-value	SS	df	MS	F	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับวินโรค ปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยวินโรคปอด	52.867	2	26.433	120.339	<0.001	78.867	2	39.433	155.343	<0.001
	17.133	78	0.220			19.800	78	0.254		
2. การรับรู้ต่อการป้องกัน วินโรคปอดของผู้สัมผัส ร่วมบ้านผู้ป่วยวินโรค	17.267	2	8.633	59.070	<0.001	25.017	2	12.508	139.711	<0.001
	11.400	78	0.146			6.983	78	0.090		
3. แรงสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับวินโรคปอด	60.467	2	30.233	217.012	<0.001	42.517	2	21.258	153.296	<0.001
	10.867	78	0.139			10.817	78	0.139		
4. การป้องกันวินโรคปอด ของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วย วินโรคปอด	42.450	2	21.225	116.451	<0.001	27.467	2	13.733	73.706	<0.001
	14.217	78	0.182			14.533	78	0.186		

อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวินโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว อภิปรายผล ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวินโรคปอด พบว่าภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดดีขึ้น ซึ่งพบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เกิดจากโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวินโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษบา ประสมผล⁽⁷⁾ พบว่าการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวินโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประชนยาของผู้ป่วย หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับวินโรค การรักษาและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประชนยามากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในส่วนความรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน สามารถบอกได้ว่าการให้

โปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวินโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านเพียง 4 สัปดาห์มีผลต่อการป้องกันวินโรคได้สูงขึ้น และความรู้เกี่ยวกับวินโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวินโรคปอดยังคงอยู่

2. การสร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวินโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อการป้องกันวินโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งพบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

เมื่อพิจารณารายด้านของการรับรู้ต่อการป้องกันวินโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวินโรค พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของวินโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวินโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันวินโรคปอด ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันวินโรคปอด หลังการทดลอง 8 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยพร สิงห์จ้อย⁽⁶⁾ พบว่าโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีประสิทธิผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันวินโรคปอดของ

ผู้ดูแลได้โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของ วัณโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอด ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ตัวเพื่อการป้องกันโรคปอด ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันวัณโรคปอดและพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด มากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

4. แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอด ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับ วัณโรคปอดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภิเขต เสริมชัย⁽⁸⁾ ศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ ประชาชน พบว่าประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มี การระบาดมีแรงสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับวัณโรคปอดในส่วนของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทุกส่วนสูงขึ้นแต่ได้คะแนนไม่เต็ม จึงควรทำ แบบสอบถามหรือแบบประเมินความพึงพอใจเพิ่มเติม โดยแยกเป็นส่วนโรงพยาบาล ส่วนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อความต้องการเพิ่มเติมหรือขอ แนะนำจากผู้ป่วยและผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด

5. การป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรคปอดผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดกลุ่มทดลอง มีการป้องกันวัณโรคปอดดีขึ้น และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของปริยา ลินธะระวิทย์⁽⁹⁾ ศึกษาพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรค ผลจากการนำแนวทางพัฒนามาใช้ พบว่าผู้ป่วยวัณโรค ที่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค องค์กรในชุมชน และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข สามารถควบคุมวัณโรคได้อย่างมี ประสิทธิภาพมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการควบคุมวัณโรค ทำให้เกิด ผลสำเร็จในด้านการควบคุมวัณโรค เกิดประโยชน์ต่อผู้รับ

บริการอย่างแท้จริง

ดังนั้นสรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการ ป้องกันวัณโรคปอด ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น มีผลทำให้ผู้สัมผัส ร่วมบ้านมีการป้องกันวัณโรคปอดดีขึ้น โปรแกรมและม ีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันวัณโรคปอดของ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ทำให้เกิดความรู้ทัศนคติที่ดีมีผลต่อการ เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนในการป้องกันวัณโรคที่ ถูกต้อง ลดอัตราป่วยด้วยวัณโรคในครอบครัวหรือคน ใกล้ชิดได้ หากมีอาการสงสัยได้เข้าถึงการบริการที่ รวดเร็วสามารถค้นพบโรคเร็วขึ้น ตามนโยบาย คัดให้พบ จบด้วยหาย ตายเป็นศูนย์ จากข้อมูลเป็นไปตามกรอบ แนวคิดการวิจัยที่วางไว้ ซึ่งเกิดจากการใช้โปรแกรมการ สร้างการรับรู้ต่อการป้องกันวัณโรคปอด โดยประยุกต์ใช้ จากทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และทฤษฎีแรง สนับสนุนทางสังคม ดังนั้น โปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อ การป้องกันวัณโรคปอดมีผลต่อการป้องกันวัณโรคปอด ของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และการวิจัยในครั้งนี้จึงบรรลุตาม ความมุ่งหมายของการศึกษาที่ตั้งไว้ และไม่มีผู้ป่วย วัณโรครายใหม่

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อ การป้องกันวัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้วิจัยมีข้อ เสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการ ป้องกันวัณโรคปอด มีการใช้กระบวนการกลุ่ม และแรง สนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคปอดใน การสร้างการรับรู้ส่งผลให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ปอดเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสพการณ์ ผู้สัมผัสร่วมบ้านหาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยมีเจ้าหน้าที่ ด้านสุขภาพเป็นแรงสนับสนุนการป้องกันวัณโรคปอด จึงนับว่าโปรแกรมการสร้างการรับรู้ต่อการป้องกัน วัณโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้านช่วยให้มีการ เปลี่ยนแปลงการป้องกันวัณโรคดีขึ้น ควรนำไปใช้ใน คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาล อบรมให้ความรู้ และ ฝึกทักษะการให้ความช่วยเหลือในการป้องกันวัณโรคแก่

พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และนำไปใช้ในเชิงนโยบายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการ และกำหนดให้เป็นนโยบายสุขภาพของท้องถิ่น โดยจัดให้อยู่ในแผนงานโครงการส่งเสริมป้องกัน ประจำปีงบประมาณ

1.2 จัดทำคู่มือการป้องกันวัณโรคปอดโดยใช้ภาษาท้องถิ่น และรูปภาพที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย อธิบายด้วยภาพมากกว่าตัวอักษรเพื่อต่อการจำ

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเชิงคุณภาพรายครอบครัวและวิจัยเชิงสังเกต เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และนำรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้เป็นแนวทางในการป้องกันวัณโรคของชุมชนต่อไป

2.2 ควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษครั้งนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อทำการศึกษารูปแบบการให้ความรู้ และการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคปอดที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนเพื่อการป้องกันวัณโรคปอดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร และรองศาสตราจารย์ พญ.สรญา แก้วพิบูลย์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ และช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอบคุณทีมงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตาพระยา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเครือข่าย 15 แห่ง ผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้เกี่ยวข้อง ที่ให้การสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์และผลการดำเนินงานวัณโรคของไทยประจำปีไตรมาส 2 ปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพฯ: กองแผนงานและประเมินผล สำนักวัณโรค; 2557.
2. World Health Organization. WHO: The Global plan to stop TB 2011-2015. [Online]. [accessed February 26, 2014]. Available from: WHO/HTM/TB/2011.16.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2557 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.sko.moph.go.th>
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา. สรุปผลงานประจำปี 2557. การประชุมคณะกรรมการดำเนินงานโรคติดต่อ; 10 กันยายน 2557; สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา; 2557.
5. โรงพยาบาลตาพระยา. สรุปผลงานประจำปี 2557. การประชุมคณะกรรมการดำเนินงานโรคติดต่อ; 10 กันยายน 2557; สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา; 2557.
6. วลัยพร สิงห์จ้อย. ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแล [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
7. บุษบา ประสมผล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
8. ภิเชต เสริมสัย. การเปรียบเทียบความรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในหมู่บ้านที่มีและไม่มีกระบาดตำบลทุ่งเบญจา อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
9. ปรียา สันธะวิทย์. การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดสกลนคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.

การศึกษากลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน จังหวัดเลย

ปี พ.ศ.2560

Study on the third strategy in relation to surveillance, prevention, control, and treatment rabies disease in human Loei Province, 2017

อังษณา ยศปัญญา กศ.ม (จิตวิทยาการแนะแนว)

Angsana Yospanya M.Ed. (Guidance Psychology)

สมจิตร์ วิจิตรจันทร์ ป.พ.ส

Somjit Vijitjun Dip in Nursing Science

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

Loei Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผลโดยการสำรวจเชิงปริมาณ แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลและพัฒนาแผนการดำเนินงานตามกลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2560 ข้อมูลการดำเนินงานกิจกรรมตามกลยุทธ์ศึกษาจากผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและควบคุมโรคของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลจัดทำแผนเฝ้าระวัง ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ปีงบประมาณ 2561 ได้จากผลการประเมินกลยุทธ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ t-test

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเริ่มโครงการ คะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานใน 4 กลยุทธ์ (ยกเว้นกลยุทธ์ที่ 3) มากกว่าก่อนเริ่มโครงการทั้งในพื้นที่เสี่ยง พื้นที่เฝ้าระวัง และภาพรวมของจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยก่อนเริ่มโครงการพื้นที่เสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ย 2.33-3.75 และเมื่อเริ่มโครงการมีคะแนนเฉลี่ย 2.58-4.08 พื้นที่เฝ้าระวังก่อนเริ่มโครงการมีคะแนนเฉลี่ย 2.30-3.66 และเมื่อเริ่มโครงการมีคะแนนเฉลี่ย 2.37-4.01 การเปรียบเทียบกิจกรรมตามกลยุทธ์ต่างๆในพื้นที่พบโรคและไม่พบโรคในสัตว์ การดำเนินงานใน 4 กลยุทธ์ (ยกเว้นกลยุทธ์ที่ 3) พื้นที่พบโรคในสัตว์มีการดำเนินงานมากกว่าพื้นที่ไม่พบโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.000$) โดยคะแนนเฉลี่ยพื้นที่พบโรคอยู่ที่ 3.07-4.86 และพื้นที่ไม่พบโรคอยู่ที่ 2.29-3.81 กลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดในการดำเนินงานตามโครงการคือ กลยุทธ์ที่ 1 ส่วนกลยุทธ์ที่ยากที่สุดในการดำเนินงานตามโครงการคือ กลยุทธ์ที่ 4 และกลยุทธ์ที่ 1 สามารถนำไปปรับใช้ได้กับงานควบคุมโรค ส่วนกลยุทธ์ที่ 5 สามารถนำไปปรับใช้ได้กับงานควบคุมโรคเรื้อน ผลการประเมินกิจกรรมตามกลยุทธ์ ได้นำไปใช้เป็นข้อมูลในการบูรณาการแผน และได้แผนเฝ้าระวัง ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2561

คำสำคัญ: โรคพิษสุนัขบ้า กลยุทธ์ สัตว์ปลอดโรค การประเมินโครงการ

Abstract

This evaluation research by cross-sectional was conducted to study the strategy implementations on the third strategy of rabies in human Loei Province, 2017. Data were collected using questionnaire for qualitative data. Including using outcome of strategic study for action plan 2018. Data were analysis by using percentage, mean and t-test.

The research results revealed that to start the project the average score of 4 strategy, except the third strategy higher than before the project in all of area with significant (p -value = 0.000). Risk area before the project average score = 2.33–3.75, to start the project average score = 2.58–4.08, Surveillance area before the project average score = 2.30–3.66, to start the project average score = 2.37–4.01. Comparing the activities by 4 strategies, except the third strategy between disease area and area not found the disease, the disease area had activities higher with significant (p -value = 0.000) by average score in disease area = 3.07–4.86, in area not found the disease = 2.29–3.81. The important strategy is the first strategy, but the hard strategy is the fourth strategy. The first strategy can appropriate to Tuberculosis control and the fifth strategy can appropriate to Leprosy control. The outcome of activities evaluation by strategy use to integrate action plan “Surveillance and Control of Rabies Disease” in Loei Province, 2018.

