



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

- ❖ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง
- ❖ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
- ❖ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อ สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์
- ❖ การทดสอบความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส ที่ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร จังหวัดเลยและหนองบัวลำภู ปี 2557
- ❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม
- ❖ รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
- ❖ การพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐาน กฎอนามัยระหว่างประเทศด่านช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานอุดรธานี
- ❖ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
- ❖ การพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว จังหวัดอุดรธานี
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น จังหวัดเลย
- ❖ บริบททางสังคมและวิถีชุมชนของชาวบ้านแถบลุ่มน้ำชี กับการป้องกันควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับ

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 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 ผลงานวิจัยและผลิตภัณฑ์ทางวิชาการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
2. เพื่อส่งเสริมการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวความคิดในการวิจัยของสมาชิกเครือข่ายและผู้สนใจ

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

นายแพทย์ค่านวน อึ้งชูศักดิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

ที่ปรึกษา

ดร.นายแพทย์ณรงค์ วังศ์บา
แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์
แพทย์หญิงนงลักษณ์ เทศนา
นางชิ้นพันธ์ วิริยะวิภาต
ดร.เกษร แก้วโนนจั่ว

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
ผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
รักษาราชการนักระบาดวิทยาสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
รักษาราชการนักระบาดวิทยาสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
ผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
รักษาราชการนักระบาดวิทยาสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
รักษาราชการนักระบาดวิทยาสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

บรรณาธิการ

รองบรรณาธิการด้านบริหาร

นางชิ้นพันธ์ วิริยะวิภาต

รักษาราชการนักระบาดวิทยาสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

รองบรรณาธิการด้านวิชาการ

ดร.เกษร แก้วโนนจั่ว

รักษาราชการนักระบาดวิทยาสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

ผู้จัดการ

นางสาวปวีณา จังภูเขียว

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นายกองแก้ว ยะอุป
นางสิรินทรีทิพย์ อุดมวงศ์
นางสาวมยุรา สีสาร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์อนุชา เศรษฐเสถียร
รศ.ดร. เลิศชัย เจริญธัญรักษ์
รศ.ดร. ดาวิวรรณ เศรษฐธรรม
รศ.ดร. วงศา เล้าศิริวงศ์
ผศ.ดร.พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ
ผศ.ดร. จิราพร เขียวอยู่
ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี
นางสาวจมาภรณ์ ใจภักดี
นางสาวกมลดา สุวรรณรงค์
ดร. เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์
ดร. วาสนา สอนเพ็ง
ดร. บุญทนากร พรหมภักดี
ดร. กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์
นางสุพัตรา สิมมาทัน
ดร.วันทนา กลางบุรีมย์

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

พิสูจน์อักษร

นางพิไลลักษณ์ พลพิลา
นางสาวจาพุกรณ์ ชุมพล

นางสาวกมลทิพย์ กลุขภากรักษ์
นางสาวสมมาลี จันทลักษณ์
นางสาวมยุรา สีสาร
นางสาวณัฐดา สอนไผ่

ฐานข้อมูลและสารสนเทศ

นายธีระพนธ์ สิงห์โตหิน
นายต่อพงษ์ กังสรว

นายทวี อารยะสุขวัฒน์
นายสุบรรณ ปฏิสุทธิ

กรรมการฝ่ายทะเบียนและเผยแพร่

นางสุพาพร เกลี้ยกลาง

นางศรีสวาสดี แสงวิสัย

นางนิตรา เกิดเรณู

บรรณาธิการแถลง



วัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปีงบประมาณ 2559 วารสารเราพยายามสรรหาสาระทางวิชาการที่หลากหลายให้ท่านผู้อ่านได้ประโยชน์จากงานวิชาการด้านสาธารณสุข และการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พร้อมกับนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน ซึ่งจะทำให้ท่านผู้อ่านได้อ่านเนื้อหาทางวิชาการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น

สำหรับในเล่มยังคงมีผลงานวิชาการที่น่าสนใจหลายเรื่องที่ผ่านมาผ่านการคัดสรรและตรวจสอบจากผู้ประเมินอิสระที่ทรงคุณวุฒิ ซึ่งดิฉันขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ ท่านสามารถเลือกอ่านได้ตามความสนใจเช่นปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ โดยคุณกนกนุช เนตรนามทวี ความชุกและพฤติกรรมสุขภาพกับการเกิดโรคมะเร็งช่องปากในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง โดยคุณกุลชญา ลอยหา การพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี โดยคุณปริษา เศษสมบุรณ์ และอื่นๆ อีกหลายเรื่อง ขอเชิญชวนทุกท่านได้เปิดอ่านรายละเอียดในเล่มได้เลยค่ะ นอกจากนี้ท่านยังสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ของเราที่ <http://odpc7.ddc.moph.go.th/journal/index>

พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์

บรรณาธิการ

ขอขอบคุณผู้ประเมินอิสระฉบับนี้

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1. รศ.ดร.เลิศชัย เจริญธัญรักษ์ | 5. ผศ.ดร.พรณา ศุกรเวทย์ศิริ |
| 2. รศ.ดร.เกษราวัลณ์ นิลวางกุล | 6. รศ.ดร.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง |
| 3. รศ.ดร.ดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม | 7. รศ.ดร.ประจักษ์ บัวผัน |
| 4. ดร.สุทิน ชนະบุญ | 8. ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี |

...คำแนะนำ สำหรับผู้เขียน...

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรค หรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 2 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 จึงจะสามารถขอใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (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

บทความพื้นวิชา

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	เดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อย่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง
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 3.1 วารสารวิชาการ ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์: ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้คนที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย	วารสารภาษาไทยชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้
วิธีและวิธีการดำเนินการ	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัยตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์	3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ 1. วิทยา สวัสดิ์วุฒิจันทร์, พัชรีย์ เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ณวีวรรณ เขาวงกตจิตต์, ยุติ ตาพิทย. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.
ผล/ ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้	2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro cytochrome P-450 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. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24: 190-204.
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวัตถุประสงค์ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป	3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์ 1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลข

1. วิชัย ต้นไพจิตร. 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 ทัศนภารณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (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 6 ขอนแก่น ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์
ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น หรือของ
กองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความ
ของตน



การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ (How to Write an Investigation Full Report)

การเขียนรายงานสอบสวนทางระบาดวิทยาสามารถเขียนผลงานเพื่อเผยแพร่ทางวารสารวิชาการโดยใช้รูปแบบรายงานการสอบสวนโรคฉบับเต็มรูปแบบ (Full Report) ซึ่งมีองค์ประกอบ 14 หัวข้อ คล้ายๆ การเขียน Menu scrip ควรคำนึงถึงการละเมิดสิทธิ์ส่วนบุคคล สถานที่ ไม่ระบุชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ ชื่อสถานที่เกิดเหตุด้วย และควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียนของวารสารนั้นอย่างเคร่งครัดมีองค์ประกอบดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไร เกิดขึ้นที่ไหน 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 และพื้นที่ติดต่อกับพื้นที่ที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขภาพ สาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ลักษณะของการเกิดโรค และการกระจายของโรค 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 เพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์ระบาดได้ยุติลงจริง

8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้นและการป้องกันโรค ที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

9. วิจารณ์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นวิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐานในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดในครั้งนี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีต อย่างไร

10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรค ลักษณะเดียวกัน ในครั้งต่อไป

11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

เป็นการสรุปผลบรรยายตอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้ 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. เอกสารอัดสำเนา. ศูนย์ระบาดวิทยาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2532.
5. โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. เอกสารอัดสำเนา. กองระบาดวิทยา; 2543.

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 ☐ แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....

☐ เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน 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 23 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2559 Volume 23 No.2 May - August 2016

สารบัญ

- ❖ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก
ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง
กุลชญา สอยหา, กรรณา จันทุม 1
- ❖ ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน
ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
กาญจนา สามสมพันธ์, จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, จิราพร วรวงศ์ 9
- ❖ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ ทักษะคิด และพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก
ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์
กนกนุช เนตรงามทวี่ 23
- ❖ การทดสอบความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส ที่ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร จังหวัดเลย
และหนองบัวลำภู ปี 2557
สุพรรณ สายหลักคำ, เจริญศักดิ์ แก้วทานาม, พรพิมล ชันภักดี และคณะ 38
- ❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม
จิรปริยา บุญสงค์, จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, จิราพร วรวงศ์ 46
- ❖ รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา
อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
ทัศนีย์ อนันต์วัน, สงครามชัย ลีทองดี, ชานูชัยณรงค์ ทรงคำศรี 60
- ❖ การพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎหมาย
ระหว่างประเทศด้านช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานอุดรธานี
ปรีชา เศษสมบูรณ์, เรือน สมณะ, เข็มพงษ์ มงคลสินธุ์ 69
- ❖ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอาร์กซ์, สุภาวดี แดงเพ็ช 79
- ❖ การพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี
สุภาภรณ์ โคตรมณี, สงครามชัย ลีทองดี, สุทธิพันธ์ สระทองทน 88
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นจังหวัดเลย
รณรงค์ ศรีพล 101
- ❖ บริบททางสังคมและวิถีชุมชนของชาวบ้านแถบลุ่มน้ำชีกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ
บุญทนากกร พรหมภักดี, นันทัน วิรุฬหเดช, นิภาพร ห่องบุตรศรี และคณะ 112

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปาก ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง Perceived severity and health behaviors for oral cancer in lower northeastern region

กุลชญา ลอยหา ป.ด. (สาธารณสุข)*

Kulchaya Loyha Ph.D. (Public Health)*

กรรณา จันทุม ส.ม. (ชีวสถิติ)**

Karuna Chuntum M.P.H. (Biostatistic)**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

**คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

** Faculty of Liberal Arts, Chaiyaphum Rajabhat University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 137 คน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยใหม่ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งในช่องปาก ที่มารับการรักษาที่แผนก หู คอ จมูก คลินิก (ENT) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ภายในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์ และเป็นผู้ป่วยที่มีรหัสโรคมะเร็งอยู่ในช่วง C00-C10 (อ้างอิงตาม ICD, 10th revision โดยยกเว้น C07-C08) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดถูกวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคมะเร็งในช่องปากด้วยผล histological จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในระหว่างช่วงเดือนมกราคม 2555-เดือนธันวาคม 2556 เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและนำเสนอด้วยค่าความถี่ และร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งในช่องปากส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปากอยู่ในระดับสูงร้อยละ 57.7 มีพฤติกรรมในการดูแลช่องปากอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 90.5 ส่วนพฤติกรรมการกินอาหารและเคี้ยวอาหารนั้นพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงกินอาหาร เคี้ยวอาหาร และรับรู้รสชาติของอาหารได้ทุกอย่างตามปกติ คิดเป็นร้อยละ 86.9 65.0 และ 45.3 ตามลำดับ

คำสำคัญ: โรคมะเร็งในช่องปาก พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก การรับรู้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก พฤติกรรมในการดูแลช่องปาก พฤติกรรมการกินอาหารเคี้ยวอาหาร และการรับรู้รสชาติของอาหาร

Abstract

This study aimed to determine the perceived severity and health behaviors for oral cancer. We used a cross-sectional descriptive research design by questionnaire. One hundred and thirty seven subjects of this study was conducted: case subjects were newly diagnosed patients of oral cavity cancer at Ear Nose Throat Clinic (ENT) at out-patient department within 6 month before interview and including oral cavity sites C00 to C10 and excluded C07 to C08. Case subjects get in to Sappasitthiprasong Ubonratchathani Hospital between January 2012 and December 2013. And case subjects were confirmed by histopathology records. Interview are reduced by

using questionnaires. The data were analyzed by descriptive statistics, which were presented by frequency and percentage. The results showed that the case subjects are mainly perceived severity for oral cavity cancer as a high level (57.7%). The level of self oral care among case subjects as a lower level (90.5%). The most case subjects can continue to swallow food, to chew food and to perceived the taste of food as usual (86.9, 65.0 and 45.3%, respectively).