Keywords: rabies, strategy, animal free of rabies, strategy evaluation

บทนำ

ด้วยศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ทรงมีพระประสงค์ให้โรคพิษสุนัขบ้าหมดไปจากประเทศไทย รัฐบาลได้น้อมรับใส่เกล้าฯ สนองพระปณิธาน โดยมีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี และทรงมีพระกรุณาธิคุณรับเป็นประธานกรรมการฯ พร้อมพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าสิริภาจุฑาภรณ์ ทรงร่วมเป็นรองประธานฯ มีองค์ประกอบของคณะกรรมการจากสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย และกรม กองต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมขับเคลื่อนโครงการเป้าหมายหลักของโครงการ คือ ไม่มีคนและสัตว์เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าอย่างยั่งยืน ระยะเริ่มต้นของโครงการมีกำหนด 3 ปี (ปี พ.ศ. 2560–2563) ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการป้องกันควบคุมและดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้า

ในคน ถือว่าเป็นภารกิจสำคัญ เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงาน หากในพื้นที่ที่มีผู้เสียชีวิตก็จะทำให้ระยะเวลาในการประเมินเป็นพื้นที่ปลอดโรคเกิดความล่าช้า นอกจากจะส่งผลกับพื้นที่เกิดโรคแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อภาพรวมของประเทศอีกด้วย ดังนั้น ทุกพื้นที่ต้องมีแผนปฏิบัติงานโครงการ กิจกรรมการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด⁽¹⁾ ปี พ.ศ. 2560 จังหวัดเลยเป็น 1 ใน 33 จังหวัดของประเทศ และเป็น 1 ใน 3 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 ที่เป็นจังหวัดเสี่ยงสูงโรคพิษสุนัขบ้า (หนองคาย นครพนม เลย) จังหวัดเลยพิจารณาจากเกณฑ์เป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าปี พ.ศ. 2557–2559 (ผู้ป่วยลาวเสียชีวิตที่โรงพยาบาลเลย เดือน กรกฎาคม 2559) และเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่พบหัวสัตว์ตรวจพบโรคพิษสุนัขบ้ามากในปี พ.ศ. 2557–2559 (จำนวน 14, 11 และ 1 หัวตามลำดับ)^(2,3) ส่วนในปี พ.ศ. 2560 หัวสัตว์ตรวจพบโรคพิษสุนัขบ้า 4 หัว⁽⁴⁾

การดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้าของจังหวัดเลยที่ผ่านมาไม่มีการขับเคลื่อนเนื่องจากการขาดการวางยุทธศาสตร์

จากส่วนกลาง ในระดับจังหวัดจึงดำเนินการเฉพาะด้านเฝ้าระวัง สอบสวนควบคุมโรค และการจัดหาวัคซีนแก่ผู้สัมผัสโรคจนกระทั่งมีโครงการจึงได้มีการขับเคลื่อนตามโครงการในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ประกอบด้วย 5 กลยุทธ์⁽¹⁾ ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในคน การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน การควบคุมโรคเมื่อเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในคน การบูรณาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ มาตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม 2560 โดยมีกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ เป็นแกนหลักบูรณาการแผนร่วมกับสำนักงานปศุสัตว์จังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด ประชาสัมพันธ์จังหวัด และศึกษาธิการจังหวัด ได้วางแผนดำเนินงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2560 ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเลย การดำเนินงานมีความก้าวหน้าเป็นลำดับ⁽⁵⁾ โครงการได้ขับเคลื่อนและพัฒนามาตลอดระยะเวลา 1 ปี ดังนั้นเพื่อให้มีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องรับทราบปัญหา ข้อเสนอแนะ จึงควรศึกษาการดำเนินงานตามกลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมและดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2560

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลและพัฒนาแผนการดำเนินงานตามกลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน พื้นที่จังหวัดเลยเมื่อเริ่มโครงการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบกลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ของพื้นที่เสี่ยงโรคพิษสุนัขบ้าและพื้นที่เฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนเริ่มโครงการและขณะดำเนินโครงการ
2. เพื่อเปรียบเทียบกลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ของพื้นที่ไม่พบโรคในสัตว์ และพื้นที่พบโรคในสัตว์ เมื่อเริ่มโครงการ
3. เพื่อวิเคราะห์หากิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุด

ตามกลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ของพื้นที่ไม่พบโรคในสัตว์ และพื้นที่พบโรคในสัตว์ เมื่อเริ่มโครงการ

4. เพื่อพัฒนาการจัดทำแผนการดำเนินงานตามกลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ปีงบประมาณ 2561

คำถามของการศึกษา

หลังดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี มีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 3 มากกว่าก่อนเริ่มโครงการ หรือไม่อย่างไร และมีกิจกรรมในแต่ละกลยุทธ์ที่ดำเนินการมากหรือน้อยอย่างไร

นิยามศัพท์เฉพาะ

โครงการ หมายถึงโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี

ยุทธศาสตร์ที่ 3 หมายถึงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี

กลยุทธ์ หมายถึง กลยุทธ์ตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในคน การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน การควบคุมโรคเมื่อเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในคน บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายและการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

กิจกรรม หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการตามกลยุทธ์ จังหวัดเสี่ยง⁽¹⁾ หมายถึง

1. มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า
2. รายงานสัตว์พบเชื้อพิษสุนัขบ้าสูง
3. พื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ

พื้นที่เสี่ยง⁽¹⁾ หมายถึง อำเภอที่พบรายงานสัตว์พบเชื้อพิษสุนัขบ้า 1 ตัวอย่างขึ้นไปก่อนเริ่มโครงการ (ปีพ.ศ. 2557-2559)

พื้นที่เฝ้าระวัง⁽¹⁾ หมายถึง อำเภอที่ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิตหรือยังตรวจไม่พบสุนัขบ้าก่อนเริ่มโครงการ (ปี พ.ศ. 2557-2559)

การดำเนินงานก่อนเริ่มโครงการ หมายถึง การดำเนินงานใน ปี พ.ศ. 2557-2559

การดำเนินงานเมื่อเริ่มโครงการ หมายถึง การดำเนินงานใน ปี พ.ศ. 2560

พื้นที่พบโรคในสัตว์ เมื่อเริ่มโครงการ หมายถึง อำเภอที่พบสุนัขบ้า ในปี พ.ศ. 2560

พื้นที่ไม่พบโรคในสัตว์ เมื่อเริ่มโครงการ หมายถึง อำเภอที่ไม่พบสุนัขบ้า ในปี พ.ศ. 2560

กรอบแนวคิด

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วัตถุประสงค์	รายการ	ก่อนเริ่มโครงการ	เมื่อเริ่มโครงการ	การวิเคราะห์	สถิติที่ใช้
1. ศึกษากลยุทธ์เมื่อเริ่มโครงการ					
ข้อที่ 1	1. แบ่งพื้นที่ตามระดับความเสี่ยง				
	-พื้นที่เสี่ยง (7 อำเภอ 80 คน)	-คะแนนเฉลี่ย กลยุทธ์	-คะแนนเฉลี่ย กลยุทธ์	-เปรียบเทียบก่อนและ เมื่อเริ่มโครงการ	-Paired t-test
	-พื้นที่เฝ้าระวัง (7 อำเภอ 80 คน)	-คะแนนเฉลี่ย กลยุทธ์	-คะแนนเฉลี่ย กลยุทธ์	-เปรียบเทียบก่อนและ เมื่อเริ่มโครงการ	-Paired t-test
ข้อที่ 2	2. แบ่งพื้นที่ตามพื้นที่พบโรคพิษสุนัขบ้า				
	-ไม่พบโรค (11 อำเภอ 123 คน)		-คะแนนเฉลี่ย กลยุทธ์	เปรียบเทียบพื้นที่ไม่ พบและพบโรค	t-test
	-พบโรค (3 อำเภอ 37 คน)		-คะแนนเฉลี่ย กลยุทธ์		
ข้อที่ 3	3. กิจกรรมตามกลยุทธ์		-คะแนนเฉลี่ย กิจกรรม	เรียงลำดับจากมากไป น้อย	คะแนน เฉลี่ย
2. จัดทำแผนการดำเนินงานปี งบประมาณ 2561					
ข้อที่ 4	4. พัฒนาจัดทำแผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561		นำผลที่ได้จากข้อ 1,2 และ 3 มาพัฒนาจัดทำแผน		

ระเบียบวิธีการศึกษา

ศึกษากลยุทธ์เมื่อเริ่มโครงการ

1. ขอบเขตการศึกษา และประชากรศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษากลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ภายใต้โครงการ ศึกษาในประชากรทั้งหมดที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและควบคุมโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง 127 คน สำนักงานสาธารณสุข

อำเภอทุกอำเภอ 14 คน โรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง 14 แห่ง/19 คน (บางแห่งมีผู้รับผิดชอบ 2 คน) จำนวน 160 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2560-กุมภาพันธ์ 2561 โดยใช้แบบสอบถาม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างการลงสอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่สรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2561

2. เครื่องมือที่ใช้ศึกษาและการตรวจสอบคุณภาพ

สร้างแบบสอบถามตามกิจกรรมในแต่ละกลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินงานและผู้รับผิดชอบงานโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ตรวจสอบ แก้ไข ปรับปรุง เพื่อให้มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity) ตลอดจนการใช้ภาษาให้สื่อได้เข้าใจ จากนั้นนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและควบคุมโรค ของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.981 (ก่อนเริ่มโครงการ) และ 0.980 (เมื่อเริ่มโครงการ) ลักษณะข้อมูลที่จัดเก็บประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป สถานที่ปฏิบัติงาน การดำเนินกิจกรรมในแต่ละกลยุทธ์ ความพร้อมของการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในคน การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน การควบคุมโรคเมื่อเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในคน บุคลากรการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โดยสอบถามในช่วงการดำเนินงานก่อนเริ่มโครงการ และเมื่อเริ่มโครงการ

3. การจัดเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลจากการประชุมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและควบคุมโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในวันที่ 20 ธันวาคม 2560 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย และวันที่ 27 ธันวาคม 2560 ณ โรงแรมเลยพาเลซ จังหวัดเลย โดยการให้กรอกแบบสอบถามจากนั้นตามเก็บข้อมูลที่เหลือให้ครบถ้วนตามประชากรกลุ่มเป้าหมาย

4. สถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาจำนวน ร้อยละวิเคราะห์เปรียบเทียบการดำเนินงานตามกลยุทธ์โดยใช้ t-test วิเคราะห์ในแต่ละกลยุทธ์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และใช้เกณฑ์ของลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale)⁽⁶⁾ โดยให้คะแนนดังนี้

0 = ไม่ได้ดำเนินการ 1 = ดำเนินการน้อยที่สุด

2 = ดำเนินการน้อย 3 = ดำเนินการปานกลาง

4 = ดำเนินการมาก 5 = ดำเนินการมากที่สุด

และประเมินดังนี้

มากที่สุด = 4.21-5.00

มาก = 3.41-4.20

ปานกลาง = 2.61-3.40

น้อย = 1.41-2.60

น้อยที่สุด = 0.00-1.80

การเปรียบเทียบ โดยเปรียบเทียบกลยุทธ์ที่ 1, 2, 4 และ 5 ก่อนเริ่มโครงการเปรียบเทียบกับเมื่อเริ่มโครงการไม่ได้เปรียบเทียบกลยุทธ์ที่ 3 เนื่องจากเป็นกลยุทธ์ควบคุมโรคเมื่อเกิดโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนเริ่มโครงการพบโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ 7 อำเภอ เมื่อเริ่มโครงการพบโรค 3 อำเภอใน 7 อำเภอเดิม และเมื่อเริ่มโครงการวิเคราะห์กลยุทธ์เปรียบเทียบพื้นที่ที่ไม่พบกับพบโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ และจัดเรียงลำดับกิจกรรมที่ดำเนินการแต่ละกลยุทธ์จากมากไปหาน้อย โดยใช้ค่าเฉลี่ยการดำเนินงานของกิจกรรม

จัดทำแผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561

1. จัดทำแผน โดยเชิญผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและควบคุมโรค ของโรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ผู้แทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาสุขภาพสัตว์ สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดเลย ท้องถิ่นจังหวัดเลย และประชาสัมพันธ์จังหวัดเลย ประชุมวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2561 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เพื่อจัดทำแผนงานเฝ้าระวังป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2561 โดยนำผลที่ได้จากการศึกษากิจกรรมและกลยุทธ์จากขั้นตอนที่ 1 มาปรับแก้ไขในส่วนที่การดำเนินงานยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

2. เสนอแผน นำแผนที่ได้เสนอเพื่อขอพิจารณาอนุมัติต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเลย ในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2561 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

ผลการศึกษา

ศึกษากลยุทธ์เมื่อเริ่มโครงการ

พื้นที่เสี่ยงและพื้นที่เฝ้าระวัง ในจังหวัดเลย มี 7 อำเภอ เท่ากัน จำนวนผู้ที่ตอบแบบสอบถามพื้นที่ละ 80 คน ข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พื้นที่เสี่ยงร้อยละ 78.75 พื้นที่เฝ้าระวังร้อยละ 80.00) อายุเฉลี่ย 36 ปี (พื้นที่เสี่ยง 36.01 ปี พื้นที่เฝ้าระวัง 36.90 ปี) อายุการทำงานเฉลี่ย 13.36 ปี เท่ากัน ส่วนมากเป็นเพศหญิง (พื้นที่เสี่ยงเพศหญิงร้อยละ 65.00 พื้นที่เฝ้าระวังร้อยละ 62.50) จบปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ (พื้นที่เสี่ยงร้อยละ 86.25 พื้นที่เฝ้าระวังร้อยละ 88.75) ตำแหน่งพยาบาล (พื้นที่เสี่ยงร้อยละ 43.75 พื้นที่เฝ้าระวังร้อยละ 46.25) ทุกคน