Keywords: Oral cavity cancer, health behaviors for oral cancer, perceived severity for oral cavity cancer, self oral care, swallowing food, chewing food and perception to the taste of food

บทนำ

โรคมะเร็งในช่องปากถือเป็นโรคที่ยังคงมีแนวโน้มของการเกิดโรคไม่ลดลง ดังจะเห็นได้จากรายงานผู้ป่วยของโรคมะเร็งในช่องปากทั้งในต่างประเทศและในส่วนของประเทศไทยเอง โดยพบว่า ARS (อัตราส่วนต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ของโรคมะเร็งในช่องปากสูงสุดที่ได้ถูกรายงานอยู่ในส่วนของประเทศยุโรปและเอเชียทางตอนใต้⁽¹⁾ โดยประเทศในแถบเอเชียทางตอนใต้ พบมากกว่าร้อยละ 20 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾ และจากรายงานของ The cancer registry ในปี 2009 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งในช่องปากที่เป็นเพศชายนั้น อยู่ในลำดับที่ 4 ใน 10 (ASR=5.2) ส่วนผู้หญิงอยู่ในลำดับที่ 7 ใน 10 (ASR=4.6) ของโรคมะเร็งทุกประเภทในประเทศไทย⁽³⁾ ซึ่งจากรายงานของฐานข้อมูลข้างต้นยังพบผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แม้การศึกษาที่ผ่านมาเมื่อไม่นานมานี้จะพบว่าการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการเคี้ยวหมากจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก^(4,5) แต่การศึกษาในครั้งนั้นยังขาดการสำรวจปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก⁽⁶⁾ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้นี้จึงต้องการสำรวจข้อมูลทางด้านพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเพิ่มเติมเพื่อจะได้เป็นข้อมูลที่สำคัญอีกด้านหนึ่งในการพิจารณาถึงสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก อันจะนำไปสู่แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายของโรคมะเร็งในช่องปากต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยใหม่โรคมะเร็งในช่องปากที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยการเป็นโรคมะเร็งในช่องปาก (โดยพิจารณาจากวันแรกของการวินิจฉัยโรค) ในบริเวณริมฝีปาก ลิ้น และภายในช่องปาก (C00-C10; ยกเว้น C07-C08) ในระหว่างช่วงเดือนมกราคม 2555-เดือนธันวาคม 2556 ที่มาทำการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี ซึ่งถือว่าเป็นโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง โดยทั้งหมดได้ถูกวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคมะเร็งในช่องปากด้วยผล Histological จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเป็นผู้ที่มีเวลาเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด (มีเวลาเพียงพอในการตอบแบบสอบถาม) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการฟังภาษาไทย ไม่เป็นผู้ที่มีทุพพลภาพทางด้านร่างกาย และเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวนทั้งสิ้น 137 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่นักวิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากพื้นฐานแนวคิดและองค์ความรู้ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก ซึ่งแบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน และได้ผ่านการทดลองใช้ (Try out) เพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างจริง ซึ่งแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรศาสตร์ ประกอบด้วย เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส การศึกษาของคู่สมรส อาชีพ ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ สมาชิกทั้งหมดในครอบครัว และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ส่วนที่ 2: ข้อมูลการรับรู้ความรู้แรงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก ส่วนที่ 3: ข้อมูลการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก และส่วนที่ 4: ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการกินอาหาร และเคี้ยวอาหาร โดยการสัมภาษณ์ นักวิจัยได้พยายามใช้ภาษาในการถามคำถามให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดความเข้าใจตรงกัน ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ไม่เกิน 10-15 นาที/คน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ซึ่งกรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด กรณีข้อมูลแจกแจงนับ นำเสนอด้วยตารางแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิ

ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นที่เรียบร้อยแล้ว (รหัสเอกสารรับรอง 030/2558 และเป็นส่วนหนึ่งของโครงการการศึกษาวิทยาการระบาด และลักษณะพฤติกรรมทางด้านปัจจัยบุคคล กับโรคมะเร็งช่องปากในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างของไทย)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทางด้านประชากรศาสตร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.7 มีน้ำหนักตัวและส่วนสูงโดยเฉลี่ยที่ 52.31 กิโลกรัม (S.D. = 8.36) และ 163.80 เซนติเมตร (S.D. = 6.69) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 66.82 ปี (S.D. = 12.25) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธถึงร้อยละ 99.3 มีการศึกษาสูงสุดที่ระดับประถมศึกษามากถึงร้อยละ 87.6 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่แต่งงานแล้ว ร้อยละ 60.6 โดยคู่สมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.1 ส่วนด้านการประกอบอาชีพพบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพทำนา/ทำไร่/ทำสวน ร้อยละ 79.6 ซึ่งใช้เวลาในการประกอบอาชีพนั้นๆโดยเฉลี่ย 46.48 ปี (S.D. = 14.91) โดยกลุ่มตัวอย่างมีสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวที่จำนวน 1-8 คน (Median = 4) และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 67.9 (รายละเอียดตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	Cases	
	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)
1. เพศ		
ชาย	36	26.3
หญิง	101	73.7
2. น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
Mean (S.D.)	52.31 (8.36)	
3. ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
Mean (S.D.)	163.80 (6.69)	
4. อายุ		
Mean (S.D.)	66.82 (12.25)	
5. ศาสนา		
พุทธ	136	99.3
คริสต์	1	0.7
6. การศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนเลย	5	3.6
ประถมศึกษา	120	87.6
มัธยมศึกษา	4	2.9
อุดมศึกษา	8	5.8
7. สถานภาพสมรส		
โสด	4	2.9
แต่งงาน	83	60.6
หย่า/แยก	4	2.9
หม้าย	46	33.6
8. การศึกษาของคู่สมรส		
ไม่ได้เรียนเลย	7	5.1
ประถมศึกษา	118	86.1
มัธยมศึกษา	4	2.9
อุดมศึกษา	8	5.8
9. อาชีพหลัก		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	8	5.8
ทำนา / ทำไร่ / ทำสวน	109	79.6
ค้าขาย / รับจ้างเอกชน	18	13.1
นักบวช/พระ/สามเณร	2	1.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	Cases	
	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)
10. ระยะเวลาประกอบอาชีพ (ปี)		
Mean $\pm$ SD	46.48 (14.91)	
11. สมาชิกทั้งหมดในครอบครัว (คน)		
Median (Min: Max)	4 (1 :8)	
12. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 5,000 (ต่ำ)	93	67.9
5,001 – 10,000 (ปานกลาง)	33	24.1
มากกว่า 10,001 (สูง)	11	8.0
Mean (S.D.)	5,187.21 (3,039.97)	
รวม	137	100

ข้อมูลทางด้านการรับรู้ความรุนแรง และการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งในช่องปากส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคมะเร็งในช่องปากค่อนข้างมาก ได้แก่ การเคี้ยวหนักจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งในช่องปาก และสารเคมีที่อยู่ในหมากเป็นสาเหตุหนึ่งของมะเร็งในช่องปาก ภาวะเหงือกอักเสบเรื้อรังสามารถก่อให้เกิดโรคมะเร็งในช่องปาก การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคมะเร็งในช่องปาก มะเร็งในช่องปากเกิดขึ้นเฉพาะบริเวณเหงือกเท่านั้น (คำถามเชิงลบ) การกินอาหารร้อนจัดไม่ใช่สาเหตุการเกิดแผลในช่องปาก (คำถามเชิงลบ) การเป็นแผลในช่องปากเรื้อรังอาจเสี่ยงต่อโรคมะเร็งในช่องปากได้ การดื่มแอลกอฮอล์

เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งในช่องปาก การตรวจช่องปากและซูดหินปูนสามารถป้องกันมะเร็งในช่องปากได้ และการแปรงฟันทุกครั้งหลังการรับประทานอาหารเป็นวิธีการดูแลช่องปากได้เป็นอย่างดี คิดเป็นร้อยละ 70.0, 70.0, 53.0, 69.0, 57.0, 37.0, 64.0, 57.0, 71.0 และ 77.0 ตามลำดับ ส่วนการปฏิบัติตัว พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งในช่องปากส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การแปรงฟันทุกครั้งหลังการรับประทานอาหาร การไปรับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำทุกปี ซูดหินปูนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.0, 63.0 และ 75.0 ตามลำดับ (รายละเอียดตามตารางที่ 2-5)

ตารางที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก (n = 137 คน)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย
1. การเคี้ยวหมากจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปาก	7 (5.1)	34 (24.8)	96 (70.1)
2. สารเคมีที่อยู่ในหมากเป็นสาเหตุหนึ่งของมะเร็งช่องปาก	7 (5.1)	34 (24.8)	96 (70.1)
3. ภาวะเหงือกอักเสบเรื้อรังสามารถก่อให้เกิดมะเร็งช่องปาก	17 (12.4)	48 (35.0)	72 (52.6)
4. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งของมะเร็งช่องปาก	4 (2.9)	38 (27.7)	95 (69.3)
5. มะเร็งช่องปากเกิดขึ้นเฉพาะบริเวณเหงือกเท่านั้น	78 (56.9)	44 (32.1)	15 (10.9)
6. กินอาหารร้อนจัดไม่ใช่สาเหตุการเกิดแผลในช่องปาก	51 (37.2)	57 (41.6)	29 (21.2)
7. เป็นแผลในช่องปากเรื้อรังอาจเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปาก	15 (10.9)	88 (64.2)	34 (24.8)
8. ดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของมะเร็งช่องปาก	2 (1.5)	57 (41.6)	78 (56.9)
9. ตรวจช่องปากและซูดหินปูนป้องกันมะเร็งช่องปากได้	1 (0.7)	39 (28.5)	97 (70.8)
10. การแปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหารเป็นวิธีดูแลสุขภาพช่องปาก	1 (0.7)	31 (22.6)	105 (76.6)

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก (n = 137 คน)

ระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
สูง (≥ 24 คะแนน)	79	57.7
ปานกลาง (22-23 คะแนน)	20	14.6
ต่ำ (≤ 21 คะแนน)	38	27.7

ตารางที่ 4 การปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก (n = 137 คน)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติประจำ
1. แปรงฟันทุกครั้งหลังการรับประทานอาหาร	73 (53.3)	64 (46.7)	0 (0.0)
2. รับประทานอาหารประเภทร้อนจัดเสมอ	33 (24.1)	69 (50.4)	35 (25.5)
3. รับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำทุกปี	86 (62.8)	51 (37.2)	0 (0.0)
4. ซูดหินปูนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	103 (75.2)	34 (24.8)	0 (0.0)
5. ดื่มสุราเมื่อต้องร่วมงานสังสรรค์	101 (73.7)	3 (2.2)	33 (24.1)
6. สูบบุหรี่เมื่อมีความรู้สึกเครียด	111 (81.0)	1 (0.7)	25 (18.2)

ตารางที่ 5 ระดับการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคเมร็งในช่องปาก (n = 137 คน)

ระดับการปฏิบัติตัว	จำนวน	ร้อยละ
สูง (≥ 15 คะแนน)	5	3.6
ปานกลาง (13-14 คะแนน)	8	5.8
ต่ำ (≤ 12 คะแนน)	124	90.5

ข้อมูลทางด้านพฤติกรรมกรรมการกินอาหารและเคี้ยวอาหาร

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยที่เป็นโรคเมร็งในช่องปากยังคงกินอาหาร เคี้ยวอาหาร และรับรู้รสชาติของอาหารได้ทุกอย่างตามปกติ คิดเป็นร้อยละ 86.9 65.0 และ 45.3 ตามลำดับ (รายละเอียดตามตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 พฤติกรรมการกินอาหารและเคี้ยวอาหาร (n = 137 คน)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. การกิน		
กินอาหารได้ปกติเหมือนเดิม	119	86.9
กินอาหารที่เป็นก้อนจำพวกข้าวไม่ได้	18	13.1
2. การเคี้ยว		
เคี้ยวอาหารได้เหมือนเดิม	89	65.0
เคี้ยวอาหารที่เป็นก้อนนุ่มได้	46	33.6
เคี้ยวอาหารไม่ได้แม้แต่อาหารก้อนนุ่ม	2	1.4
3. การรับรู้รสชาติอาหาร		
รับรู้รสชาติอาหารทุกอย่างได้ตามปกติ	62	45.3
รับรู้รสชาติอาหารส่วนใหญ่ได้ตามปกติ	49	35.8
รับรู้รสชาติอาหารได้บางอย่าง	26	19.0

สรุป และวิจารณ์

จากผลการศึกษาทำให้ทราบว่าผู้ป่วยโรคเมร็งในช่องปากมักเป็นในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย⁽⁷⁾ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพราะคนกลุ่มนี้มักมีพฤติกรรมกรรมการเคี้ยวหมากร่วมด้วย⁽⁸⁾ และเป็นที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยโรคเมร็งในช่องปากจะมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสรุปว่าโรคเมร็งในช่องปากนี้ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในเรื่องของศักยภาพในการรับประทานอาหาร ได้แก่ การกิน การเคี้ยว และการรับรู้รสชาติของอาหาร ส่วนใหญ่ยังคงเป็นไปอย่างปกติ⁽⁹⁾ และการที่มีระดับการ

ศึกษาน้อยคือระดับประถมศึกษาอาจจะส่งผลต่อการรับรู้และเข้าใจถึงอันตรายของปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งผลทำให้เกิดเมร็งในช่องปากได้น้อยลง และถึงแม้ว่าคะแนนด้านการรับรู้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับโรคเมร็งในช่องปากจะอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 57.7) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อกลับพบว่ายังมีอีกหลายปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ป่วยเมร็งในช่องปากยังไม่ทราบแน่ชัด/ไม่แน่ใจว่ามีความเกี่ยวข้องกับโรคเมร็งในช่องปากหรือไม่ ได้แก่ ภาวะเหงือกอักเสบเรื้อรังสามารถก่อให้เกิดเมร็งช่องปาก เมร็งช่องปากเกิดขึ้นเฉพาะบริเวณเหงือกเท่านั้น กินอาหารร้อนจัดไม่ใช่สาเหตุการเกิดแผลในช่องปาก เป็นแผลในช่องปากเรื้อรังอาจเสี่ยงต่อเมร็งช่อง

ปาก ต้มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของมะเร็งช่องปาก (ร้อยละ 35.0, 32.0, 42.0, 64.0 และ 42.0 ตามลำดับ) มากไปกว่านั้นในส่วนของพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งในช่องปาก พบว่าเกินกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำจึงเป็นที่น่าสังเกตว่า นอกจากปัจจัยทางด้านระดับการศึกษาที่เรทราบกั้นติดอยู่แล้วนั้นว่า การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการเคี้ยวหมากเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากแล้ว ยังมีปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น โดยเฉพาะปัจจัยทางปัจเจกบุคคลที่พิจารณาถึงความรู้ การรับรู้และเข้าใจถึงอันตรายของโรคมะเร็งในช่องปากที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากด้วย

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ได้ข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก ซึ่งการศึกษาค้นต่อไปควรวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ เหล่านี้ ด้วยรูปแบบงานวิจัยที่เหมาะสมกับการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร (ด้านพฤติกรรมสุขภาพ) กับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก เพื่อเป็นข้อมูลในการยืนยันถึงสาเหตุ (ด้านพฤติกรรมสุขภาพ) ของการเกิดโรคมะเร็งในช่องปากต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปีการศึกษา 2557 ที่สนับสนุนทุนวิจัย จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999;80:827-41.

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. Attasara P, Buasom R. Hospital-based Cancer Registries, Thailand 2009. Bangkok: National Cancer Institute department of Medical services Ministry of Public Health, 2010.
4. 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 Natl Cancer Inst* 2007; 99(3): 1801-10.
5. D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, Pawlita M, Fakhry C, Koch MW, et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *N Engl J Med* 2007;356: 1944-56.
6. Kulchaya Loyha, Patravoot Vatanasapt, Supanee Promthet, Donald Maxwell Parkin. Risk factors for oral cancer in Northeast Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13(10): 5087-90.
7. 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 Meth* 2009;19(6-7):427-33.
8. 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.
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.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

The effects of program to change behavior for prevention on family
leader of opisthorchiasis, tumbon Ban Phang,
Kaset Wisai district, Roi-Et province

กาญจนา ฮามสมพันธ์ ส.ม.*

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ ปร.ด.*

จิราพร วรวงศ์ ปร.ด.**

Karnjana Hamsompan M.P.H.*

Cheerasak Charoenpun Ph.D.*

Chiraporn Worawong Ph.D.**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น

*Faculty of Public Health, Mahasarakham University

**Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครัวเรือน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ใช้ระยะเวลาทดลอง 12 สัปดาห์ โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยการให้ความรู้ การสร้างพลังอำนาจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังการทดลองใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ Paired t –test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ Independent t – test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง หัวหน้าครัวเรือนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ มีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ทัศนคติมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้ คือ การที่หัวหน้าครัวเรือนได้รับองค์ความรู้ มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้หัวหน้าครัวเรือนมีความมั่นใจ กล้าแสดงความคิดเห็นร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีการเยี่ยมติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้หัวหน้าครัวเรือนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคพยาธิใบไม้ตับ หัวหน้าครัวเรือน การป้องกันโรค พฤติกรรม

Abstract

The purpose of this study the effect of a program to change behavior prevention on family leader for the conduct underlying the protection of vulnerable groups opisthorchiasis, tumbon Banphang, Kaset wisai district, Roi-Et province. This research was a quasi-experimental research. The samples were risk, 60 were assigned to experimental and control group, 30 in each group, 12-week trial period. The experimental group received behavioral modification programs include educating, empowerment, group discussions, promote prevention of Opisthorchiasis and social support from volunteers, and officials from pursuing a home visit. Data were collected using questionnaires before and after the experiment. Data were analyzed by a computer program. The statistics with percentage, mean, standard deviation, Paired t – test and Independent t – test, Sig level at 0.05

The results revealed that after the trial, the family leader had an average of knowledge about Opisthorchiasis was increase over the previous experiments with statistically significant (p -value<0.001), the attitude was increase over the previous experiments were statistically significant (p -value <0.001) and behavior to prevent Opisthorchiasis was the average increase over the previous experiments with statistically significant (p -value <0.001).

Key of success factors in this research was to gain knowledge of the family leader, empowerment make sure the family leader to comment, share knowledge, discussions and following the continuous encouragement. As a result, the family leader behavior to prevent Opisthorchiasis better had an excellent track continuous encouragement. As a result, the family leader behavior to prevent Opisthorchiasis better.

Keywords: opisthorchiasis, family leader, prevention, behavior

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับเป็นโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข พบมากในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั่วโลกคาดว่าจะมีคนติดเชื้อมากกว่า 40 ล้านคน และกว่า 600 ล้านคนเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับคนไทยกว่า 6 ล้านคนมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ⁽¹⁾ พยาธิใบไม้ตับของคนที่สำคัญมีอยู่ 3 ชนิด ได้แก่ *Clonorchis sinensis* พบระบาดแถบจีน ญี่ปุ่น ฮองกง เกาหลี ไต้หวัน และเวียดนาม *Opisthorchis felinus* พบระบาดแถบยุโรป ตะวันออก เช่น ไซบีเรีย *Opisthorchis viverrini* พบระบาดแถบประเทศไทย ลาว กัมพูชา และเวียดนาม มะเร็งตับที่สำคัญมี 2 ชนิดได้แก่มะเร็งเซลล์ตับ และมะเร็งตับชนิดเซลล์ท่อน้ำดี ซึ่งทั้งสองชนิดนี้มีปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคแตกต่างกัน⁽²⁾ มะเร็งในท่อน้ำดีพบได้บ่อยทั้งเพศชาย และเพศหญิงโดยมีแนวโน้มอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจุบันอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทยยังสูงมาก โดยเป็นประเทศที่มีมะเร็งท่อน้ำดี

สูงที่สุดในโลก และยังมีแนวโน้มว่าโรคนี้จะลดลง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์สูงสุดโดยพบผู้ป่วยชายเท่ากับ 100 คนจากประชากรแสนคน พบผู้ป่วยหญิง 50 คนต่อประชากรแสนคน⁽³⁾

ประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด และมีอุบัติการณ์สูงที่สุดในโลกเมื่อเปรียบเทียบกับอุบัติการณ์ในประเทศอเมริกาซึ่งมีเพียง 0.5-2 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานสูงสุดถึง 113.4 และ 49.8 คนต่อประชากรแสนคน ในผู้ชายและผู้หญิงพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ซึ่งพบระบาดมากในประเทศไทยและประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มพยาธิก่อมะเร็งและองค์การอนามัยโลกยังจัดพยาธิใบไม้ตับชนิดนี้ว่าเป็นตัวก่อมะเร็งชีวภาพตั้งแต่ปี 2537 และถูกยืนยันอีกครั้งในปี 2552 จากรายงานการเสียชีวิตจากสาเหตุโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี การระบาดของพยาธิใบไม้ตับครอบคลุมพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคกลาง แต่ไม่

พบอัตราการป่วยในภาคใต้ อัตราป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ต่อแสนประชากรตามรายจังหวัด ดังนี้ ปี 2550 พบอัตราป่วย ที่จังหวัดสกลนคร น่าน ลำพูน แพร่ และศรีสะเกษ ร้อยละ 22.68, 14.66, 13.32, 10.92 และ 5.19 ตามลำดับ ปี 2551 พบอัตราป่วยสูงในจังหวัดลำพูน น่าน ขอนแก่น และศรีสะเกษ ร้อยละ 11.11, 7.34, 5.93 และ 4.02 ตามลำดับ ปี 2552 พบอัตราป่วยสูงในจังหวัดสุรินทร์ น่าน แพร่ และศรีสะเกษ ร้อยละ 8.35, 7.57, 3.46 และ 2.42 ตามลำดับ และ ปี 2553 พบอัตราป่วยสูงในจังหวัดศรีสะเกษ ลำพูน แพร่ และน่าน ร้อยละ 20.40, 20.02, 9.09 และ 8.41 ตามลำดับ สถานการณ์โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยพบว่าแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวประมาณ 28,000 คนต่อปี พบมากสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 18.00 โดยพบในระดับหมู่บ้านสูงถึงร้อยละ 85.00 รองลงมาคือ ภาคเหนือพบร้อยละ 10.00 โดยพบในระดับหมู่บ้านสูงถึงร้อยละ 46.00 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 45-55 ปี ซึ่งเกิดจากการชอบกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ จนเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นสาเหตุที่สำคัญในการเป็นสารก่อมะเร็งที่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี⁽⁴⁾

ยุทธศาสตร์ “กำจัดพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” กระทรวงสาธารณสุขถือเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินยุทธศาสตร์ผ่าน 5 มาตรการหลักโดยการกำหนดนโยบายมาตรการและเป้าหมายการดำเนินงานในระยะ พ.ศ. 2555-2556 ดังนี้ คือ การป้องกันโรคและการคัดกรองโดยมีเป้าหมายลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อพยาธิใบไม้ตับเหลือไม่เกินร้อยละ 5 และความชุกของพยาธิใบไม้ตับไม่เกินร้อยละ 5 การวินิจฉัยและการดูแลรักษาเพื่อให้สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยระยะเริ่มแรกและทำการผ่าตัดรักษาได้ไม่น้อยกว่า 224 ราย โดยพัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์ผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีใน 7 จังหวัดน่านองภายใน พ.ศ. 2556 และให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยระยะห้าปีหลังผ่าตัดให้ได้มากกว่าร้อยละ 30

ผลกระทบที่เกิดจากโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า มะเร็งตับและท่อน้ำดีทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วประเทศปีละประมาณ 28,000 คนหรือเฉลี่ยวันละ 76 คน เสียค่าใช้จ่าย

จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัดประมาณ 80,000 บาทต่อราย หรือ 22,400 ล้านบาทต่อปี จากข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งใหม่ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์พบว่า มะเร็งที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดีในแต่ละปีมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ⁽⁵⁾ และจากการศึกษาความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าปี 2537 2544 และ 2550 มีอัตราความชุก 42.7, 18.1 และ 16.2 ตามลำดับ ในปี 2551 อัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทยคือ 54.8 ต่อประชากรแสนคน⁽⁶⁾ นายแพทย์นพพร ชื่นกลิ่น รองอธิบดีกรมควบคุมโรคกล่าวว่า จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ ในปี พ.ศ.2554 พบผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี 1,087 ราย และในปี 2555 พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จำนวน 773 ราย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้จัดโครงการกิจกรรมรณรงค์สัญจร “การกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2556” จะดำเนินการในพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดน่าน เพื่อสนองพระราชดำริโครงการในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีและโครงการในสมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์อัครราชกุมารี อันเนื่องมาจากอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีบางหมู่บ้านของภาคอีสานสูงกว่าร้อยละ 40 อัตราผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี คิดเป็นร้อยละ 95 ต่อประชากรแสนคน จึงสร้างกระแสประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เลิกกินปลาดิบ

อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2556 ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีเป็นยุทธศาสตร์ของ CUP มีการศึกษานำร่องโดยดำเนินการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบว่า มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นพยาธิใบไม้ตับจำนวน 19,647 คน จากทั้งหมดจำนวน 29,736 คน คิดเป็นร้อยละ 66.07 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝางพบว่ามีภาวะเสี่ยง จำนวน 1,497 คน จาก