รับผิดชอบงานโรคพิษสุนัขบ้า อายุทำงานระดับวิทยาลัยพื้นที่เสี่ยงเฉลี่ย 5.69 ปี พื้นที่เฝ้าระวัง 4.96 ปี ทำงานโรคพิษสุนัขบ้า พื้นที่เสี่ยงเฉลี่ย 5.60 ปี พื้นที่เฝ้าระวัง 4.84 ปี เปรียบเทียบกลยุทธ์ต่าง ๆ ก่อนเริ่มโครงการกับเมื่อเริ่มโครงการ ในพื้นที่เสี่ยง และเฝ้าระวัง พบว่า ค่าเฉลี่ยการดำเนินงานตามกลยุทธ์ต่าง ๆ 4 กลยุทธ์ (ยกเว้นกลยุทธ์ที่ 3) ทุกกลยุทธ์ เมื่อเริ่มโครงการ มีการดำเนินการมากกว่าก่อนเริ่มโครงการทั้งพื้นที่เสี่ยง พื้นที่เฝ้าระวัง และภาพรวมของจังหวัด โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 พื้นที่เสี่ยง คะแนนค่าเฉลี่ยก่อนเริ่มโครงการอยู่ที่ 2.33-3.75 และเมื่อเริ่มโครงการอยู่ที่ 2.58-4.08 พื้นที่เฝ้าระวัง คะแนนค่าเฉลี่ยก่อนเริ่มโครงการ อยู่ที่ 2.30-3.66 และเมื่อเริ่มโครงการ อยู่ที่ 2.37-4.01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการดำเนินงานตามกลยุทธ์ต่าง ๆ ระหว่างก่อนเริ่มโครงการกับเมื่อเริ่มโครงการ ในพื้นที่เสี่ยง และเฝ้าระวัง

กลยุทธ์	ก่อนเริ่มโครงการ (n=80 คน)			เมื่อเริ่มโครงการ (n=80 คน)			ค่าสถิติ	
	$\bar{x}$	SD	ความหมาย	$\bar{x}$	SD	ความหมาย	t-test	p-value
พื้นที่เสี่ยง								
กลยุทธ์ที่ 1 การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในคน	3.38	0.78	ปานกลาง	4.07	0.79	มาก	14.065	.000
กลยุทธ์ที่ 2 การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	3.75	1.02	มาก	4.08	1.15	มาก	10.311	.000
กลยุทธ์ที่ 3 การควบคุมโรคเมื่อเกิดโรค	4.13	1.05	มาก					
	พบโรค 7 อำเภอ			พบโรค 3 ใน 7 อำเภอที่เป็นอำเภอเดิมของปีพ.ศ. 2557-2559				
กลยุทธ์ที่ 4 การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย	3.52	0.80	มาก	3.88	0.81	มาก	5.460	.000
กลยุทธ์ที่ 5 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	2.47	0.78	น้อย	2.82	0.91	ปานกลาง	6.882	.000
กลยุทธ์ที่ 5.1 জন.รับสื่อ ปชส	2.65	0.84	ปานกลาง	2.99	0.89	ปานกลาง	5.513	.000
กลยุทธ์ที่ 5.2 ผลิตสื่อ ปชส. ปชช.	2.33	0.78	น้อย	2.58	0.87	น้อย	4.778	.000
กลยุทธ์ที่ 5.3 เผยแพร่ ปชส. ปชช.	2.42	0.87	น้อย	2.89	1.08	ปานกลาง	9.324	.000

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการดำเนินงานตามกลยุทธ์ต่าง ๆ ระหว่างก่อนเริ่มโครงการกับเมื่อเริ่มโครงการในพื้นที่เสี่ยง และเฝ้าระวัง (ต่อ)

กลยุทธ์	ก่อนเริ่มโครงการ (n=80 คน)			เมื่อเริ่มโครงการ (n=80 คน)			ค่าสถิติ	
	$\bar{x}$	SD	ความหมาย	$\bar{x}$	SD	ความหมาย	t-test	p-value
<u>พื้นที่เฝ้าระวัง</u>								
กลยุทธ์ที่ 1 การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในคน	3.40	0.78	ปานกลาง	3.82	0.90	มาก	8.631	.000
กลยุทธ์ที่ 2 การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	3.66	0.50	ปานกลาง	4.01	0.41	มาก	10.469	.000
กลยุทธ์ที่ 3 การควบคุมโรคเมื่อเกิดโรค	ไม่พบโรค							
กลยุทธ์ที่ 4 การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย	3.45	0.47	มาก	3.87	0.83	มาก	7.163	.000
กลยุทธ์ที่ 5 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	2.40	0.62	น้อย	2.56	0.67	น้อย	5.989	.000
กลยุทธ์ที่ 5.1 จนท.รับสื่อ ปชส	2.57	0.54	น้อย	2.91	0.77	ปานกลาง	6.557	.006
กลยุทธ์ที่ 5.2 ผลิตสื่อ ปชส. ปชช.	2.33	0.59	น้อย	2.41	0.60	น้อย	2.556	.005
กลยุทธ์ที่ 5.3 เผยแพร่ ปชส. ปชช.	2.30	0.88	น้อย	2.37	0.89	น้อย	2.695	.005
<u>พื้นที่จังหวัดเลย</u>								
กลยุทธ์ที่ 1 การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในคน	3.40	0.78	ปานกลาง	3.94	0.75	มาก	15.391	.000
กลยุทธ์ที่ 2 การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	3.70	0.80	มาก	4.05	.859	มาก	14.736	.000
กลยุทธ์ที่ 3 การควบคุมโรคเมื่อเกิดโรค	3.88	0.88	มาก					
	พบโรค 7 อำเภอ							
กลยุทธ์ที่ 4 การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย	3.49	0.66	มาก	3.88	0.82	มาก	8.848	.000
กลยุทธ์ที่ 5 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	2.43	0.70	น้อย	2.69	0.80	ปานกลาง	8.641	.000
กลยุทธ์ที่ 5.1 จนท.รับสื่อ ปชส	2.61	0.70	ปานกลาง	2.95	0.83	ปานกลาง	8.470	.000
กลยุทธ์ที่ 5.2 ผลิตสื่อ ปชส. ปชช.	2.33	0.69	น้อย	2.50	0.75	น้อย	8.303	.000
กลยุทธ์ที่ 5.3 เผยแพร่ ปชส. ปชช.	2.36	0.87	น้อย	2.63	1.02	ปานกลาง	8.315	.000

ในปีที่เมื่อเริ่มโครงการ พื้นที่ไม่พบโรคในสัตว์ กับพื้นที่พบโรคในสัตว์ พื้นที่ไม่พบโรคมี 11 อำเภอ ตอบแบบสอบถาม 123 คน อำเภอพบโรคมี 3 อำเภอ ตอบแบบสอบถาม 37 คน ข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนมากทำงานอยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พื้นที่ไม่พบโรค ร้อยละ 78.86 พื้นที่พบโรค ร้อยละ 81.08) อายุเฉลี่ยเท่าๆกันทั้งสองพื้นที่ (พื้นที่ไม่พบโรค 36.63 ปี พื้นที่พบโรค 35.86 ปี) เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (พื้นที่ไม่พบโรคเพศหญิงร้อยละ 64.23 พื้นที่พบโรคร้อยละ 62.16) ส่วนมากจบปริญญาตรี (พื้นที่ไม่พบโรคร้อยละ 87.81 พื้นที่พบโรคร้อยละ 86.49) ทุกคนรับผิดชอบงานโรคพิษสุนัขบ้าอายุ

ทำงานระดับวิทยา พื้นที่ไม่พบโรคเฉลี่ย 4.52 ปี พื้นที่พบโรค 7.16 ปี ทำงานโรคพิษสุนัขบ้า พื้นที่ไม่พบโรคเฉลี่ย 4.63 ปี พื้นที่พบโรค 7.16 ปี เปรียบเทียบการดำเนินงานตามกลยุทธ์ต่างๆ ในพื้นที่ไม่พบโรค และพื้นที่พบโรค เมื่อเริ่มโครงการ พบว่า ค่าเฉลี่ยการดำเนินงานตามกลยุทธ์ต่างๆ 5 กลยุทธ์ (ยกเว้นกลยุทธ์ที่ 3 ไม่ได้เปรียบเทียบเพราะเมื่อเริ่มโครงการ พื้นที่ไม่พบโรคไม่ได้มีกิจกรรมการดำเนินงานในกลยุทธ์นี้) ทุกกลยุทธ์พื้นที่พบโรค ดำเนินการมากกว่า พื้นที่ไม่พบโรค โดยนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 ค่าเฉลี่ยกลยุทธ์ของพื้นที่ไม่พบโรคอยู่ที่ 2.29-3.81 และพื้นที่พบโรคอยู่ที่ 3.07-4.86 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการดำเนินงานตามกลยุทธ์พื้นที่ไม่พบโรคในสัตว์กับพื้นที่พบโรคในสัตว์ เมื่อเริ่มโครงการ

กลยุทธ์	พื้นที่ไม่พบโรค(n=123 คน)			พื้นที่พบโรค (n=37 คน)			ค่าสถิติ	
	x	SD	ความหมาย	x	SD	ความหมาย	t-test	p-value
กลยุทธ์ที่ 1 การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในคน	3.79	0.79	มาก	4.46	0.25	มากที่สุด	8.203	.000
กลยุทธ์ที่ 2 การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	3.81	0.83	มาก	4.86	0.22	มากที่สุด	12.627	.000
กลยุทธ์ที่ 3 การควบคุมโรคเมื่อเกิดโรค	ไม่พบโรคในสัตว์			4.55	0.55	มากที่สุด	ไม่พบโรคในสัตว์	
กลยุทธ์ที่ 4 การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย	3.78	0.81	มาก	4.19	0.77	มาก	2.756	.004
กลยุทธ์ที่ 5 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์	2.46	0.75	น้อย	3.45	0.41	มาก	10.251	.000
กลยุทธ์ที่ 5.1 จนท.รับสื่อ ปชส	2.77	0.85	ปานกลาง	3.53	0.37	มาก	7.760	.000
กลยุทธ์ที่ 5.2 ผลิตสื่อ ปชส. ปชช.	2.32	0.70	น้อย	3.07	0.59	ปานกลาง	6.401	.000
กลยุทธ์ที่ 5.3 เผยแพร่ ปชส. ปชช.	2.29	0.88	น้อย	3.74	0.48	มาก	12.892	.000

ในกลยุทธ์ที่ 1 พื้นที่ไม่พบโรคในสัตว์ กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุดสามลำดับแรก คือ ข้อมูล ตามโปรแกรม ร.36 สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (คะแนนเฉลี่ย 3.94) รองลงมาได้รับผิดชอบโปรแกรม ร.36 และมีการใช้โปรแกรม ร.36 ในการติดตามผู้สัมผัสโรคตามลำดับ (คะแนนเฉลี่ย 3.88 และ 3.85) ส่วนพื้นที่พบโรค มีการใช้โปรแกรม ร.36 ใช้ในการติดตามผู้สัมผัสโรค (คะแนนเฉลี่ย 4.73) ข้อมูลในโปรแกรม ร.36

รองลงมาครอบคลุมผู้สัมผัสทุกราย และมีการพัฒนาระบบข้อมูลและใช้ ร.36 ในการลงทะเบียนผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (คะแนนเฉลี่ย 4.70 และ 4.68)

ในกลยุทธ์ที่ 2 พื้นที่ไม่พบโรคในสัตว์ กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุดสามลำดับแรก คือ มีการให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลมีวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพียงพอ และมีการพัฒนา

ศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความรู้ในการดูแลรักษาอย่างถูกต้องตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า (คะแนนเฉลี่ย 4.05, 3.98 และ 3.80) ส่วนพื้นที่พบโรคโรงพยาบาลมีวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพียงพอ กรณีที่ต้องให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าล่วงหน้าสำหรับบุคลากรสาธารณสุข/ปศุสัตว์ที่ต้องเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ระบาด โรงพยาบาลมีวัคซีนอย่างเพียงพอในกลุ่มนี้ มีการให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และโรงพยาบาล มีอิมโมโนโกลบูลิน (ฉีดรอบแผล) เพียงพอ (คะแนนเฉลี่ย 4.97, 4.97, 4.84 และ 4.84 ตามลำดับ)