ทั้งหมดจำนวน 1,520 คน คิดเป็นร้อยละ 98 อำเภอเกษตรวิสัยพบอัตราการอุบัติการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 0.88 และตำบลบ้านฝางพบอัตราการอุบัติการณ์ร้อยละ 2.26⁽⁷⁾ แนวทางการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่เคยใช้ส่วนใหญ่จะเป็นการอบรมให้ความรู้อย่างเดียว ขาดการติดตามและการลงพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาแนวทางในการเข้าถึงหัวหน้าครัวเรือนให้มากขึ้น จึงหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ตำบลบ้านฝาง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบว่าการคัดกรองและพบภาวะเสี่ยงมากที่สุด โดยการนำแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างพลังเสริมความมั่นใจให้กับหัวหน้าครัวเรือน ให้กล้าแสดงความคิดเห็น และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยมีเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หัวหน้าชุมชน ร่วมออกติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำและให้กำลังใจ และคาดว่าผลจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับนี้จะลดอัตราการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

2. ความมุ่งหมายเฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนทดลอง

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตของการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการวิจัยในครัวเรือนจำนวน 30 ครัวเรือน เพื่อให้การศึกษาวิจัยตรงตามประเด็นและเหมาะสม จึงกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 25 - 50 ปี ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มทดลองได้แก่หัวหน้าครัวเรือนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝาง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบคือหัวหน้าครัวเรือนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสนามชัย จำนวน 30 คนรวมทั้งสิ้น 60 คน ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 หัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนที่หัวหน้าครัวเรือนมอบหมายครัวเรือนละ 1 คนมีอายุระหว่าง 25-50 ปี

2.2 เป็นครัวเรือนที่ประกอบอาหารรับประทานเอง อย่างน้อย 4 ครั้ง/สัปดาห์

2.3 สมาชิกในครัวเรือนเคยมีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือมีญาติสายตรงเคยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือมีสมาชิกในครัวเรือนมีภาวะเสี่ยงจากแบบคัดกรอง

2.4 ไม่มีโรคประจำตัวอันจะก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ

3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

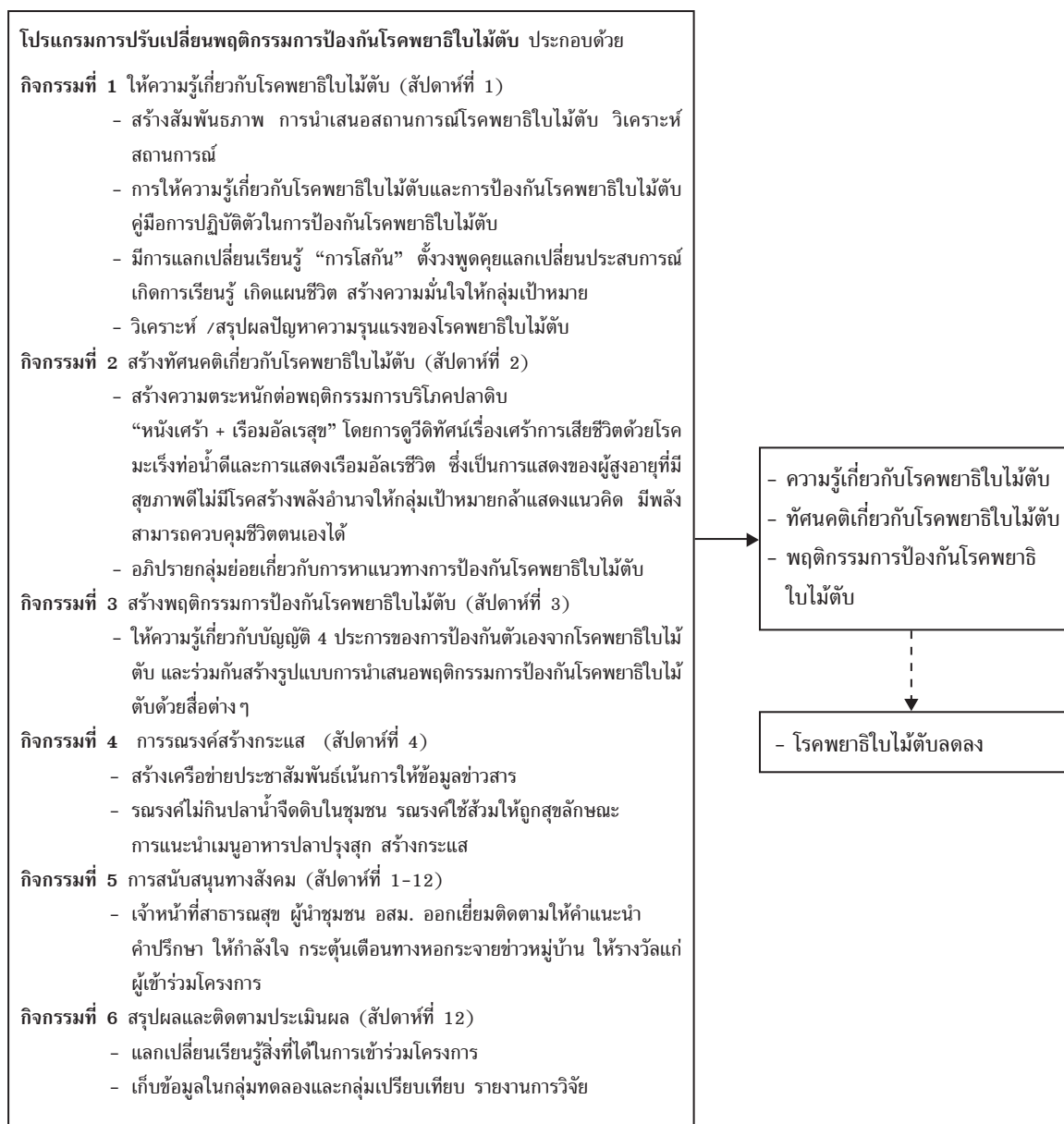
3.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

3.2 ตัวแปรตาม คือความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น (Independent Variables)

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)



รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษแบบ Two Group Pretest-Posttest Design โดยจำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ซึ่งเป็นหัวหน้าครัวเรือนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนามชัย อำเภอกษัตริย์ จังหวัดร้อยเอ็ด เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยเครื่องมือชุดเดียวกัน และมีการทดลองใช้โปรแกรมนาน 12 สัปดาห์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน ในการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Paired t test และการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35 - 40 ปี กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุ 41 - 45 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพมีคู่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือโรคแทรกซ้อน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีญาติพี่น้องเคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหรือโรคมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีญาติพี่น้องเคยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับหรือโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ตับ	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	t	95 % CI	p - value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	7.83	1.82				
หลังการทดลอง	11.87	1.01	4.04	11.84	3.34 ถึง 4.73	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	8.07	1.95				
หลังทดลอง	8.53	1.89	0.46	2.97	0.15 ถึง 0.79	< 0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 7.83 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.82 คะแนน หลังทดลองพบว่า มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.87 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนความรู้หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 4.04 คะแนน (95%CI : 3.34 ถึง 4.73)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.06 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.95 คะแนน หลังทดลองพบว่า มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.89 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนความรู้หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.46 คะแนน (95 % CI : 0.15 ถึง 0.79)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ตับ	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	t	95 % CI	p – value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	7.83	1.82	0.23	0.48	0.74 ถึง 1.20	0.601
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.07	1.95				
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.87	1.01	3.33	8.53	2.55 ถึง 4.12	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.53	1.89				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 7.83 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.82 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.07 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.95 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างสองกลุ่ม พบว่าคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} < 0.601$)

หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.87 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.89 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างสองกลุ่ม พบว่าคะแนนความรู้กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.33 คะแนน (95% CI : 2.55 ถึง 4.12)

3. ทศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ทัศนคติเกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ตับ	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	t	95 % CI	p – value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	1.99	0.25				
หลังการทดลอง	2.53	0.11	0.54	9.07	0.42 ถึง 0.66	< 0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	1.69	0.19				
หลังทดลอง	1.74	0.13	0.05	1.20	0.04 ถึง 0.15	0.241

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนทดลองมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 1.99 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.25 คะแนน หลังทดลองพบว่ามีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 2.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.11 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนทัศนคติหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.54 คะแนน (95 %CI : 0.42 ถึง 0.66)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนทดลองมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 1.69 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.19 คะแนน หลังทดลองพบว่ามีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 1.74 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.13 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนทัศนคติไม่แตกต่างกัน ($p - \text{value} = 0.241$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ทัศนคติเกี่ยวกับ โรคพยาธิใบไม้ตับ	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	t	95 % CI	p – value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	1.99	0.25				
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.69	0.19	0.23	0.48	0.23 ถึง 0.74	0.601
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.53	0.11				
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.74	0.13	0.79	25.10	0.72 ถึง 0.85	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 1.99 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.25 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบพบว่ามีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 1.69 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.19 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างสองกลุ่ม พบว่าคะแนนทัศนคติไม่แตกต่างกัน (p -value= 0.601)

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 2.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.11 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 1.74 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.13 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างสองกลุ่ม พบว่าคะแนนทัศนคติกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.05) โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.79 คะแนน (95 %CI : 0.72 ถึง 0.85)

4. พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลอง พบว่าก่อนทดลองมีคะแนน

พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 2.04 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.30 คะแนน หลังทดลอง พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 2.47 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.14 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < 0.001) โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.43 คะแนน (95 %CI : 0.29 ถึง 0.56)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนทดลองมีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 1.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 คะแนน หลังทดลอง พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 1.75 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value<0.001) โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.25 คะแนน (95 %CI : 0.12 ถึง 0.37)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	t	95 % CI	p - value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	2.04	0.30				
			0.43	6.40	0.29 ถึง 0.56	< 0.001*
หลังการทดลอง	2.47	0.14				
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	1.50	0.33				
			0.25	4.04	0.12 ถึง 0.37	< 0.001*
หลังทดลอง	1.75	0.24				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	t	95 % CI	p – value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.04	0.30	0.54	6.63	0.38 ถึง 0.71	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.50	0.33				
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.47	0.14	0.72	14.08	0.62 ถึง 0.82	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.75	0.24				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 2.04 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.30 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 1.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างสองกลุ่ม พบว่าคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) โดยก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.54 คะแนน (95 %CI : 0.38 ถึง 0.71)

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 2.47 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.14 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเฉลี่ย 1.75 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.24 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างสองกลุ่ม พบว่าคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.001$) โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.72 คะแนน (95 %CI : 0.62 ถึง 0.82)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอกะชังร้อยยี่ จังหวัดร้อยเอ็ดซึ่งมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - \text{value} < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าวเกิดจากการได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น โดยการให้ความรู้ นำเสนอสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แจกคู่มือโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหัวหน้าครัวเรือน “การสักัน”

ตั้งวงพูดคุยทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดแผนชีวิต ร่วมกันวิเคราะห์และสรุปผลปัญหาความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom B.S.1971. อ้างใน รุจิรา ดวงสงค์⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่าการเรียนรู้ที่ดีต้องใช้กิจกรรมเรียนรู้หลายรูปแบบ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมตามต้องการตามหลักการสนับสนุนทางสังคมสอดคล้องกับการศึกษาของสาธิต เสดิ⁽⁸⁾ ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับอำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารณ โสตะ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาประสิทธิภาพผลของสื่อการสอนพฤติกรรม การป้องกันพยาธิใบไม้ตับระหว่างสื่อ วีซีดี และคู่มือในนักเรียนประถมศึกษา พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับวนิดา ไชยวณิชพงษ์⁽¹⁰⁾ ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดดิบและทัศนคติต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ผลการวิจัยพบว่าประชากรมีการบริโภคปลาดิบในปริมาณที่แตกต่างกันไป ประชากรโดยส่วนมากทราบว่าการบริโภคปลาดิบเป็นสาเหตุให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 59.0 แต่ไม่ทราบว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับนั้นเป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 19.9 นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรคิดว่าการบริโภคปลาดิบนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 29.8 หรือการบริโภคแต่น้อย ร้อยละ 22.9 ไม่น่าจะเป็นสาเหตุให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแสดงให้เห็นว่าประชากรมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ถูกต้อง และประชากรส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีเช่น ร้อยละ 51.0 คิดว่ามะเร็งท่อน้ำดีสามารถตรวจพบในระยะเริ่มแรกได้ด้วยการตรวจเลือด

2. ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่ากลุ่มทดลองมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง

มีระดับทัศนคติเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมพงษ์ พะมูลิลา⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของบุรี ทิพนัส⁽¹²⁾ ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำชี : กรณีศึกษาอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยจัดกิจกรรมแทรกแซงประกอบด้วย 1) จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับชาวบ้านผู้มีความสนใจในการแก้ไขพยาธิใบไม้ตับ 2) ชาวบ้านที่ร่วมประชุมกำหนดกิจกรรมเผยแพร่ข่าวสารให้ชาวบ้านรับรู้อันตรายและแนวทางแก้ไขพยาธิใบไม้ตับ 3) ผู้วิจัยจัดทีมตรวจอุจจาระให้บริการในพื้นที่ และให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ดูไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระและตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับในเนื้อปลา 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยที่รับผิดชอบพื้นที่ทดลองได้รับการอบรมให้ตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับได้และสามารถให้บริการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิสำหรับประชาชนที่มาขอรับบริการที่สถานอนามัย 5) สมาชิกในครอบครัวเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของสมาชิกในครอบครัวพบว่า ชาวบ้านในพื้นที่ทดลองมีทัศนคติและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงขึ้นกว่าเดิม และสูงขึ้นกว่าชาวบ้านกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ชาวบ้านในครอบครัวหมู่บ้านทดลองโดยเฉลี่ยได้ส่งอุจจาระตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมและเพิ่มมากขึ้นกว่าชาวบ้านในหมู่บ้านพื้นที่ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

3. พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิวชัย ทองนาเมือง⁽¹³⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย การบรรยาย การใช้สื่อสุขภาพ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม แจกแผ่นพับคู่มือ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครู เพื่อนนักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุข และการติดตามการเยี่ยมบ้าน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับ รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมให้สุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม และได้รับการสนับสนุนกระตุ้นเตือนจากผู้ปกครอง ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p\text{-value}<0.05$) สอดคล้องกับกิตติพงษ์ พรหมพลเมือง⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงได้แก่พฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับการนำวิจัยไปใช้

1.1 การจัดกิจกรรมในการให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับต้องศึกษาปฏิทินชุมชนในการทำกิจกรรม นัดหมายชุมชน และหัวหน้าครัวเรือนให้เรียบร้อยทุกครั้ง เพื่อให้หัวหน้าครัวเรือนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบจำนวน และไม่กระทบกับการกิจของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ควรเน้นให้เกิดการฝึกปฏิบัติ เนื่องจากพบว่าหัวหน้าครัวเรือนให้ความสนใจในการฝึกปฏิบัติมากกว่าการนั่งฟังบรรยายทั่วไป

1.3 ในการจัดกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้และจดจำได้ดีที่สุด ควรจัดกิจกรรมที่มีหลากหลาย และแปลกใหม่ ควรเปิดโอกาสให้หัวหน้าครัวเรือนได้รับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง ได้ลงมือปฏิบัติทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุด

1.4 การจัดกิจกรรมที่เน้นให้หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในขั้นตอนต่าง ๆ จะทำให้ทราบสภาพปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของหัวหน้าครัวเรือน สามารถที่จะวางแผนหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาและนำมาปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นหน่วยงานอื่นหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่มีลักษณะคล้ายกันนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มอื่นๆ ในสถานบริการสาธารณสุขต่อไปได้

1.5 การจัดกิจกรรมอย่างมีระบบตามขั้นตอน การบันทึกผล และการติดตามพฤติกรรมเป็นระยะๆ

โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้หัวหน้าครัวเรือนเกิดความเกรงใจและจะให้ความสนใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 เพื่อเป็นการต่อยอดงานวิจัยควรมีการศึกษาถึงปัญหา และอุปสรรคที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขและวางแผนดำเนินงานครั้งต่อไปเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2.2 ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการโรคในกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มอื่นๆ

2.3 ควรมีการศึกษาต่อยอดในรูปแบบเดียวกันนี้ นำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มโรคอื่นๆ ที่สามารถควบคุมโรคได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.4 ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาถึงปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ความเชื่ออำนาจแห่งตน ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพครอบครัว ชุมชนและที่อยู่อาศัยว่ามีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

เอกสารอ้างอิง

1. บรรจบ ศรีภา. อุบัติการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี. วารสารสำนักบริหารการวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2550; 2(3): 13-5.
2. ญัฏฐวดี แก้วพิบูลย์, สรญา แก้วพิบูลย์. พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2553; 12(1): 49-63.
3. บรรจบ ศรีภา. Cholangiocarcinoma: Update for today and tomorrow. การประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2551; 8 ตุลาคม 2551; ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2551.
4. สำนักสารนิเทศสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. “กำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี”. [ออนไลน์]. 2556. เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2557. เข้าถึงได้จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=54729.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น. “มุ่งสู่สุขภาพ”. จุลสารก้าวหน้าหลักประกันสุขภาพ, 2553; 5:3.
6. ศิวัญ ทองนาเมือง, รุจิรา ดวงสงค์. ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. 2551; (บศ.) 12(2).
7. รุจิรา ดวงสงค์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. 2555; (บศ.) 12 (2): 80-91.
8. สาธิต เสดติ. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่างการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมและคู่มือในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
9. จุฬารณีย์ โสตะ. ประสิทธิภาพของสื่อการสอนพฤติกรรมป้องกันการพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างสื่อ VCD และคู่มือในนักเรียนประถมศึกษา อ.ภูเวียง จ.ขอนแก่น. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
10. วนิดา โชควาณิชยพงษ์. การสำรวจพฤติกรรมและทัศนคติการบริโภคปลาดิบและการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี. วารสารโรคมะเร็ง. 2552; 29(4): 162-175.

11. สมปอง พะมูลิลา. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
12. บุรี ทิพนัส, ประวัติ บุญโกมุด. ผลของการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ลุ่มน้ำชี : กรณีศึกษาอำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2551. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ 2552; 2(1): 96-104.
13. ศิวัญญ์ ทองนาเมือง. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษาอำเภอเมยวดีจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2555 ; 12 (2) : 80-91.
14. รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
15. กิตติพงษ์พรมพลเมือง, ปิตพงษ์เกษมสมบูรณ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรืองจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2557; 2(1): 53-62.

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ ทักษะคิด และพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

Personal characteristics factors, state of health, oral care attitude and oral care behaviors, influencing oral health of Type 2 Diabetes Mellitus elderly patients in Huai Rat district, Buriram province

กนกนุช เนตรงามทวี ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)

Kanoknuch Natengamtavee M.P.H. (Public Health Administration)

โรงพยาบาลห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

Huai Rat hospital, Buriram province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยวิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ ทักษะคิด และพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 150 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 14 สิงหาคม – 2 ตุลาคม พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 89.30) มีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปากอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 88.00) และมีระดับสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.67) โดยตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ น้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r = -0.326$, 95% CI = -0.504 ถึง -0.123 , P-value < 0.001) รองลงมา มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ได้แก่ ความดันโลหิตเมื่อหัวใจคลายตัว ($r = 0.264$, 95% CI = 0.099 ถึง 0.417 , P-value = 0.004) พฤติกรรมการแปรงฟัน ($r = 0.212$, 95% CI = 0.061 ถึง 0.361 , P-value = 0.009) ทักษะคิดการดูแลช่องปาก ($r = 0.165$, 95% CI = 0.005 ถึง 0.320 , P-value = 0.043) และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ($r = 0.188$, 95% CI = 0.047 ถึง 0.312 , P-value = 0.021) โดยปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ น้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ($b = -0.129$, $t = -4.279$, p-value < 0.001) พฤติกรรมการแปรงฟัน ($b = 0.291$, $t = 2.650$, p-value = 0.009) พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ($b = 0.158$, $t = 1.97$, p-value = 0.050) โดยทั้ง 3 ปัจจัยสามารถร่วมกันพยากรณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 17.6 (Adjusted $R^2 = 0.176$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สุขภาพช่องปาก น้ำตาลในเลือดสะสม

Abstract

This cross sectional descriptive research aim to determine personal characteristics factors, state of health, oral care attitude and oral care behaviors, Influencing oral health of Type 2 Diabetes Mellitus elderly patients in Huai Rat district, Buriram province. Systematic random sampling was utilized to select 150 Type 2 Diabetes Mellitus elderly patients in Huai Rat district, Buriram province. Data collection was carried out from August 14 to October 2, 2015. Data analysis was performed using both descriptive and inferential statistics including Pearson product-moment correlation and stepwise multiple regression.

The findings revealed that the level of oral care attitude at a medium level (89.30%). The level of oral care behaviors in high level (88.00 %) and the level of oral health at a medium level (60.67 %) and found that HbA1c related to oral health of Type 2 Diabetes Mellitus elderly patients had a statistically significant medium relationship ($r = -0.326$, 95% CI = -0.504 to -0.123, P-value <0.001). Factors related to oral health of Type 2 Diabetes Mellitus elderly patients had a statistically significant low relationship. Blood pressure ($r = 0.264$, 95% CI = 0.099 to 0.417, P-value = 0.004) brushing habits ($r = 0.212$, 95% CI = 0.061 to 0.361, P-value = 0.009). Oral care attitude ($r = 0.165$, 95% CI = 0.005 to 0.320, P-value = 0.043). Oral care behaviors ($r = 0.188$, 95% CI = 0.047 to 0.312, P-value = 0.021). Stepwise regression analysis indicated that there were statistically significant relationships between three factors 1) HbA1c ($b = -0.129$, $t = -4.279$, p-value <0.001) 2) Brushing habits ($b = 0.291$, $t = 2.650$, p-value = 0.009) and 3) Oral care behaviors ($b = 0.158$, $t = 1.97$, p-value = 0.050). These three factors together could predicted 17.6% of oral health of Type 2 Diabetes Mellitus elderly patients (Adjusted $R^2 = 0.176$).

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus elderly patients, oral health, HbA1c

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่กระบวนการสูงอายุทางประชากรอย่างเต็มรูปแบบ มีการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายถึงประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged society)⁽¹⁾ ทำให้การเตรียมการรองรับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตให้มีโอกาสใช้ชีวิตร่วมกับคนวัยเดียวกันและเน้นหนักในเรื่องของจิตใจและสุขภาพ รวมทั้งเรื่องสุขภาพช่องปาก เพื่อเสริมสร้างหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต⁽²⁾

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ หรือร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง⁽³⁾ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การจัดการโรคจึงเน้นที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะใกล้เคียงกับระดับปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน และก่อให้เกิดความผิดปกติ ทั้งภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต รวมถึงสุขภาพช่องปาก⁽⁴⁾ ในประเทศไทยผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ. 2555 อุบัติการณ์ 552.39 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วย

ด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 13.3⁽⁵⁾ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 71.53 มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 17.56⁽⁶⁾ จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยมักเกิดกับผู้สูงอายุ ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพ เป็นสาเหตุของการตายของคนไทย และหากไม่มีการจัดการโรคอย่างเหมาะสมจะเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพช่องปาก

สุขภาพช่องปาก มีความสำคัญต่อสุขภาพร่างกาย ถือเป็นต้นทางของการมีสุขภาพที่ดี ถ้าเรามีเหงือกและฟันแข็งแรงเคี้ยวอาหารได้ดี รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ครบถ้วน ก็ย่อมจะทำให้สุขภาพร่างกายของเราแข็งแรงด้วย⁽¹⁾ โดยกลุ่มผู้ใหญ่มีปัญหาโรคฟันผุและปริทันต์อักเสบรวมทั้งความเสื่อมถอยจากการมีอายุยืนยาว เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสูงอายุ⁽⁷⁾ และจากการทบทวนการศึกษาที่พยายามจะทำความเข้าใจความเสี่ยงของการเกิดฟันผุ ยังไม่มีกลุ่มของตัวชี้วัดความเสี่ยงใดที่สามารถใช้เป็นตัวทำนายความเสี่ยงได้เหมาะสมกับทุกกลุ่มประชากร พบว่าตัวชี้วัดที่ดีที่สุดง่ายที่สุดมาจากการตรวจสุขภาพช่องปาก⁽⁸⁾ สำหรับโรคฟันผุ โดยเฉพาะรากฟันผุ และโรคปริทันต์ เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียฟันในกลุ่มผู้สูงอายุ ความเจ็บปวดส่งผลกระทบต่อปัญหาการบดเคี้ยวสูงขึ้นด้วย และด้วยวัย ร่วมกับสภาวะโรคทางร่างกายก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากเหล่านี้ง่ายขึ้น ในขณะที่การรักษาให้ได้ผลดีทำได้ยาก และซับซ้อนขึ้น⁽⁹⁾ นอกจากนี้พบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ กล่าวคือส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก เช่น การสูญเสียฟัน การเกิดโรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์อักเสบ และโรคของเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องปากเป็นอย่างมาก⁽¹¹⁾ และผลที่ตามมาคือการสูญเสียฟัน⁽⁴⁾ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ทราบว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน⁽¹²⁾ นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนในช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานอื่นๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอัตราการไหลของน้ำลายทำให้เกิดมี