ในกลยุทธ์ที่ 3 ดำเนินการเฉพาะพื้นที่พบโรค กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ กรณีผลการชันสูตรโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขให้ผลยืนยันติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า หน่วยงานสาธารณสุข/ปศุสัตว์/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกสอบสวนร่วมกัน มีแนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้สัมผัสโรคระหว่างโรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกรณีพบผู้ป่วยสงสัย/ผู้ป่วยยืนยันในคน หน่วยงานสาธารณสุข/ปศุสัตว์/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกสอบสวนโรคร่วมกัน (คะแนนเฉลี่ย 4.89, 4.86 และ 4.57 ตามลำดับ)

ในกลยุทธ์ที่ 4 พื้นที่ไม่มีพบโรคในสัตว์ กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุดสามลำดับแรก คือ มีการบูรณาการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคน/สัตว์ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข/ปศุสัตว์/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับปศุสัตว์/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปในทิศทางเดียวกัน (คะแนนเฉลี่ย 3.95, 3.89 และ 3.79 ตามลำดับ) ส่วนพื้นที่พบโรคในสัตว์ คือ มีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับปศุสัตว์/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปในทิศทางเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคน/สัตว์ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข/

ปศุสัตว์/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการออกข้อบัญญัติ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า (คะแนนเฉลี่ย 4.35, 4.27 และ 4.27 ตามลำดับ)

ในกลยุทธ์ที่ 5 มี 3 กิจกรรมหลัก พื้นที่ไม่มีพบโรคในสัตว์ กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่รับสื่อประชาสัมพันธ์ ผลิตสื่อประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนและเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ความรู้แก่ประชาชน (คะแนนเฉลี่ย 2.77, 3.32 และ 2.29 ตามลำดับ) สำหรับพื้นที่พบโรค กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุด เผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ความรู้แก่ประชาชน เจ้าหน้าที่รับสื่อประชาสัมพันธ์ และผลิตสื่อประชาสัมพันธ์แก่ประชาชน (คะแนนเฉลี่ย 3.74, 3.53 และ 3.07 ตามลำดับ)

การนำกลยุทธ์ไปปรับใช้ในการควบคุมโรค กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะว่า ควรนำไปปรับใช้ในการควบคุมโรคในเรื่องการให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาคือ ระบบการติดตามผู้ป่วยมารับยา และระบบฐานข้อมูลตามลำดับ สำหรับโรคเรื้อน สามารถนำไปปรับใช้ในการควบคุมโรคคือ ระบบการเฝ้าระวังป้องกันโรคมากที่สุด รองลงมาคือ การให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์

กลยุทธ์ที่สำคัญมากที่สุดมีผู้ตอบแบบสอบถาม 160 คน พบว่า การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าสำคัญที่สุด รองลงมาคือ การป้องกัน การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย และการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน ตามลำดับ

กลยุทธ์ที่ยากที่สุดในการดำเนินงาน ผู้ตอบแบบสอบถาม 160 คน ตอบทุกกลยุทธ์พบว่า กลยุทธ์ที่ยากที่สุดในการดำเนินงาน คือ บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย รองลงมา คือ การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ตามลำดับ

ระหว่างการทำงานเมื่อเริ่มโครงการ พบโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ 3 อำเภอ (ด่านซ้าย นาหว้า เอร่าวัน) ออกสอบสวนโรคพบว่า แบบสอบสวนโรคไม่มีรายละเอียดให้บันทึกข้อมูลผู้สัมผัสโรคย้อนหลัง 1 ปี ทำให้ไม่สามารถตรวจสอบ/ติดตามผู้สัมผัสโรคได้ครบชุดทุกคน

จึงได้จัดทำแบบเก็บข้อมูลผู้สัมผัสเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2561 ได้ทดลองนำไปใช้ที่อำเภอนาหว้าและท่าลี่ ซึ่งเป็นพื้นที่พบโรค ได้ติดตามพบว่าข้อมูลผู้สัมผัสโรคได้ครบถ้วนมากขึ้นซึ่งเดิมไม่มีข้อมูลส่วนนี้

จัดทำแผนการดำเนินงาน

ได้เชิญผู้เกี่ยวข้อง ประชุมวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2561 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เพื่อจัดทำแผนงานเฝ้าระวังป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าจังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2561 เพื่อทำความเข้าใจและเร่งรัดให้มีการดำเนินงานให้ครอบคลุม ครบถ้วน ตามแผน โดยนำผลที่ได้จากการศึกษากิจกรรมและกลยุทธ์จากขั้นตอนที่ 1 มาปรับแก้ไขในส่วนที่การดำเนินงานที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ได้แผนบูรณาการ “แผนงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าจังหวัดเลย ปีงบประมาณ 2561” ประกอบด้วยกิจกรรมหลักดังนี้ กิจกรรมหลักตามยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ได้แก่ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ทุกระดับ การประชาสัมพันธ์เพื่อถ่ายทอดความรู้ด้านโรคพิษสุนัขบ้าอย่างมีประสิทธิภาพให้แก่ประชาชน และการจัดทำและประกาศใช้ข้อบัญญัติ และเทศบัญญัติ กิจกรรมหลักตามยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคในคน การป้องกันโรคในคน การควบคุมโรคเมื่อเกิดโรคพิษสุนัขบ้า กรณีผู้เสียชีวิต และกรณีพบโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ (ดำเนินการทุกอำเภอ) และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โรคพิษสุนัขบ้า จากนั้น นำเสนอแผนเพื่อขออนุมัติต่อคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเลย ในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2561 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เพื่อพิจารณาอนุมัติแผน และแผนดังกล่าว ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการต่อไป

สรุปและวิจารณ์

ในประเทศไทยยังคงมีคนและสัตว์เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเป็นจำนวนไม่น้อย ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิต ทรัพยากรและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการป้องกันและ

ควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าจะต้องมีความชัดเจนด้านนโยบาย เป้าหมาย และกลยุทธ์ การศึกษาค้นคว้าพบว่าหลังดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี มีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 3 มากกว่าก่อนเริ่มโครงการ และยังพบอีกว่าเมื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานตามกลยุทธ์ต่างๆ ระหว่างก่อนเริ่มโครงการ กับเมื่อเริ่มโครงการในพื้นที่เสี่ยงและเฝ้าระวัง พบว่าการดำเนินงานตามกลยุทธ์เมื่อเริ่มโครงการ ดำเนินการมากกว่าก่อนเริ่มโครงการ เปรียบเทียบการดำเนินงานตามกลยุทธ์ต่างๆ ในพื้นที่ไม่พบโรค และพื้นที่พบโรค เมื่อเริ่มโครงการ พื้นที่พบโรคมีการดำเนินการมากกว่าพื้นที่ไม่พบโรค โดยพบว่าค่าเฉลี่ยการดำเนินการตามกลยุทธ์ต่างๆ 5 กลยุทธ์ (ยกเว้นกลยุทธ์ที่ 3 ไม่ได้เปรียบเทียบเนื่องจากในปี พ.ศ. 2560 พื้นที่ไม่พบโรค ไม่ได้มีกิจกรรมการดำเนินงานในกลยุทธ์นี้) ทุกกลยุทธ์ในพื้นที่พบโรค ดำเนินการมากกว่า พื้นที่ไม่พบโรค โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลของการที่มีโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์อัครราชกุมารี ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการป้องกันควบคุมและดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ที่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2560 มีการดำเนินงานในพื้นที่พบโรคเข้มข้นมากขึ้น ส่งผลให้การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคดีขึ้นกว่าเดิม ตามการศึกษาของ อังษณา ยศปัญญา และสมจิตร วิจิตรจันทร์⁽⁵⁾ เรื่องการพัฒนางานหลักฐานวิจัยภายใต้พระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2560 ข้อมูลจากการวิเคราะห์กลยุทธ์ได้นำไปประชุมชี้แจงให้เห็นข้อเท็จจริง ว่าไม่ควรจะรอให้เกิดโรค ต้องดำเนินการทั้งพื้นที่ไม่พบโรคและพบโรค ไม่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรค ที่ดีขึ้นกว่าเดิม

การวิเคราะห์กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุดตามกลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ของพื้นที่ไม่พบโรคในสัตว์และที่พบโรคในสัตว์ พบว่าเมื่อเริ่มโครงการ ในกลยุทธ์ที่ 1 พื้นที่ไม่พบโรคในสัตว์ กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุดคือ ข้อมูลตามโปรแกรม ร. 36 สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนพื้นที่พบโรค มีการใช้โปรแกรม ร.36 ในการติดตามผู้สัมผัสโรค ข้อมูลในโปรแกรม ร.36 ครอบคลุมผู้สัมผัสทุกคน ในกลยุทธ์ที่ 2 พื้นที่ไม่พบโรคในสัตว์ กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุดคือ มีการให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังโรค ส่วนพื้นที่พบโรค โรงพยาบาลมีวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพียงพอ ในกลยุทธ์ที่ 3 ดำเนินการเฉพาะพื้นที่พบโรค กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุดคือ กรณีผลการชันสูตรโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขให้ผลยืนยันติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า หน่วยงานสาธารณสุข/ปศุสัตว์/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกสอบสวนร่วมกัน ในกลยุทธ์ที่ 4 พื้นที่ไม่พบโรคในสัตว์ กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุดคือ มีการบูรณาการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกัน ส่วนพื้นที่พบโรคในสัตว์คือ มีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับปศุสัตว์/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไปในทิศทางเดียวกัน ในกลยุทธ์ที่ 5 มี 3 กิจกรรมหลัก พื้นที่ไม่พบโรคในสัตว์ กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่รับสื่อประชาสัมพันธ์ สำหรับพื้นที่พบโรค กิจกรรมที่ดำเนินการมากที่สุดคือ การเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ ความรู้แก่ประชาชน ซึ่งในแต่ละกิจกรรมแม้ว่าพื้นที่ไม่พบโรคจะดำเนินการในกิจกรรมที่มากที่สุดไม่เหมือนกับพื้นที่พบโรคก็ตาม แต่การดำเนินการส่วนใหญ่ก็อยู่ในระดับมาก จะมีกลยุทธ์ที่ 5 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ที่การดำเนินงานอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ทางพื้นที่ควรจะต้องมีการดำเนินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้มากกว่านี้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอังศนุยา ศปัญญา และสมจิตร วิจิตรจันทร์⁽⁵⁾ ที่ทำการศึกษาการพัฒนางานหลักสู่งานวิจัย ภายใต้พระปณิธานฯ พบว่าประชากรจังหวัดเลย มีความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในระดับดีมากเพียงร้อยละ 26.90 จากการเข้าไปติดตามการดำเนินงานสอบสวนโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ในพื้นที่จังหวัด

เลย พบว่า ผู้สัมผัสโรคในรอบปีที่ผ่านมาไม่มีข้อมูลบันทึกในแบบสอบสวนโรค จึงได้มีการปรับปรุงแบบสอบสวนโรคให้มีข้อมูลและบันทึกให้ครบถ้วน โดยได้ทดลองนำไปใช้ และได้ติดตามพบว่าข้อมูลผู้สัมผัสโรคครบถ้วน ซึ่งเดิมไม่มีข้อมูลส่วนนี้ การเก็บข้อมูลผู้สัมผัสโรคย้อนหลัง 1 ปี สอดคล้องกับการบรรยายของรัตน ธีระวัฒน์⁽⁷⁾ ตามโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาประเด็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญแก่ภาคเครือข่ายในพื้นที่เสี่ยงเป้าหมาย จังหวัดเลย ในวันที่ 27 ธันวาคม 2560 ณ โรงแรมเลย พาเลซ อำเภอเมือง จังหวัดเลย ที่กล่าวว่า ระยะฟักตัวของโรคพิษสุนัขบ้าในคนสั้นสุด 7 วัน ยาวสุด 1 ปี มีผู้เสนอการนำกลยุทธ์ไปปรับใช้กับวัณโรคและโรคเรื้อน พบว่าวัณโรค คือใช้ในการให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์มากที่สุด สำหรับโรคเรื้อน นำไปปรับใช้มากที่สุดคือระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ซึ่งทั้ง 2 กลยุทธ์มีความสำคัญที่ต้องดำเนินการ

ในความคิดเห็นของประชากรที่ศึกษา กลยุทธ์ดำเนินงานที่สำคัญมากที่สุดคือ การเฝ้าระวังโรค กลยุทธ์ที่ยากที่สุดในการดำเนินงาน คือ บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย ซึ่งที่ผ่านมาการดำเนินงานของกลยุทธ์นี้ค่อนข้างน้อย เพราะมีความยุ่งยากในการประสานงานเจ้าหน้าที่ต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของจังหวัดเลย ยังไม่สามารถบรรลุตามกลยุทธ์ที่วางไว้ทุกกิจกรรมหลักทั้งนี้อาจเนื่องจากการดำเนินงานมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง อาศัยความร่วมมือและงบประมาณจากหลายหน่วยงาน รวมทั้งแรงผลักดันการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการพัฒนากิจกรรมและแรงกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ต้องบูรณาการแผนควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าให้มีความสอดคล้องกับนโยบายของแต่ละภาคส่วน ใช้แผนเป็นตัวขับเคลื่อน และประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ ซึ่งคาดว่าโครงการนี้ จะสำเร็จได้ตามพระปณิธานฯ ซึ่งสอดคล้องกับเอกกมล เอี่ยมศรี⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของโครงการ พบว่าปัจจัยความสำเร็จของโครงการที่สำคัญคือ การวางแผนที่ดี การสื่อสารที่เหมาะสม

สม การจัดการผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การมีระบบวัดประสิทธิภาพที่ดี การสำรวจความคิดเห็นต่อโครงการอย่างต่อเนื่อง และการตรวจสอบข้อกฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษากิจกรรม/กลยุทธ์ได้นำไปจัดทำแผนบูรณาการปีงบประมาณ 2561 ให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมายของโครงการ

ข้อเสนอแนะ

สำหรับส่วนกลาง

1. ต้องมีการประชาสัมพันธ์อย่างเข้มแข็งในวงกว้างอย่างต่อเนื่อง ผ่านทาง สถานีโทรทัศน์ เว็บไซต์ ต่าง ๆ รวมทั้งผ่านทางบุคคลสำคัญ ๆ ที่ประชาชนเชื่อถือและศรัทธา เพื่อกระตุ้นจิตสำนึกให้ประชาชนเข้าใจและพร้อมที่จะร่วมมือและช่วยป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ไม่ว่าจะเป็นการยอมรับให้ใช้มาตรการทางกฎหมาย การเลี้ยงสัตว์อย่างรับผิดชอบ ไม่เพิ่มจำนวนสุนัขจรจัดโดยการนำไปปล่อย
2. ออกมาตรการเสริมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการฉีดวัคซีนให้แก่สุนัข ซึ่งเป็นตัวแพร่กระจายโรคที่สำคัญและใกล้ชิดกับคน เช่น การรณรงค์กระตุ้นเตือนให้ประชาชนนำสุนัขไปฉีดวัคซีน การให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและร่วมมือกันที่จะทำให้สุนัขทุกตัวในชุมชนได้รับวัคซีน

สำหรับจังหวัดเลย

1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนงาน
2. ขับเคลื่อนให้ทุกพื้นที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินการตามกิจกรรม กลยุทธ์ไม่แตกต่างกัน
3. ควรมีการศึกษาผลของการดำเนินการตามกลยุทธ์อย่างต่อเนื่อง
4. นำผลการศึกษากลยุทธ์มาปรับการจัดทำแผนการดำเนินงาน
5. ควรศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการให้ความรู้แก่ประชาชนและกลุ่มต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย

ที่สนับสนุนการศึกษา ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินงานและผู้รับผิดชอบงานโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่ตรวจสอบ แก้ไข ปรับปรุงเครื่องมือในการศึกษา

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและควบคุมโรค ของหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ที่กรุณาเป็นตัวอย่างในการทดสอบเครื่องมือ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และอำนวยความสะดวกแก่คณะผู้ทำการศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560.
2. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. สรุปผลการตรวจราชการแบบบูรณาการเพื่อติดตามการดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ 10 (นายอิสระ ศิริวิทยา) ครั้งที่ 2 วันที่ 25 กรกฎาคม 2560 ณ ห้องประชุมชั้น 5 ศาลากลางจังหวัดเลย อำเภอเมืองจังหวัดเลยปีพ.ศ. 2560; (เอกสารอัดสำเนา).
3. กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพสัตว์ สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดเลย. สรุปผลการตรวจราชการแบบบูรณาการเพื่อติดตามการดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ 10 (นายอิสระ ศิริวิทยา) ครั้งที่ 2 วันที่ 25 กรกฎาคม

2560 ณ ห้องประชุมชั้น 5 ศาลากลางจังหวัดเลย
อำเภอเมือง จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2560; (เอกสารอัด
สำเนา).

4. ศูนย์วิจัยและพัฒนาการสัตวแพทย์ภาคตะวันออก
เฉียงเหนือตอนบน กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตร
และสหกรณ์. ผลการตรวจโรคพิษสุนัขบ้า โดยวิธี
Fluorescent Antibody Technique (FAT) ในสมอง
สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่ได้รับรองตามมาตรฐาน ISO/
IEC 17025:2005.2560; (เอกสารอัดสำเนา).
5. อังษณา ยศปัญญา, สมจิตร วิจิตรจันทร์. การพัฒนา
งานหลักสู่งานวิจัย ภายใต้พระปณิธานศาสตราจารย์
ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์
อัครราชกุมารี ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คน
ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดเลย ปี พ.ศ.
2560; 2560. (เอกสารอัดสำเนา).
6. Likert, Rensis A. New Patterns of Mangement.
New York; McGraw-Hill Book Company inc;
1961.
7. รัตนา อีระวัฒน์. การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนา
ประเด็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญแก่ภาคีเครือข่ายใน
พื้นที่เสี่ยงเป้าหมายจังหวัดเลย วันที่ 27 ธันวาคม
2560 ณ ห้องจามจุรี โรงแรมเลยพาเลซ อำเภอเมือง
จังหวัดเลย; 2560. (เอกสารอัดสำเนา).
8. เอกกมล เอี่ยมศรี. ปัจจัยความสำเร็จของโครงการ.
[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 มกราคม
2561]. เข้าถึงได้จาก [http://www.okanation.net//
blog/Project Management](http://www.okanation.net//blog/Project%20Management).

การดำเนินงานตามนโยบายจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร ในระยะเริ่มต้นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี 2556

The first phase implementation of health clinic for farmer policy
in tambon health promoting hospital in the 8
upper northern provinces, 2013

เมตตา คำอินทร์ วท.ม. (การพัฒนาภูมิสังคมอย่างยั่งยืน)

Metta Khumin M.Sc. (Geosocial Based Sustainable Development)

ชาญณรงค์ ชัยสุวรรณ ส.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

Channarong Chaisuwan B.P.H. (Occupational Health and Safety)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

Office of Disease Prevention and Control, 1 Chiang Mai

บทคัดย่อ

ในปี 2556 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ได้นำนโยบายจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สู่การปฏิบัติในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน วัตถุประสงค์ของการศึกษาคือทำให้ทราบความก้าวหน้าในการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรของ รพ.สต. และเพื่อทราบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานคลินิกสุขภาพเกษตรกรของ รพ.สต. การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed method) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ รพ.สต. 8 แห่ง ซึ่งเลือกให้เป็นพื้นที่ศึกษาโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดละ 1 แห่ง ดำเนินการระหว่างพฤษภาคม - มิถุนายน 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกสุขภาพเกษตรกรของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากแบบสัมภาษณ์

ผลการศึกษา พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่ง ยังไม่สามารถดำเนินกิจกรรมการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรตามมาตรฐานระดับเริ่มต้นได้ครบทั้ง 6 กิจกรรมโดยพบว่าการดำเนินงานได้มากที่สุด ได้แก่ การคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานร้อยละ 75 การรายงานผลการดำเนินงานร้อยละ 75 และกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกร/แรงงานในชุมชน ร้อยละ 37.50 ส่วนกิจกรรมที่ยังไม่มี รพ.สต.ใดสามารถดำเนินงานได้เลย ได้แก่ การเปิดคลินิกบริการสุขภาพเกษตรกร 1 วันต่อสัปดาห์ การจัดให้มีระบบข้อมูลกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพในฐานะข้อมูลของ รพ.สต. และการจัดกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพ อุปสรรคของการดำเนินงาน ได้แก่ นโยบายที่ไม่ชัดเจน การส่งอุปกรณ์และสื่อให้พื้นที่ล่าช้า การขาดการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและการนิเทศติดตาม บุคลากรที่ไม่เพียงพอตลอดจนไม่ได้รับการฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับโรคจากการทำงาน และประชาชนในพื้นที่ไม่ตระหนักในการป้องกันดูแลสุขภาพตนเอง การดำเนินงานที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายอาจเกิดจากการถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางลงสู่ระดับเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดล่าช้า ความไม่ชัดเจนในแนวทางการจัดบริการที่มีเพียงหนังสือสั่งการแต่ไม่มีรายละเอียดของแนวทางการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร และการขาดการศึกษาถึงความพร้อมของ รพ.สต. ก่อนสั่งการให้มีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการประเมินความพร้อมของหน่วยงานผู้รับนโยบายก่อนสั่งการ ควรมีการชี้แจงถ่ายทอดนโยบายให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในภาพรวมระดับประเทศ ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินการควรมีการนิเทศ

ติดตาม และให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่หน่วยงานผู้รับนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรค ให้ข้อเสนอแนะ และหาแนวทางในการปรับปรุงวิธีดำเนินการเพื่อให้เกิดผลสำเร็จ สำหรับรูปแบบของคลินิกสุขภาพเกษตรกรควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้ การดำเนินงานระยะแรกควรมุ่งเน้นในด้านคุณภาพของบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร และเน้นการพัฒนาศักยภาพของ รพ.สต. ให้สามารถจัดบริการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะของพื้นที่ อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนในการดำเนินงาน

คำสำคัญ: คลินิกสุขภาพเกษตรกรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

In 2013, Office of Disease Prevention and Control 1 ChiangMai has applied the health clinic for farmer policy into practice in Tambon Health Promoting Hospital (THPH) that located in the 8 northern most provinces of Thailand. The objectives of this study were to know about the progression of first phase implementation of the service provision of the health clinic for farmer in THPH and to recognize the problems in operating the clinics. This study was conducted using both quantitative and qualitative methods (mixed method). The 8 THPHs under studied were sampled by the provincial public health office of each province, one site per one province. The study was conducted during May–June 2013. The data collection tools included the evaluation form on health clinic for farmer issued by the Bureau of Occupational and Environmental Diseases, the interview guide, and the observation check list form. Quantitative data was analyzed using descriptive statistics and qualitative data was analyzed using content analysis technique.

The result showed that none of the 8 THPHs was able to operate all 6 standard activities of the basic level health clinic for farmer. The activity that was able to operate the most was health screening per risk from work (75%), report the performance of the clinic (75%), and screening for health risk from farming/workplace in the community (37.5%). The activities that none of the THPHs could operate included: provision of one clinic day per week; inclusion of occupational health database into THPH's database system; and provision prevention and control of health hazard activities. The main obstacle for the implementation of health clinic for farmer were the unsettled policy, lack and delayed delivery of needed support materials, lack of budget and supervision, inadequate staffing, lack of refresh training for the staff, and lack of awareness on the self-care and disease prevention among the community members. This un-achievement might happen because of delayed deployment of policy from central level to provincial level, the unsettled policy on the operation with no proper instruction, no study on the capacity of THPH prior to policy implementation.

Suggestions for future operation included evaluation of the operating bodies before launching any new policy, clear dispatch to provincial public health offices nationwide at the central level. There should be adequate monitoring and technical support especially at the beginning phase of the operation. This would help learning the obstacle which would lead to proper advice and guideline to improve the service for the operating bodies. The operation pattern at the clinic should be flexible and take into account the local context. The first phase of implementation should emphasize on the quality of the health clinic for farmer and capacity building of the THPH staff to adapt for the specific need of the locality. This would lead to sustainable operation.

Keywords: health clinic for farmers, Tambon Health Promoting Hospital

บทนำ

ปี 2556 กรมควบคุมโรค มีนโยบายภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาและร่วมมือกับเครือข่ายภายในและนานาชาติ และให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สนับสนุนเครือข่ายระดับจังหวัด โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีการดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยแก่กลุ่มแรงงานในชุมชนโดยในระยะแรกให้ดูแลกลุ่มเกษตรกร โดยมีการจัดตั้งคลินิกสุขภาพเกษตรกรใน รพ.สต.ทั่วประเทศ จังหวัดละ 1 แห่ง (1 รพ.สต./จังหวัด)⁽¹⁾ การดำเนินงานจัดบริการด้านสุขภาพให้กับแรงงานในชุมชนทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยมุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุมโรคและการเฝ้าระวังสุขภาพ โดยมีการประเมินความเสี่ยงในการทำงาน การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อ การฟื้นฟูสุขภาพจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพให้แก่เกษตรกรและแรงงานในชุมชน รวมถึงการประสานและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของแรงงานในชุมชน จากการศึกษาของบุญเลิศ ศักดิชัยนันท์และคณะ⁽²⁾ ศึกษาการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ พบว่าเจ้าหน้าที่สถานอนามัยสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับและเชิงรุกโดยการตรวจสุขภาพและการตรวจคัดกรองโรคจากการทำงานเบื้องต้น ดูแลรักษาให้สุขภาพ การสำรวจและประเมินสิ่งคุกคามอันตรายต่อแรงงาน การจัดเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการทำงานและมีข้อมูลสิ่งคุกคามอันตรายต่อแรงงานที่นำไปใช้ปรับปรุงสภาพแวดล้อมและพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย การศึกษาของศิมาลักษณ์ ดิธีสวัสดิ์เวช และคณะ⁽³⁾ ศึกษาการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับแรงงานนอก พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUs) มีรูปแบบการจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับและเชิงรุกโดยวินิจฉัย และคัดกรองโรค การประเมินความเสี่ยงจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบและมีการจัดการและควบคุมความเสี่ยงกลไกที่สำคัญในการดำเนินงานคือการ

สนับสนุนด้านนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้านวิชาการจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตและโรงพยาบาลระดับจังหวัดและความร่วมมือจาก อปท. และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ได้ดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรใน รพ.สต. เพื่อดูแลสุขภาพเกษตรกรแบบครบวงจรและต่อเนื่อง เมื่อปี 2555 ซึ่งได้ดำเนินการนำร่องใน 3 จังหวัด ได้แก่ สุพรรณบุรี บุรีรัมย์ และอุทัยธานี โดยมีอำเภอเข้าร่วมโครงการฯ 11 อำเภอและรพ.สต. เข้าร่วมดำเนินงาน 18 แห่งพบว่า รพ.สต.สามารถดำเนินงานจัดบริการอาชีวอนามัยให้แก่เกษตรกรได้⁽¹⁾

การจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรใน รพ.สต. เป็นนโยบายที่กรมควบคุมโรคเริ่มให้มีการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ ในปี พ.ศ.2556 ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นของการดำเนินงานตามนโยบาย เนื่องจากการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก หากหน่วยงานผู้รับนโยบายนำไปปฏิบัติไม่ได้หรือนำไปปฏิบัติแล้วเกิดปัญหาอุปสรรคไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ นโยบายดังกล่าวก็ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ตรงกันข้ามหากนำไปปฏิบัติได้ตามวัตถุประสงค์ก็จะเกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการบริหารจัดการและการประสานกิจกรรมเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ ให้บรรลุความสำเร็จตามเจตจำนงของนโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation) เป็นเรื่องของการศึกษาว่าหน่วยงานองค์กรที่รับนโยบายไปปฏิบัติสามารถบริหารจัดการทรัพยากร ตลอดจนการผลักดันกลไกที่สำคัญของการทำงานทั้งหมดให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายที่ระบุไว้ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนยังไม่มีการศึกษาถึงการนำนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรไปปฏิบัติใน รพ.สต.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความก้าวหน้าในการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน ตามนโยบายของกรมควบคุมโรค เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการจัดบริการทางด้านสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรรม ให้

สอดคล้องกับวิถีชีวิตของเกษตรกร และเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

วิธีการดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed method)

ขอบเขตของการศึกษา

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษานี้ครอบคลุมเนื้อหา 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) มาตรฐานการดำเนินงานคลินิกสุขภาพเกษตรกรของ รพ.สต. 13 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่มาตรฐานระดับเริ่มต้น หมายถึงรพ.สต. มีผลการดำเนินงานตามกิจกรรมข้อที่ 1-6 ได้คะแนนรวม 6 คะแนน ระดับดีหมายถึง รพ.สต.ที่ผ่านระดับเริ่มต้นและได้คะแนนรวม 7-9 คะแนน และระดับดีมาก หมายถึง รพ.สต. ที่ผ่านระดับเริ่มต้นและได้คะแนนรวม 10-13 คะแนน 2) ความคิดเห็นของผู้อำนวยการ รพ.สต.และผู้รับผิดชอบงานโรคจากการประกอบอาชีพ/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในประเด็นความคิดเห็นต่อนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร ความพร้อมในการจัดบริการฯ รูปแบบของการจัดบริการ ปัญหา อุปสรรคของนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรไปปฏิบัติและข้อเสนอแนะในการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร

ขอบเขตด้านพื้นที่ รพ.สต.ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดคัดเลือก รพ.สต.ตัวแทนให้เป็นที่ดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในปี 2556 (1 รพ.สต./จังหวัด) ได้แก่ 1) รพ.สต.กัวแลหลวง จ.เชียงใหม่ 2) รพ.สต.ห้วยไซ จ.ลำพูน 3) รพ.สต.บ้านโทกหัวช้าง จ.ลำปาง 4) รพ.สต.ป่าลาน จ.แม่ฮ่องสอน 5) รพ.สต.ศรีถ้อย จ.พะเยา 6) รพ.สต.แม่เจดีย์ จ.เชียงราย 7) รพ.สต.ร่องเสี้ยว จ.แพร่ และ 8) รพ.สต. จอมพระ จ.น่าน

ขอบเขตด้านระยะเวลา ข้อมูลที่เก็บรวบรวมในการศึกษาครั้งนี้ ระหว่างพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2556

กลุ่มตัวอย่างศึกษา ใน รพ.สต. ทั้ง 8 แห่งที่เป็นพื้นที่นำร่องในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ไม่มีการเลือก

กลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ 1) แบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกสุขภาพเกษตรกรของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ 2) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ 3) แนวทางการนำสนทนากลุ่มกับบุคลากรของ รพ.สต. และการสังเกตควบคู่กับการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม

การเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาทำหนังสือขอความร่วมมือจากนายแพทย์สาธารณสุขในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน เพื่อขออนุญาตติดตามประเมินผลการดำเนินงานฯโดยใช้แบบประเมินฯ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้อำนวยการ รพ.สต.และสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้รับผิดชอบงานฯ/บุคลากรของ รพ.สต.

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร

ผลการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในระยะเริ่มต้นของ รพ.สต. ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี 2556 พบว่า รพ.สต.ทั้ง 8 แห่ง ไม่สามารถดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรตามมาตรฐานระดับเริ่มต้นได้ครบทั้ง 6 กิจกรรม โดยพบว่าการที่ดำเนินการได้มากที่สุดคือการคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานและความเสี่ยงมิติอื่นๆ ร้อยละ 75.0 การรายงานผลการดำเนินงานให้หน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้องร้อยละ 75.0 และการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกร/แรงงานในชุมชนร้อยละ 37.5 ตามลำดับ กิจกรรมที่ดำเนินงานไม่ได้ คือ การเปิดคลินิกบริการสุขภาพเกษตรกร 1 วัน/สัปดาห์ ไม่มีข้อมูลกลุ่ม

ผู้ประกอบการอาชีพในชุมชนในฐานะข้อมูลของรพ.สต.และไม่มีกิจกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรของ รพ.สต.ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี 2556

ข้อที่	กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน			
		มี (แห่ง)	ร้อยละ	ไม่มี (แห่ง)	ร้อยละ
1	การเปิดคลินิกบริการสุขภาพเกษตรกร 1 วันต่อสัปดาห์	0	0	8	100
2	ข้อมูลกลุ่มอาชีพในฐานะข้อมูลของหน่วยงานบริการสุขภาพ	0	0	8	100
3	ผลการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกร/แรงงานในชุมชน	3	37.50	5	62.50
4	ผลการคัดกรองสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานและความเสี่ยงมิติอื่นๆ	6	75.00	2	25.00
5	รายงานผลการดำเนินงานให้หน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้อง	6	75.00	2	25.00
6	กิจกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพ อย่างน้อย 1 กิจกรรม	0	0	8	100
7	การวินิจฉัยโรคและภัยจากการประกอบอาชีพ	0	0	8	100
8	การพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัย ในการดูแลสุขภาพเกษตรกร/แรงงานในชุมชนอย่างน้อย 1 เครือข่าย	0	0	8	100
9	การจัดเวทีคืนข้อมูลให้แก่เกษตรกร ชุมชน และ อปท. อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	0	0	8	100
10	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่/ชุมชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน อสม.ด้านอาชีวอนามัย/กลุ่มอาชีพ	0	0	8	100
11	มีแผนงานโครงการดูแลสุขภาพเกษตรกร/แรงงานในชุมชนร่วมกับ อปท.	0	0	8	100
12	การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยจากการทำงานสำหรับผู้ประกอบการอาชีพในชุมชน	0	0	8	100
13	โครงการหรือกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากทำงาน	0	0	8	100

หมายเหตุ : มีกิจกรรม ข้อที่ 1-6 = มาตรฐานระดับเริ่มต้น มีกิจกรรม ข้อที่ 1-9 = มาตรฐานระดับดี
มีกิจกรรม ข้อที่ 1-13 = มาตรฐานระดับดีมาก

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของผู้อำนวยการ รพ.สต. ต่อการให้บริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี 2556

ผู้อำนวยการ รพ.สต. ทุกแห่งมีความเห็นว่าการสื่อสารถ่ายทอดนโยบายการจัดการคลินิกสุขภาพเกษตรกรไม่มีความชัดเจน รพ.สต. ไม่มีความพร้อมในการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรร้อยละ 62.50 รูปแบบการจัดบริการคลินิกเกษตรกรส่วนใหญ่บูรณาการกับคลินิก

อื่นๆ (คลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) ร้อยละ 62.50 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรมากที่สุด คือ นโยบายและงบประมาณร้อยละ 100 รองลงมา ได้แก่ การติดตามนิเทศ บุคลากรไม่เพียงพอ สิ่งสนับสนุน (ชุดอุปกรณ์การตรวจสารเคมี/สื่อ) และความร่วมมือของหน่วยงานและประชาชนไม่ให้ความร่วมมือร้อยละ 87.50, 62.50, 50.0 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของผู้อำนวยการ รพ.สต. ต่อการดำเนินงานการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนปี 2556

ความคิดเห็น	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1. การถ่ายทอด สื่อสาร นโยบายการจัดการบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรสู่การปฏิบัติใน รพ.สต.		
- มีความชัดเจน	0	0
- ไม่มีความชัดเจน	8	100
2. ความพร้อมในการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร		
- มีความพร้อม	3	37.50
- ไม่มีความพร้อม	5	62.50
3. รูปแบบการให้บริการ		
- จัดเป็นคลินิกเฉพาะ	1	12.50
- บูรณาการกับคลินิกผู้มารับบริการทั่วไป	2	25.00
- บูรณาการกับคลินิก เบาหวาน /ความดัน	5	62.50
4. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร		
- นโยบาย	8	100.0
- งบประมาณ	8	100.0
- การติดตาม นิเทศ	7	87.50
- บุคลากรไม่เพียงพอ	5	62.50
- อื่นๆ (ความร่วมมือของหน่วยงาน/ประชาชนในพื้นที่)	4	50.0

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการ รพ.สต. สรุปได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการ รพ.สต.ต่อการจัดการบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร

ประเด็น	เนื้อหา
1. การสื่อสาร ถ่ายทอดนโยบาย	ผู้อำนวยการ รพ.สต. ทุกแห่ง ได้บอกเล่าถึงการถ่ายทอดนโยบายการจัดการบริการคลินิกเกษตรกรให้ รพ.สต. ถ่ายทอดนโยบายล่าช้าและการสื่อสารไม่ชัดเจน ดังจะเห็นได้จาก “บู้ (ไม่รู้) ว่ามีนโยบายเรื่องการจัดการคลินิกเกษตรกรใน รพ.สต. มาก่อนจึงไม่ได้เขียนโครงการฯ” “ปีนี้ (ปี 56) มีนโยบายการจัดการคลินิกสุขภาพเกษตรกรมา นโยบายก็ไม่ชัดเจน ได้รับการชี้แจงจาก สสจ. ล่าช้า ยังบู้ว่าจะหื้อทำอะไร (ยังไม่รู้ว่าจะให้ทำอะไร)”
2. ความพร้อมต่อการ จัดการบริการคลินิก สุขภาพเกษตรกร	- รพ.สต. มีความพร้อมในการดำเนินงานฯ 3 แห่ง ดังจะเห็นได้จากคำกล่าว ดังนี้ “นโยบายนี้ดี เกษตรกรได้ประโยชน์ รพ.สต. ให้บริการแก่เกษตรกรอยู่แล้ว บ (ไม่) เป็นภาระหรือเพิ่มงาน” “บ (ไม่) เป็นภาระ การมีคลินิกเฉพาะก็ดีเหมือนกัน ชาวบ้านจะได้รู้ (รู้) ว่าหมู่บ้านตนเองมีปัญหาการเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช” “บ (ไม่) เป็นภาระเพราะคนไข้เยอะ เครื่องปั่นเลือดก็มีอยู่ ทำได้ ตำบลนี้เป็นตำบลจัดการสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือกันดี” - รพ.สต. ไม่มีความพร้อมในการดำเนินงานฯ 5 แห่ง ดังจะเห็นได้จาก “หื้อ (ให้) จัด ก็จัดได้ แต่ทำหื้อเจ้าหน้าที่อดขึ้นฝอง (เหนื่อยเพิ่มขึ้นบ้าง) แต่บ เป็นหยัง (แต่ไม่เป็นไร) ขอหื้อ (ให้) ช่วยสนับสนุนทั้งในด้านวิชาการแก่เจ้าหน้าที่สนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์สาริตหื้อ (ให้) มันเหมาะสมกับก้านเป็น (การเป็น) รพ.สต. ต้นแบบคลินิกสุขภาพเกษตรกรของจังหวัด 1 รพ.สต./1 จังหวัด” “โดนลือกหื้อ (ให้) ทำก็จำเป็นทำ ท่านสสจ. ขอหื้อ (ให้) ทำก็บู้ว่าจะไค (ไม่รู้จะพูดอย่างไร) รพ.สต. ของเฮา (เรา) บู้พร้อม (ไม่มีความพร้อม) เจ้าหน้าที่ก็มีกันแค่ (มีเพียง) 2 คนตั้งวันนี้ก็บ้น (ทำงานทุกวันนี้ก็ไม่ทัน)”
3. ปัญหา อุปสรรค ของการจัดการคลินิก สุขภาพเกษตรกร ใน รพ.สต.	ผู้อำนวยการ รพ.สต. ทุกแห่ง เห็นว่านโยบายการดำเนินงานจัดการบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรจากสำนักโรคฯ ไม่ชัดเจน และสสจ. ถ่ายทอดนโยบายล่าช้าทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังจะเห็นได้จาก “ถ้านโยบายชัดเจนก็ทำหื้อ (ทำให้) การทำงานในพื้นที่ได้ง่าย งบประมาณก็มีมาหื้อยะ (ให้ทำ) กิจกรรมต่าง ๆ ในพื้นที่ได้ นโยบายสั่งให้ทำแต่บมี (ไม่มี) การสนับสนุนอะหยังเลย (อะไรเลย) ก็ทำงานตามศักยภาพเท่าที่เรามีเต้าอัน (เท่านั้น)” “อะหยังก็บชัดเจน (อะไรก็ไม่ชัดเจน) ถ้ามจังหวัด จังหวัดก็บมีอะหยังหื้อ (ไม่มีอะไรให้) มีแต่หนังสือขอความร่วมมือจาก สคร. และของสำนักโรคฯ” “บชัดเจนทั้งด้านนโยบายและงบประมาณทำหื้อ (ทำให้) เจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่ทำงานลำบาก” “เงินที่ใช้ในการจัดการคลินิกเกษตรกรโดยตรงไม่มี คงใช้เงินจากกองทุนสุขภาพตำบล” “ทำงานลำบากงบประมาณไม่มีเลย การใช้เงินของ รพ.สต. ถ้าไม่มีโครงการรองรับก็ใช้เงินไม่ได้”

ตารางที่ 3 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการ รพ.สต.ต่อการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร (ต่อ)

ประเด็น	เนื้อหา
3. ปัญหา อุปสรรคของการจัดคลินิกสุขภาพเกษตรกรใน รพ.สต.	ปัญหาด้านบุคลากร การติดตามนิเทศและประชาชนไม่ตระหนักในการดูแลสุขภาพ ดังจะเห็นได้จาก “เจ้าหน้าที่มี 2 คนดีเป็นพยาบาล นอกนั้นเป็นลูกจ้าง งานเยอะมาก ทั้งงานนโยบาย ปัญหาของพื้นที่ อยู่อนามัยงานของชุมชน บ่ไปก็บ่ได้ (ไม่ไปก็ไม่ได้) จะบ่ (ไม่) ได้ใจชาวบ้าน” “องค์ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีทางการเกษตรบ่ (ไม่) ค่อยมี ถึงมีมันก็บ่ (ไม่) ทันยุค ทันสมัย ควรจะฟื้นฟูความรู้หื้อ (ให้) บุคลากรของ รพ.สต. ” “ให้ไควต้าเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ได้เข้าอบรมบ้าง มีการอบรมเมื่อใดบ่ (ไม่) เคยได้ไป แต่เวลาหื้อ (ให้) ทำงานก็หื้อ (ให้) เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. เป็นคนทำ” “การนิเทศ ติดตาม ก็บ่มี บ่ว่าจากระดับไหน จังหวัดมานิเทศติดตามงานอื่น ๆ งานโรคจากการประกอบอาชีพาบ่เคยมี (ไม่เคยมี) “การนิเทศติดตามจากจังหวัด/เขต ก็บ่เคยมี เพิ่งจะเห็นมีครั้งนั้นเท่านั้น” “ประชาชน ไม่ตระหนัก บ่ (ไม่) สนใจสุขภาพ สนใจแต่เรื่องจะหาเงินหื้อได้นัก ๆ (หาเงินให้ได้มาก) ชาวบ้านส่วนใหญ่บ่หื้อ (ไม่ให้) ความร่วมมือ ”

ถึงแม้ว่าการถ่ายทอดนโยบายจะไม่ชัดเจนและล่าช้า แต่พบว่าผู้อำนวยการ รพ.สต. 7 ใน 8 แห่ง เห็นว่านโยบายการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรเป็นนโยบายที่ดี เกษตรกรได้รับประโยชน์ และผู้อำนวยการ รพ.สต. 7 ใน 8 แห่งให้ความสำคัญในระดับมาก

จากการสอบถามและสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ในพื้นที่ศึกษา ประเด็นความต้องการหรือความคาดหวังที่อยากให้เกิดขึ้นในเรื่องนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร ใน รพ.สต. ดังนี้

1. กรมควบคุมโรค ควรจะผลักดันให้เป็นนโยบายในระดับที่สูงขึ้น คือเป็นนโยบายระดับกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานกระทรวงอื่น ๆ ด้วย เช่น กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น) กระทรวงพาณิชย์ เป็นต้น

2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ควรเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา แนะนำทางด้านวิชาการ แก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด/อำเภอ/รพ.สต.ต้นแบบ (1รพ.สต./จังหวัด) ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินงาน

ตามนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรของ รพ.สต. และควรมีการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best practice ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

วิจารณ์

การถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางสู่พื้นที่

การดำเนินงานตามนโยบายจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรในระยะเริ่มต้นของ รพ.สต. ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนในปี 2556 พบว่า รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง ไม่สามารถดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรตามมาตรฐานระดับเริ่มต้นได้เนื่องจากการสื่อสารถ่ายทอดนโยบายฯ จากหน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ) ไม่ชัดเจน ไม่มีการประชุมชี้แจง ถ่ายทอดนโยบายให้หน่วยงานผู้รับนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งสำนักโรคฯ ได้ทำหนังสือประสานความร่วมมือมายังสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (สคร. ที่ 1 เชียงใหม่) และ สสจ. 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ให้ดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรใน

รพ.สต. และทาง สคร.ที่ 1 เชียงใหม่ไม่ได้จัดประชุมชี้แจงถ่ายทอดนโยบายให้แก่ สสจ. เนื่องจากไม่มีงบประมาณ จึงได้ทำหนังสือแจ้งประสานขอความร่วมมือจาก สสจ.ทั้ง 8 จังหวัดให้ดำเนินงาน ซึ่งทาง สสจ.ได้ประสานงานพร้อมมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับนโยบายฯ ดังกล่าวไปปฏิบัติใน รพ.สต.จะเห็นได้ว่าการสื่อสาร ถ่ายทอดนโยบายจัดบริการคลินิกเกษตรกรใน รพ.สต. มีลักษณะสั่งการจากบนลงล่าง (Top down) รวมถึงการที่ รพ.สต.ไม่ได้รับทราบแนวทางในการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรทำให้ไม่มีความมั่นใจไม่แน่ใจว่าจะปฏิบัติอย่างไร รพ.สต.ทุกแห่งจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรเช่นเดียวกับคลินิกบริการทั่วไป นอกจากนี้ รพ.สต.ผู้รับนโยบายไปปฏิบัติไม่ได้เป็นหน่วยงานภายใต้การควบคุม กำกับของหน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย (กรมควบคุมโรค) รพ.สต.จึงให้ความสำคัญและเลือกดำเนินงานที่เป็นงานนโยบายของกระทรวง/นโยบายจังหวัดเป็นอันดับแรกในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพนั้น การสื่อสาร ถ่ายทอดนโยบายระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับหน่วยงานต่างๆ ที่รับนโยบายไปปฏิบัติจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง จากการศึกษาของพรทิพย์ ใจเพชร และคณะ⁽⁴⁾ ศึกษาการนำนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนสู่การปฏิบัติในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2555 พบว่ากระบวนการและขั้นตอนการนำนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนไปสู่การปฏิบัติตั้งแต่ระดับกรมควบคุมโรค เขต จังหวัด อำเภอจนถึงตำบลหน่วยงานส่วนใหญ่ถ่ายทอดนโยบายโดยใช้รูปแบบการประชุมและถ่ายทอดมีความชัดเจนครอบคลุมถึงระดับผู้ปฏิบัติทุกจังหวัด การศึกษาของ รัฐกร กลิ่นอุบล⁽⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาขององค์กรบริหารส่วนตำบลในภาคกลาง พบว่าปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างองค์กรต่างๆ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีไปปฏิบัติ การศึกษาของสันติ ทวยมีฤทธิ์ และคณะ⁽⁶⁾ ศึกษาการนำนโยบายสาธารณสุขด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปสู่องค์กร

บริหารส่วนตำบลในประเทศไทย พบว่าการสื่อสารภายในองค์กรและการสื่อสารภายนอกองค์กรส่งผลต่อความสำเร็จ หรือล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติของ อบต. ความไม่พร้อมของพื้นที่ และ รพ.สต. ที่ถูกเลือกให้เป็นพื้นที่ดำเนินงาน

เนื่องจากนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรใน รพ.สต. เป็นนโยบายใหม่ที่ให้ดำเนินงานในปี 2556 หน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพฯ) ไม่มีการแจ้งประสาน/ไม่มีการสื่อสารถึงผู้รับนโยบายไปปฏิบัติล่วงหน้าก่อนนำมาปฏิบัติ จึงพบว่า รพ.สต.ร้อยละ 62.50 ไม่มีความพร้อมในการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร รพ.สต.ทุกแห่งไม่มีการเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณและบุคลากร เพราะไม่ได้รับแจ้งข้อมูลข่าวสารล่วงหน้ามาก่อน จึงไม่ได้จัดทำโครงการรองรับการดำเนินงานทำให้ไม่มีงบประมาณ และบุคลากรที่มีอยู่ ไม่มีความมั่นใจในการดำเนินงานฯ เนื่องจากขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคและพิษภัยจากสารเคมีทางการเกษตร รวมถึงความไม่พร้อมด้านสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน เช่นชุดอุปกรณ์ตรวจหาสารเคมี สื่อประชาสัมพันธ์ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ ตักติชัยนันท์และคณะ⁽²⁾ พบว่าการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานอนามัย มีข้อจำกัดของบุคลากร การขาดแคลนทรัพยากร และเครื่องมือต่างๆ การจัดบริการอาชีวอนามัยจึงต้องเริ่มที่ความพร้อมของแต่ละหน่วยบริการสอดคล้องกับการศึกษาของ ยอร์น จิระนคร และคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาการประเมินผลการนำนโยบายมาตรการการควบคุมโรคซิคุนกุยาสู่การปฏิบัติในชุมชน กรณีศึกษา:อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสงขลา พบว่าการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชนยังน้อย ไม่ได้วางแผนเตรียมรับล่วงหน้า ทำให้ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณและการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ในการควบคุมโรคและสอดคล้องกับการศึกษาของ นภค ดวงจุฬพล⁽⁸⁾ ศึกษาสถานการณ์ระบบการให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดนครราชสีมา พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านการให้บริการอยู่ในระดับต่ำ ความพร้อมด้านปัจจัยนำเข้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ความรู้

ทัศนคติ ทักษะความพอเพียงของเจ้าหน้าที่การบริหารจัดการด้านข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ปัญหาอุปกรณ์เครื่องมือเงินสนับสนุนและนโยบายเป้าหมาย) ดังนั้นหน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย ควรมีระยะเวลาในการสื่อสารถึงระดับผู้นำนโยบายไปปฏิบัติลงหน้าเพื่อให้มีระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมสำหรับการวางแผน จัดเตรียมและบริหารจัดการทั้งด้านงบประมาณ/บุคลากร เพราะเป็นงานที่เพิ่มจากงานภารกิจประจำ เนื่องจากความพร้อมของ รพ.สต. เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ โดยต้องมีความพร้อมด้านโครงสร้างหน่วยงาน ด้านทรัพยากร (อัตรากำลัง เครื่องมือ เครื่องใช้ งบประมาณ) และด้านสมรรถนะของหน่วยงานด้านการบริหารจัดการ

ศักยภาพและภาระงานของบุคลากร

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร พบว่า รพ.สต. ทุกแห่งมีบุคลากรไม่เพียงพอ โดยพบว่า รพ.สต. มีบุคลากร 2-5 คน/แห่ง ทำให้ภาระงานที่ปฏิบัติไม่สอดคล้องกับอัตรากำลังที่มีอยู่จริง⁽⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติวรดา อัครภานุวัฒน์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือภาระงานหนักเนื่องจากบุคลากรไม่ครบตามกรอบอัตรากำลัง ควรเพิ่มบุคลากรให้เหมาะสมตามโครงสร้างอัตรากำลัง และสนับสนุนอุปกรณ์การปฏิบัติงานอย่างพอเพียง สอดคล้องกับการศึกษาของเศกสันต์ ชานมณีรัตน์และคณะ⁽¹¹⁾ ศึกษาการประเมินความรู้ ความคิดเห็นและผลการดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของหัวหน้าสถานีอนามัยในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 พบว่าประเด็นปัญหาที่สำคัญคือปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานตามนโยบาย รพ.สต. บุคลากรขาดขวัญกำลังใจเนื่องจากภาระงานที่มากขึ้น ตลอดจนบุคลากรไม่มีความมั่นใจในองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจากการประกอบอาชีพ เนื่องจากตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาไม่เคยได้รับการฟื้นฟูองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันทน์และคณะ⁽²⁾ พบว่าการจัดบริการอาชีวอนามัยใน

สถานีอนามัย มีข้อจำกัดของบุคลากร พื้นความรู้ด้านอาชีวอนามัย

การติดตามนิเทศงานในระยะแรกของการดำเนินงาน

รพ.สต. ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการติดตาม นิเทศงานจาก สสจ./สสอ. จากการศึกษานี้มี รพ.สต. เพียง 1 แห่งเท่านั้นที่ได้รับการติดตาม นิเทศงานจาก สสจ. จึงทำให้ รพ.สต. ส่วนใหญ่ดำเนินงานไปตามศักยภาพเท่าที่มีอยู่ และทำเฉพาะกิจกรรมที่เคยปฏิบัติ เช่น การเจาะเลือดตรวจหาสารเคมีตกค้าง การให้บริการตรวจรักษาเบื้องต้น การให้สุขศึกษาและรณรงค์ประชาสัมพันธ์เท่านั้น ผู้อำนวยการ รพ.สต. ส่วนใหญ่ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการติดตาม นิเทศงาน จากหน่วยงานระดับเขต/จังหวัดแสดงให้เห็นว่างานนั้นมีความสำคัญหน่วยงานระดับเขต/ระดับจังหวัดจึงให้ความสนใจติดตาม ควบคุมกำกับงาน จากการศึกษาของกล้า ทองขาว⁽¹²⁾ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ประกอบด้วย การสนับสนุนจากส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น มาตรการควบคุม ประเมินผลและการกระตุ้นส่งเสริม การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้มากที่สุด การศึกษาของพรทิพย์ ใจเพชร และคณะ⁽⁴⁾ พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานได้แก่ การให้ความสำคัญของผู้บริหารในระดับจังหวัด ซึ่งเป็นผลให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับรองลงมาให้ความสำคัญและจะส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานในภาพรวมสอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันทน์ และคณะ⁽²⁾ พบว่าปัจจัยความสำเร็จส่วนหนึ่งมาจากสาธารณสุขอำเภอที่มีนโยบายสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยเป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาการศึกษาของวัชรินทร์ สุทธิสัย และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าปัจจัยภายในที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับค่อนข้างมากคือ ความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบายและด้านการติดตามการดำเนินงานจะเห็นว่าการติดตาม ควบคุม กำกับ การดำเนินงานของหน่วยงานตามสายการบังคับบัญชาในแต่ละระดับ เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงานทั้งนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ ควรให้ความสำคัญและควรมีการติดตามการนำนโยบายไปปฏิบัติเพื่อรับทราบผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค

ในการดำเนินงานตามนโยบายฯ และการที่รพ.สต. ไม่สามารถจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมตามมาตรฐานระยะเริ่มต้นได้นั้น เนื่องจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและ สคร.ที่ 1 เชียงใหม่ ซึ่งเป็นสำนักวิชาการในส่วนภูมิภาคของกรมควบคุมโรคยังขาดรูปธรรมที่ชัดเจนในการสนับสนุนและขับเคลื่อนการนำนโยบายไปปฏิบัติ และไม่มีการติดตาม กำกับ แก้ไขปัญหาซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติของ รพ.สต. จากการศึกษาพบว่าปัญหา อุปสรรคของการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมในระยะเริ่มต้นของ รพ.สต. ในพื้นที่ศึกษา คือ ปัญหาด้านสมรรถนะของหน่วยงานที่รับนโยบายไปปฏิบัติ ปัญหาขาดการกำกับ ติดตาม ควบคุมของหน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย และปัญหาด้านความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดไม่ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายเท่าที่ควร จึงส่งผลให้การดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมในระยะเริ่มต้นของ รพ.สต. ไม่ได้ตามมาตรฐาน

อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการ รพ.สต. ทุกแห่งให้ความเห็นว่าการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมใน รพ.สต. เป็นนโยบายที่ดีเกษตรกรได้รับประโยชน์ทั้งนี้การพัฒนาในระยะเริ่มต้นของการนำนโยบายมาปฏิบัติจริงในรพ.สต. ต้องใช้เวลา และให้การสนับสนุน ส่งเสริมและพัฒนาขีดความสามารถของหน่วยงาน/บุคลากรที่ดำเนินงานตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ รพ.สต. มีความพร้อม และมีสมรรถนะที่เหมาะสมกับการเป็นรพ.สต. ต้นแบบในการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมของจังหวัด และใช้เป็นรูปแบบของการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมเพื่อขยายผลสู่ รพ.สต. ในพื้นที่ใกล้เคียง ถึงแม้ว่าในระยะเริ่มต้นของการดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรม ในปี 2556 รพ.สต. ทั้ง 8 แห่งไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานในระดับเริ่มต้นได้แต่ในปี 2557 รพ.สต. ในพื้นที่ศึกษาสามารถจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมได้ตามมาตรฐานในระดับเริ่มต้น และมาตรฐานระดับดีซึ่งในปี 2557 ภาควิชาเวชการ รพ.สต. เข้าร่วมดำเนินงานจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมเพิ่มจำนวนเป็น 103 แห่ง

และในปี 2559 เข้าร่วมดำเนินงาน 540 แห่ง (ร้อยละ 48 ของ รพ.สต. ในพื้นที่)⁽¹⁴⁾ ถึงแม้ว่าการศึกษานี้ศึกษาในปี 2556 ซึ่งเป็นระยะแรกของการนำนโยบายไปปฏิบัติ แต่ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการนำนโยบายใหม่อื่น ๆ ก่อนการนำสู่การปฏิบัติ โดยการกำหนดนโยบายใดๆ ควรมีระดมความคิดเห็นจากหน่วยงานที่รับนโยบายไปปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย เพื่อร่วมระดมความคิดเห็นในการกำหนดมาตรการ แนวทางในการดำเนินงานฯ ในระยะแรกของการดำเนินงานหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควรมีการสนับสนุนด้านวิชาการงบประมาณและสิ่งสนับสนุน เช่น เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ให้เพียงพอ มีการติดตาม กำกับ กระตุ้นและส่งเสริมให้หน่วยรับนโยบายไปปฏิบัติได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายเป็นการเพิ่มพูนศักยภาพของหน่วยงานผู้รับนโยบายไปปฏิบัติแล้ว ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของเครือข่ายการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อการนำไปสู่ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

- หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายควรประเมินความพร้อมของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ก่อนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่
- ควรมีการประเมินผล “การนำนโยบายการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมไปปฏิบัติใน รพ.สต.” ในภาพรวมของประเทศ ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 เพื่อนำไปวางแผน ปรับปรุง พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Plan-Do-Check-Act: PDCA) เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายสูงสุดของนโยบาย
- รูปแบบของการจัดบริการคลินิกสุขภาพเกษตรกรรมควรเป็นรูปแบบที่สามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
- การขยายผลในระยะแรกของการดำเนินงานตามนโยบายฯ ควรมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของ รพ.สต. ต้นแบบในพื้นที่ (1 รพ.สต./1 จังหวัด) ให้สามารถจัดบริการเพื่อตอบสนองการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนในการดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ รพ.สต.และบุคลากร รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง ที่ให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ขอขอบพระคุณ รศ.นพ.เกรียงไกร ศรีธนาวิญชัย ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นางบุษบง เจาทานนท์อดีตผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค ดร.วรรณภา สุวรรณเกิด นางอนงค์ศิลป์ ด่านไพบูลย์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ และ นางสาวนพพร ศรีผัด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ พิเศษ ที่ให้การปรึกษา แนะนำและสนับสนุนให้การศึกษา ครั้งนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข:คลินิกสุขภาพ เกษตรกร.พิมพ์ครั้งที่ 2 พฤษภาคม 2557. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557.
2. บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์, โสภภาพรณ จิรนิตติชัย. การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถาน ออามัย สำหรับแรงงานนอกระบบ. วารสารกรม ควบคุมโรค 2554; 37(1): 1-8.
3. คิมลักษ์ณ ดิธีสวัสดิ์เวทย์, พิไลลักษณ์ พลพิลา, พิเชษฐ โฉมเฉลา, จรรยาลักษณ์ เยษฐ์, โสภภาพรณ จิรนิตติชัย, ฟาอิชะตะโย๊ะ. การพัฒนาการจัดบริการ อาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับแรงงาน นอกระบบ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 6 ขอนแก่น 2556; 20(2): 79-92.
4. พรทิพย์ ใจเพชร, ถวิล หนูวงศ์, สุรชาติ โกยกุลย์, รุจเนศ เรืองพุทธ. การนำนโยบายอำเภอควบคุม โรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน สู่การปฏิบัติในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2555. วารสารกรมควบคุมโรค 2556; 39(2): 155-66.
5. รัฐกร กลิ่นอุบล. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จใน การนำนโยบายการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีไป ปฏิบัติ: กรณีศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลในภาค กลาง [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหา บัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
6. สันติ ทวยมีฤทธิ์, ปฐม มณีโรจน์, ภัทริยา สุมะโน, จารุรัตน์ แหียงกระโทก. การนำนโยบายสาธารณะ ด้านสุขภาพไปปฏิบัติจากการกระจายอำนาจด้าน สุขภาพไปสู่องค์การบริหารส่วนตำบลในประเทศไทย. วารสารการวิจัยทางธุรกิจและการบริหาร 2556; 1(1): 1-20.
7. ยอร์น จิระนคร, ทัศนีย์ พงศ์ไพบูลย์. การประเมินผล การนำนโยบายมาตรการควบคุมโรคชื้อคนคุณภาพสู่ การปฏิบัติในชุมชน กรณีศึกษา: อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสงขลา. วารสาร กรมควบคุมโรค 2556; 39(4): 334-44.
8. นภัต ดั่งจุมพล. สถานการณ์ระบบการให้บริการ อาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัด นครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหา บัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ; 2555.
9. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการให้บริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2552. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ บริท ที่ คิว พี จำกัด; 2552.
10. จีตติวรา อัครภาณุวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา ระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช; 2555.
11. เสกสันติ ชานมณิรัตน์. การประเมินความรู้ความคิ ดเห็นและผลการดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลของหัวหน้าสถานอนามัยใน เขตตรวจราชการสาธารณสุขเขตที่ 5 [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554.

12. กล้า ทองขาว.การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ: กรณีศึกษานโยบายเพื่อการรู้หนังสือแห่งชาติ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2534.
13. วัชรินทร์ สุทธิชัย, ไชยา ยิ้มวิไล, วรเดช จันทรร. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายมหาวิทยาลัยราชภัฏไปปฏิบัติ: กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารช่อพะยอม 2555; 3(1): 51-65.
14. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่. รายงานสรุปผลการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานในชุมชน (กลุ่มอาชีพเกษตรกรรม); 2559. (เอกสารอัติสำเนา).