ภาวะปากแห้ง ซึ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากได้มากขึ้น⁽¹³⁾ ความชุกและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพช่องปาก อาจขึ้นอยู่กับภาวะควบคุมระดับน้ำตาล และขนาดของโรคเบาหวานและพฤติกรรมของผู้ป่วย⁽⁴⁾ จากการศึกษาด้วย systematic review ของ Janket และคณะ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาโรคปริทันต์จะมีระดับ HbA1c ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของ Darre และคณะ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาโรคปริทันต์จะมีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.79%) ถึงแม้ว่าผล meta-analysis ของ Darre จะแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ว่าการทำ non-surgical periodontal treatment สามารถลดระดับ HbA1c ลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ Darre ก็สรุปว่ายังไม่สามารถใช้เป็นข้อแนะนำในผู้ป่วยเบาหวานว่าการรักษาโรคปริทันต์จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเสมอไป⁽¹⁴⁾ จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมโรคเบาหวานได้มีความสำคัญต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้ป่วยเบาหวาน ในทางกลับกันการมีสุขภาพช่องปากที่ดีก็ส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีเช่นกัน

แผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติซึ่งได้กำหนดปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไว้ 7 ประเด็น ได้แก่ 1) การสูญเสียฟัน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน 2) ฟันผุและรากฟันผุ 3) โรคปริทันต์ 4) แผล/มะเร็งช่องปาก 5) ภาวะน้ำลายแห้ง 6) ฟันสึก 7) ปัญหาสภาวะในช่องปากที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบ⁽¹⁵⁾ และเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตด้านทันตกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพในช่องปากและการป้องกันปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย มาตรการ 3 อ. 2 ส. 1 พ. โดย 3 อ. คือ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และการทำอารมณ์ให้แจ่มใส ส่วน 2 ส. คือ การไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ และ 1 พ. คือ ตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละครั้ง ร่วมกับการดูแลอนามัยช่องปากอย่างเหมาะสม

ด้วยสูตร 2 : 2 : 2 ได้แก่ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง นานครั้งละ 2 นาที และงดรับประทานอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง⁽¹⁶⁾ จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า สร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่สำคัญทั้งในระดับ การส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากที่เหมาะสม ทันเวลา และสม่ำเสมอ จะช่วยลดการสูญเสีย ลดความยุ่งยากในการรักษาได้

โรงพยาบาลห้วยราช เป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดบุรีรัมย์ มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตอำเภอห้วยราช ซึ่งปัจจุบันมีประชากร 36,490 คน มีผู้สูงอายุ 4,840 คน ในจำนวนนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 950 คน และจากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพผู้สูงอายุในอำเภอห้วยราช ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 256 คน มีผู้สูงอายุที่มีการสบฟันแท้/เทียมน้อยกว่า 4 คู่สบ จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 53.91 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวาน 27 คน มีการสบฟันแท้/เทียมน้อยกว่า 4 คู่สบ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 81.48⁽¹⁷⁾ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานนั้น มีระดับปัญหาการสูญเสียฟันมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน ดังนั้น เพื่อให้สามารถดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องทรัพยากรที่มีอยู่ รวมทั้งปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่สามารถพยากรณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอำเภอห้วยราชได้ โดยผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งในด้านบริหาร ด้านวิชาการ และที่สำคัญสามารถใช้ในการวางแผนในการจัดบริการที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของอำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ได้เป็นอย่างดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติ พฤติกรรม การดูแลช่องปาก และสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพ สามารถร่วมกันพยากรณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ได้

วิธีดำเนินการ

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวนทั้งสิ้น 950 คน โดยขนาดของตัวอย่างคำนวณตามแนวคิดของศิริชัย กาญจนวาสี⁽¹⁸⁾ ที่คำนวณขนาดตัวอย่างจากจำนวนเท่าของตัวแปรต้น โดยจำนวนเท่าที่แนะนำให้ใช้ คือ 5 10 และ 20 เท่า โดยผู้วิจัยเลือกใช้ 10 เท่า ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรต้น 15 ตัว จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 150 ตัวอย่าง แล้วทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) จนครบจำนวน 150 ตัวอย่าง จากบัญชีรายชื่อของประชากร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นแบบเลือกตอบ และแบบปลายเปิดให้เขียนตอบ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานะสุขภาพ เป็นแบบปลายเปิดให้เขียนตอบ จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้

เลือกตอบ 5 ระดับ (5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3= ไม่แน่ใจ 2=ไม่เห็นด้วย 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ตามแนวคิดของ Likert⁽¹⁹⁾ โดยให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว โดยข้อความผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง มีข้อความจำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แบ่งเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 4.1 พฤติกรรมการแปรงฟัน เป็นแบบเลือกตอบ และแบบปลายเปิดให้เขียนตอบ จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 4.2 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5 = ทำทุกวัน, 4 = ทำบ่อย 3 = ทำบางครั้ง 2 = ทำนาน ๆ ครั้ง 1 = ไม่เคยเลย) โดยให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว โดยข้อความผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง มีข้อความจำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 5 การตรวจสภาวะสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร เป็นการบันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปาก 5 ด้าน ๆ ละ 1 ข้อ รวม 5 ข้อ การลงข้อมูลเป็นแบบเลือกตอบแบบ 2 ทางเลือก คือ ปกติ = 1 และ ผิดปกติ = 0 โดยให้ทันตบุคลากรเป็นผู้ตรวจช่องปาก และลงผลการตรวจด้วยตนเอง ส่วนที่ 6 แผนการให้บริการโดยทันตบุคลากร โดยผู้วิจัยสร้างจากข้อความแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบเลือกตอบ และแบบปลายเปิดให้เขียนตอบ จำนวน 8 ข้อ โดยให้ทันตบุคลากรที่ตรวจช่องปากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ลงความเห็นด้วยตนเอง โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้นนำไปทดลองใช้ในอำเภอพลพลชัย จังหวัดบุรีรัมย์แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในส่วนที่ 3 และ ส่วนที่ 4.2 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.79 และ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวราชเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 14 สิงหาคม - 2 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอหัวราช โดยขอให้ทันตบุคลากรในสังกัดทำหน้าที่เป็น

ผู้ประสานงาน และร่วมปฏิบัติงานโดยผู้วิจัยเป็นผู้ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ ร่วมกับบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาใช้ในการวิเคราะห์ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน การมีโรคความดันโลหิตแทรกซ้อน การอยู่อาศัยเพียงลำพัง 2) สภาวะสุขภาพ ได้แก่ รอบเอว น้ำตาลในเลือด (FBS) ความดันโลหิตเมื่อหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตเมื่อหัวใจคลายตัว น้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) รอบเอวต่อส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) 3) พฤติกรรมการแปรงฟัน 4) พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก 5) ทักษะคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก 6) สุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง และ 7) แผนการให้บริการโดยทันตบุคลากร ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) สำหรับเกณฑ์แบ่งกลุ่มใช้แนวคิดของเบสท์⁽²⁰⁾ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการแบ่ง นำช่วงค่าคะแนนในชั้นมาจัดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ดังนี้ 1) ระดับทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก คะแนนเฉลี่ย 3.68 ถึง 5.00 หมายถึงระดับมาก คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 ถึง 3.67 หมายถึงระดับปานกลาง คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 ถึง 2.33 หมายถึงระดับน้อย 2) ระดับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก คะแนนเฉลี่ย 3.68 ถึง 5.00 หมายถึงระดับมาก คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึงระดับปานกลาง คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 ถึง 2.33 หมายถึงระดับน้อย 3) ระดับสุขภาพช่องปาก คะแนนเฉลี่ย 3.36 ถึง 5.00 หมายถึงระดับมาก คะแนนค่าเฉลี่ย 1.68 ถึง 3.35 หมายถึงระดับปานกลาง คะแนนค่าเฉลี่ย 0.00 ถึง 1.67 หมายถึงระดับน้อย ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) แบ่งเป็น 1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว โดยการ

หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับการแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ของอิลลิปส์⁽²¹⁾ ซึ่งมีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 และ 2) ใช้สถิติการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate relationship) เพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล สภาวะสุขภาพ พฤติกรรมและทัศนคติการดูแลช่องปากที่ความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันพยากรณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ได้

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.00 มีค่าอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.48 ปี (S.D. = 6.16 ปี) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 - 70 ปี ร้อยละ 63.30 อายุมากที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 89 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 60.70 ในส่วนระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.70 สำหรับระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานพบว่าส่วนใหญ่ป่วยน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 78.00 ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ป่วย 6.50 ปี (Min = 1 ปี, Max = 28 ปี) รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 1,600 บาท ต่อเดือน โดยค่ามัธยฐานรายได้อยู่ที่ 1,600 บาทต่อเดือน (Min = 600 บาท, Max = 10,700 บาท) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเขตโรงพยาบาลห้วยราช ร้อยละ 36.00 รองลงมาคือ รพ.สต.สนวน ร้อยละ 25.00 และ รพ.สต.เมืองโพธิ์ ร้อยละ 14.00 ส่วนใหญ่อยู่กับลูก ร้อยละ 88.00 และพบว่าอยู่อาศัยในบ้านเพียงลำพัง ร้อยละ 15.00 และพบว่าเมื่อเจ็บป่วยได้รับการดูแลจากญาติ ร้อยละ 88.70 หลาน ร้อยละ 76.70 และดูแลตนเอง ร้อยละ 54.00

2. สถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างชายมีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 42.40 รอบเอวโดยเฉลี่ย 84.97 ซม. (S.D.=11.70 ซม.) มากที่สุด 107 ซม. น้อยที่สุด 66 ซม. ส่วนกลุ่มตัวอย่างหญิงมีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 79.50 รอบเอวโดยเฉลี่ย 86.89 ซม. (S.D.= 9.59 ซม.) มากที่สุด 103 ซม. น้อยที่สุด 65 ซม. ในส่วนรอบเอวต่อส่วนสูง พบว่า เกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 79.30 มีค่าเฉลี่ย 0.56 (S.D.= 0.06) มากที่สุด 0.66 น้อยที่สุด 0.43 สำหรับค่าดัชนีมวลกาย พบว่าอยู่ในระดับสมส่วน ร้อยละ 48.00 และน้ำหนักเกิน ร้อยละ 38.70 ค่าเฉลี่ย 23.55 กก./ตร.ม. (S.D.=3.67) ค่าสูงสุด 30.39 ค่าต่ำสุด 15.15 โดยพบค่าความดันโลหิตเมื่อหัวใจบีบตัว (systolic) เกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 24.70 ค่าเฉลี่ย 128 มม.ปรอท (S.D.= 14.85 มม.ปรอท) ค่าสูงสุด 160 มม.ปรอท ค่าต่ำสุด 96 มม.ปรอท โดยค่าความดันโลหิตเมื่อหัวใจคลายตัว (diastolic) เกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 2.70 ค่าเฉลี่ย 72 มม.ปรอท (S.D.= 10.23 มม.ปรอท) ค่าสูงสุด 96 มม.ปรอท ค่าต่ำสุด 42 มม.ปรอท ทั้งนี้ค่าความดันโลหิตเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ป้องกันภาวะโรคหัวใจ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์สีเขียวเข้ม (น้อยกว่า 140/90 mmHg) ร้อยละ 68.70 ในส่วนค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) พบว่าส่วนใหญ่อยู่ระดับสีเขียวเข้ม (น้อยกว่า 125 มก.%) ร้อยละ 48.00 รองลงมาคือสีเหลือง (125-154 มก.%) ร้อยละ 34.00 ค่าเฉลี่ย 136.09 มก.% (S.D.= 59.48 มก.%) ค่าสูงสุด 431 มก.% ค่าต่ำสุด 64 มก.% ลำดับสุดท้ายค่าน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) พบว่าส่วนใหญ่อยู่ระดับสีเขียวเข้ม (น้อยกว่า 6.5 มก.%) ร้อยละ 48.00 รองลงมาคือสีเหลือง (6.5-7 มก.%) ร้อยละ 37.30 ค่าเฉลี่ย 7.90 มก.% (S.D.= 2.73 มก.%) ค่าสูงสุด 22 ค่าต่ำสุด 4 มก.%

3. ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

พบว่าเมื่อพิจารณารายชื่อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การสูญเสียฟันเมื่อท่านแก่ขึ้นเป็นเรื่องปกติ มีทัศนคติระดับปานกลาง (Mean = 3.61 คะแนน, S.D. = 0.54 คะแนน) รองลงมาคือ สัมผัสแปรงฟันบ้าง บางวันไม่เป็นไร มีทัศนคติระดับปานกลาง (Mean = 3.55 คะแนน S.D. = 0.81 คะแนน) และ แม้ท่านจะมีฟันเสีย ฟันผุ แต่ท่านก็สามารถมีสุขภาพที่ดีได้ทัศนคติระดับปาน

กลาง (Mean = 3.41 คะแนน S.D. = 0.55 คะแนน) ทักษะโดยรวมพบว่า คะแนนทัศนคติเฉลี่ย 3.11 คะแนน (S.D.= 0.44 คะแนน) คะแนนสูงสุด 4.55 คะแนน น้อยที่สุด 2.27 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.3 รองลงมาคือทัศนคติระดับน้อย ร้อยละ 6.7 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ทักษะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ภาพรวม (n=150)

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ทัศนคติระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)	6	4.0
ทัศนคติระดับปานกลาง (2.34 - 3.67 คะแนน)	134	89.3
ทัศนคติระดับน้อย (1.00 - 2.33 คะแนน)	10	6.7

Mean $\pm$ S.D. = 3.11 $\pm$ 0.44 คะแนน Median = 3.03 คะแนน Min = 2.27 คะแนน Max = 4.55 คะแนน

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

4.1 พฤติกรรมการแปรงฟัน

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง หรือมากกว่า ร้อยละ 39.30 รองลงมาคือ แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 33.30 และพบว่าไม่แปรงฟัน ร้อยละ 25.30 โดยระยะเวลาในการแปรงฟัน พบว่าส่วนใหญ่แปรงฟันใช้เวลาไม่น้อยกว่า 2 นาที ร้อยละ 55.30 ค่ามัธยฐานระยะเวลาในการแปรงฟัน 1 นาที (Min= 0 นาที Max= 5 นาที) สำหรับยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ พบว่าส่วนใหญ่ตอบว่าไม่ทราบว่ายาสีฟันที่ใช้ผสมฟลูออไรด์หรือไม่ ร้อยละ 63.30 สำหรับการรับประทานอาหารหรือขนมมื่อถัดไป หลังแปรงฟันพบว่ามากกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 52.70

4.2 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากรายชื่อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมน้อยที่สุดคือ เคี้ยวหมาก/เห็บยาเส้น มีระดับพฤติกรรมอยู่ระดับปานกลาง (Mean = 3.10 S.D. = 1.16) รองลงมาคือ ทานของหวาน ลูกอม ไอศกรีม ผลไม้ดอง มีระดับพฤติกรรมอยู่ระดับมาก (Mean = 4.16 S.D. = 1.00) เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 4.21 คะแนน (S.D.= 0.59 คะแนน) คะแนนสูงสุด 5.00 คะแนน น้อยที่สุด 1.36 คะแนน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.00 รองลงมาคือระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ภาพรวม (n=150)

ระดับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)	132	88.00
พฤติกรรมระดับปานกลาง (2.34 - 3.67 คะแนน)	18	12.00
พฤติกรรมระดับน้อย (1.00 - 2.33 คะแนน)	0	0.00

Mean $\pm$ S.D. = 4.21 $\pm$ 0.59 คะแนน Median = 4.20 คะแนน Min = 2.40 คะแนน Max = 5 คะแนน

5. สุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม พบว่าคะแนนสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่เฉลี่ย 2.87 คะแนน (S.D.= 1.09 คะแนน) คะแนนสูงสุด 5 คะแนน น้อยที่สุด 0 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.67 รองลงมาคือ

สุขภาพช่องปากระดับมาก ร้อยละ 26.67 ดังตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างรายประเด็น จากการตรวจช่องปากโดยทันตบุคลากร ส่วนใหญ่พบอาการผิปกติที่เนื้อเยื่อช่องปาก ร้อยละ 98.00 รองลงมาคือ รากฟัน ร้อยละ 65.30 ความผิปกติของฟัน ร้อยละ 59.30 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ภาพรวม (n=150)

ระดับสุขภาพช่องปากจากการตรวจของทันตบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพช่องปากดีระดับมาก (3.37 - 5.00 คะแนน)	40	26.67
สุขภาพช่องปากดีระดับปานกลาง (1.68 - 3.36 คะแนน)	91	60.67
สุขภาพช่องปากดีระดับน้อย (0.00 - 1.67 คะแนน)	19	12.67

Mean $\pm$ S.D. = 2.87 $\pm$ 1.09 คะแนน Median = 3 คะแนน Min = 0 คะแนน Max = 5 คะแนน

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ รายประเด็น (n=150)

สุขภาพช่องปาก	ปกติ		พบความผิดปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เนื้อเยื่อช่องปาก	3	2.0	147	98.0
รากฟัน	52	34.7	98	65.3
ฟัน	61	40.7	89	59.3
คู่สบฟันหลัง	80	53.3	70	46.7
เหงือก/ปริทันต์	124	82.7	26	17.3

6. แผนการให้บริการโดยทันตบุคลากร

เมื่อพิจารณาสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างราย ประเด็น จากการตรวจช่องปากโดยทันตบุคลากร พบว่า ทันตบุคลากรได้กำหนดแผนการบริการ ตามลำดับดังนี้

ฝึกควบคุมคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 83.30 ถอน ร้อยละ 76.70 ใส่ฟันเทียมถอดได้ ร้อยละ 70.70 โดยไม่พบกลุ่ม ตัวอย่างคนใดที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อรักษาต่อดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ แผนการให้บริการผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ โดยทันตบุคลากร (n=150)

แผนการให้บริการโดยทันตบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ
ฝึกควบคุมคราบจุลินทรีย์	125	83.3
ถอน	115	76.7
ใส่ฟันเทียมถอดได้	106	70.7
อุด	46	30.7
ใช้ฟลูออไรด์เข้มข้นสูง	26	17.3
แนะนำการดูแล/การให้อุปกรณ์เสริม	149	0.7
การรักษาอื่นๆ	24	1.6

7. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษา กับสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยตัวแปรอิสระที่มีขนาดความสัมพันธ์ (r) มากที่สุดได้แก่ น้ำตาล

ในเลือดสะสม (HbA1c) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r = -0.326$, 95% CI = -0.504 ถึง -0.123 , P-value < 0.001) รองลงมา มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ได้แก่ ความดันโลหิตเมื่อหัวใจคลายตัว ($r = 0.264$, 95% CI = 0.099 ถึง 0.417 , P-value = 0.004) พฤติกรรมการแปรงฟัน ($r = 0.212$, 95% CI = 0.061 ถึง 0.361 , P-value = 0.009) พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ($r = 0.188$, 95% CI = 0.047 ถึง 0.312 , P-value = 0.021) และทัศนคติการดูแลช่องปาก ($r = 0.165$, 95% CI = 0.005 ถึง 0.320 , P-value = 0.043) นอกนั้นตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระกับสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

ตัวแปรอิสระ	สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ (Y)			
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	95% CI	P-value	ระดับความสัมพันธ์
X1 เพศ	0.039	-0.100 ถึง 0.176	0.638	ไม่มีความสัมพันธ์
X2 อายุ	-0.133	0.075 ถึง 0.019	0.105	ไม่มีความสัมพันธ์
X3 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	0.018	-0.124 ถึง 0.157	0.830	ไม่มีความสัมพันธ์
X4 โรคความดันโลหิตแทรกซ้อน	0.067	-0.113 ถึง 0.236	0.413	ไม่มีความสัมพันธ์
X5 การอยู่อาศัยเพียงลำพัง	-0.041	0.075 ถึง 0.019	0.617	ไม่มีความสัมพันธ์
X6 รอบเอว	-0.118	-0.268 ถึง 0.040	0.150	ไม่มีความสัมพันธ์
X7 น้ำตาลในเลือด (FBS)	0.010	0.075 ถึง 0.019	0.905	ไม่มีความสัมพันธ์
X8 ความดันโลหิตเมื่อหัวใจบีบตัว	-0.035	-0.188 ถึง 0.115	0.673	ไม่มีความสัมพันธ์
X9 ความดันโลหิตเมื่อหัวใจคลายตัว	0.264	0.099 ถึง 0.417	0.004	ต่ำ
X10 น้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)	-0.326	-0.504 ถึง -0.123	<0.001	ปานกลาง
X11 รอบเอวต่อส่วนสูง	-0.090	-0.241 ถึง 0.066	0.274	ไม่มีความสัมพันธ์
X12 ดัชนีมวลกาย (BMI)	-0.047	-0.198 ถึง 0.118	0.567	ไม่มีความสัมพันธ์
X13 พฤติกรรมการแปรงฟัน	0.212	0.061 ถึง 0.361	0.009	ต่ำ
X14 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก	0.188	0.047 ถึง 0.312	0.021	ต่ำ
X15 ทักษะการดูแลช่องปาก	0.165	0.005 ถึง 0.320	0.043	ต่ำ

7.2 ตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

พบว่า เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) (X_{10}) เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะทำให้คะแนนสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ลดลง 0.129 คะแนน (เมื่อควบคุมพฤติกรรมการแปรงฟัน (X_{13}) และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก (X_{14}) ให้คงที่) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = -0.129$, $t = -4.279$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อคะแนนพฤติกรรมการแปรงฟัน (X_{13}) เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คะแนนสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรค

เบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ เพิ่มขึ้น 0.291 คะแนน (เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) (X_{10}) และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก (X_{14}) ให้คงที่) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = 0.291$, $t = 2.650$, $p\text{-value} = 0.009$) เมื่อคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องปาก เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คะแนนสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ เพิ่มขึ้น 0.158 คะแนน (เมื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) (X_{10}) และพฤติกรรมการแปรงฟัน (X_{13}) ให้คงที่) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($b = 0.158$, $t = 1.97$, $p\text{-value} = 0.050$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์อำนาจพยากรณ์ของน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) (X_{10}) พฤติกรรมการแปรงฟัน (X_{13}) และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (X_{14}) ที่มีต่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ (Y)

ตัวแปรพยากรณ์	R	R ²	Adjusted R ²	b	S.E. _{est}	β	t	P-value
X_{10}	0.326	0.106	0.100	-0.129	0.030	-0.326	-4.279	<0.001
X_{13}	0.392	0.154	0.142	0.291	0.110	0.201	2.650	0.009
X_{14}	0.419	0.176	0.159	0.158	0.080	0.151	1.978	0.050

$$a = 3.392 \quad S.E._{est} = 0.292$$

จากตารางที่ 7 แสดงว่า น้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) (X_{10}) พฤติกรรมการแปรงฟัน (X_{13}) และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (X_{14}) สามารถดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ (Y) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยทั้งสามตัวแปรรวมกันพยากรณ์สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ได้ร้อยละ 17.6 มีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานการพยากรณ์ ($S.E._{est}$) 0.292 และสามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y = 3.392 - 0.129 X_{10} + 0.291 X_{13} + 0.158 X_{14}$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_r = -0.326 Z_{10} + 0.201 Z_{13} + 0.151 Z_{14}$$

วิจารณ์ผล

1. สถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิง มีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 42.40 และ 79.50 ในส่วนรอบเอวต่อส่วนสูง พบว่าเกินเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 79.30 โดยพบว่าค่าดัชนีมวลกาย มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 38.70 ซึ่งการมีรอบเอวที่เกินมาตรฐานและภาวะน้ำหนักเกินนี้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสสูงที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน

ได้⁽¹⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือด พบว่าค่าความดันโลหิตเมื่อหัวใจบีบตัว (systolic) และคลายตัว (diastolic) เกินเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 24.70 และ 2.70 ในส่วนค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) พบว่าส่วนใหญ่อยู่ระดับสีเขียวเข้ม (ระดับควบคุมโรคได้) เพียงร้อยละ 48.00 โดยพบว่าค่าน้ำตาลในเลือดสะสม (A1c) อยู่ในระดับควบคุมโรคได้ คือระดับสีเขียวเข้ม เพียงร้อยละ 37.30 เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ สงวนพันธุ์ และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่า หรือเท่ากับ 7 ซึ่งการควบคุมโรคไม่ได้นี้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก เช่น การสูญเสียฟัน การเกิดโรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์อักเสบ และโรคของเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องปากเป็นอย่างมาก⁽¹¹⁾

2. ทิศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก

จากผลของการศึกษาพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การสูญเสียฟันเมื่อท่านแก่ขึ้นเป็นเรื่องปกติ รองลงมาคือ ลืมแปรงฟันบ้างบางวันไม่เป็นไร และ แม้ท่านจะมีฟันเสียฟันผุ แต่ท่านก็สามารถมีสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งจากทัศนคติรายข้อดังกล่าวจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง และไม่สอดคล้องตามแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งได้กำหนดปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไว้ 7 ประเด็น ได้แก่ 1) การสูญเสียฟัน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน 2) ฟันผุและรากฟันผุ

3) โรคปริทันต์ 4) แผล/มะเร็งช่องปาก 5) ภาวะน้ำตาลใน
 แห่ง 6) ฟันสึก 7) ปัญหาภาวะในช่องปากที่สัมพันธ์กับ
 โรคทางระบบ⁽¹⁵⁾

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

3.1 พฤติกรรมการแปรงฟัน

พบว่าแปรงฟันวันละ 2 ครั้งหรือมากกว่า เพียง
 ร้อยละ 39.30 โดยมีผู้ที่ไม่แปรงฟันถึงร้อยละ 25.30
 โดยส่วนใหญ่แปรงฟันใช้เวลาน้อยกว่า 2 นาทีร้อยละ
 55.30 โดยหลังแปรงฟันแล้วรับประทานอาหาร หรือขนม
 มื้อถัดไปหลังแปรงฟันมากกว่า 2 ชั่วโมงเพียงร้อยละ
 52.70 จากที่กล่าวมาแสดงว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณ
 ร้อยละ 40 ยังไม่สามารถปฏิบัติตามการดูแลอนามัย
 ช่องปากอย่างเหมาะสม ด้วยสูตร 2:2:2 ได้แก่ แปรงฟัน
 อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง นานครั้งละ 2 นาที และงด
 รับประทานอาหารหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง ตามแผน
 ทันตสุขภาพแห่งชาติได้⁽¹⁶⁾

3.2 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก

ผลของการศึกษาพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยของ
 พฤติกรรมที่ดีในระดับน้อยที่สุดคือ เคี้ยวหมาก/เหินบ
 ยาเส้น สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรชัยและคณะ⁽²³⁾
 ที่พบว่าการเคี้ยวหมากมีความสัมพันธ์โดยตรงกับโรค
 ปริทันต์อักเสบ สามารถส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการ
 สูญเสียฟันเพิ่มขึ้นรองลงมาคือ ทานของหวาน ลูกอม
 ไอศกรีม ผลไม้ดอง ซึ่งทั้งสองพฤติกรรมดังกล่าว มีผลต่อ
 สุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับการ
 รับประทานอาหารหวาน นอกจากส่งผลต่อสุขภาพแล้วยัง
 ส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานอีกด้วย⁽¹⁰⁾

4. สุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลของการศึกษาสุขภาพช่องปากของกลุ่ม
 ตัวอย่างภาพรวม พบว่าคะแนนสุขภาพช่องปากภาพ
 รวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.67 เมื่อ
 พิจารณาสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างรายประเด็น
 พบว่าส่วนใหญ่พบอาการผิปกติที่เนื้อเยื่อช่องปาก
 ร้อยละ 98.00 รองลงมาคือรากฟัน ร้อยละ 65.30 ความ
 ผิดปกติของฟันร้อยละ 59.30 สอดคล้องกับแนวคิดของ
 วรางคนา เวชวิธและคณะ⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่า ความสัมพันธ์กับ

สภาวะช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลใน
 เลือดสูงควบคุมไม่ได้ จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ
 สภาวะช่องปาก ที่พบบ่อยและชัดเจนที่สุด คือผลต่อความ
 รุนแรงของการเกิดร่องลึกปริทันต์ และการสูญเสียกระดูก
 รongรับฟัน

5. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับสุขภาพ ช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอ ห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับสุขภาพ ช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอ ห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์
 ระหว่างตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษา พบว่าตัวแปรอิสระที่
 มีขนาดความสัมพันธ์ (r) มากที่สุดได้แก่ น้ำตาลในเลือด
 สะสม (HbA1c) สอดคล้องกับการศึกษาของ Darre และ
 คณะ⁽¹⁴⁾ และ Janket และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่า HbA1c มี
 ความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากที่ดี รองลงมาได้แก่
 ความดันโลหิตเมื่อหัวใจคลายตัว สอดคล้องกับแนวทาง
 ของสำนักทันตสาธารณสุขที่กำหนดให้ควบคุมความดัน
 โลหิตของผู้ป่วยเพราะส่งผลต่อสุขภาพช่องปากที่ดีของ
 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁽⁸⁾ ส่วนพฤติกรรมการแปรงฟัน และ
 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่สอดคล้องกับการ
 ศึกษาของ วัจนกร ธรรมวณิชย์และคณะ⁽¹⁰⁾ แต่สอดคล้อง
 กับแนวทางการให้บริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคใน
 ช่องปาก⁽⁸⁾ และทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่สอดคล้อง
 กับการศึกษาของ วัจนกร ธรรมวณิชย์และคณะ⁽¹⁰⁾ นอก
 นั้นตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ ไม่
 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศมัย นาทัน และพรนภา
 ศุภเรศย์ศิริ⁽²⁵⁾ ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรค
 ฟันผุที่ตัวฟัน กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ที่อยู่

5.2 ตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาพบว่า น้ำตาลในเลือดสะสม
 (HbA1c) (X_{10}) พฤติกรรมการแปรงฟัน (X_{13}) และ
 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก (X_{14}) สามารถร่วม

กันพยากรณ์สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ (Y) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยทั้งสามตัวแปรร่วมกันพยากรณ์สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ได้ร้อยละ 17.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ Darre และคณะ⁽¹⁴⁾ และ Janket และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่า HbA1c มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ นิสกุลธรร⁽²⁴⁾ ที่พบว่าโรคปริทันต์อักเสบรุนแรง จะเพิ่มความเสี่ยงให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ระดับสุขภาพช่องปาก ของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษา พบว่าตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้แก่ น้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ความดันโลหิตเมื่อหัวใจคลายตัว พฤติกรรมการแปรงฟัน พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ส่วนปัจจัยอื่นที่นำมาศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ และปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สุขภาพช่องปากได้ร้อยละ 17.6 ได้แก่ น้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) พฤติกรรมการแปรงฟัน และ พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก และเพื่อเป็นการแก้ไขส่วนขาดที่พบในการวิจัย จึงขอเสนอแนะในส่วนของผลการศึกษาที่สำคัญ ดังนี้

1. การดำเนินงานโรงพยาบาลชุมชน ทั้งฝ่ายทันตสาธารณสุข และงานโรคเรื้อรัง (NCD) ควรประสานงานและร่วมมือกันดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะการควบคุมน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) เพราะจากการศึกษครั้งนี้ และที่ผ่านมาพบว่า น้ำตาลในเลือดสะสมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากที่ดี และการมีสุขภาพช่องปากที่ดีก็จะเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีเช่นกัน

2. ฝ่ายทันตสาธารณสุขควรมีการให้ความรู้เพื่อให้ประชาชน ลด ละ เลิก พฤติกรรมการเคี้ยวหมาก และการรับประทานขนมหวาน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปาก และสุขภาพร่างกายที่ดี

3. ทุกฝ่าย/งานในโรงพยาบาลชุมชน ควรจัดให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่
 - 1) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)
 - 2) ส่งเสริมพฤติกรรมการแปรงฟัน ตามแนวทาง 2:2:2 และ ลดพฤติกรรมที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานขนมหวาน น้ำชา กาแฟ และการเคี้ยวหมาก เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยราช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลพลพลชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอห้วยราช และผู้ประสานงานทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาและความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และการร่วมตรวจสอบสุขภาพช่องปากตามโครงการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กฤษณา ตรียมณีนรัตน์, นิสสรา แผ่นศิลา, กรชนก วุฒิสมาวงศ์กุล. คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามโรค (สำหรับประชาชน). ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ; 2557.
2. ดาวเรือง แก้วขันตี, สุณี ผลดีเยี่ยม, พวงทอง ผู้กฤติยาคามิ. เอกสารประกอบการกำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพของคนไทยปี พ.ศ. 2563. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2547.

3. สุพัตรา ศรีวนิชชากร, สดางค์ ศุภผล, ทศนีย์ ญาณะ, ริชดา พิพัฒน์ศาสตร์, อรอนงค์ ดิเรกบุษราคัม, ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ และคณะ. การจัดการระบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดัน โลหิตสูง. บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิง จำกัด: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2553.
4. วัชรภรณ์ เสนสอน, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา, เสานันท์ บำเรอราช. โรคเบาหวานกับสุขภาพช่อง ปาก. วารสารทันตขอนแก่น 2553 ;13(2): 132-47.
5. สำนักทันตสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันต สาธารณสุข ประจำปี 2557. กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข; 2557.
6. อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพลีธา, ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง พ.ศ. 2555. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุม โรค กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
7. กองทันตสาธารณสุข. แนวทางพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan). กระทรวงสาธารณสุข สาขา ทันตกรรม 25 มีนาคม 2556.
8. วรางคณา เวชวิธ, ปิยะดา ประเสริฐสม, จุฬาลักษณ์ เกษตริสุวรรณ, ชุตินา โพธิ์แก้ว, นนทลี วีรัชย์, สุปราณี ดาโลดม. สารนารูทางวิชาการ. คู่มือการ ดำเนินงานโครงการส่งเสริม ป้องกันโรคในช่องปาก ผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
9. สุปราณี ดาโลดม, วรางคณา เวชวิธ, นนทลี วีรัชย์, พวงทอง ผู้กฤตยาคามิ, สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา. คู่มือการดำเนินงานโครงการส่งเสริม ป้องกันโรคใน ช่องปากผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์ทางทันต กรรม. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
10. วัจนกร ธรรมวนิชย์, ศุภโชค อมรศิริกุล, พลอยฉัตร อิงสกุลรุ่งเรือง, อภิญา พูลหลวง. ความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพกับสภาวะปริทันต์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดบุรีรัมย์. รวบรวมบทความผลงานวิชาการ. สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข; 2556:103.
11. Galili D, Findler M, Garfunkel AA. Oral and dental complications associated with diabetes and their treatment. Compendium 1994;(15):496-9.
12. Al Habashneh R, Khader Y, Hammad MM, Almuradi M. Knowledge and awareness about diabetes and periodontal health among Jordanians. J Diabetes Complications 2010;(24):409-14.
13. Kadir T, Pisiriciler R, Akyuz S, Yarat A, Emekli N, Ipbuker A. Mycological and cytological examination of oral candidal carriage in diabetic patients and non-diabetic control subjects: thorough analysis of local aetiologic and systemic factors. J Oral Rehabil 2002; (29):452-7.
14. สมาคมปริทันตวิทยาแห่งประเทศไทย. Does Periodontal Treatment Improve Glycemic Control in Diabetic Patients. Perio News 2553; 6 (3): 1-4.
15. สำนักทันตสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการสร้าง เสริมสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2557. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
16. สุธา เจริญมณีโชติชัย. การจัดการส่งเสริม ป้องกัน โรคในช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
17. โรงพยาบาลห้วยราช. รายงานผลการสำรวจสภาวะ ทันตสุขภาพกลุ่มอายุ 3 ปี 12 ปี และ 60-74 ปี อำเภห้วยราช ปี 2558. กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลห้วยราช; 2558.

18. ศิริชัย กาญจนวาสี. หน่วยที่ 13 การวิเคราะห์ตัวแปรพหุ.
ใน: สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชาระเบียบ
วิธีทางสถิติ. นนทบุรี:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช; 2554 : หน้า 159.
19. Likert R. The human organization: Is management
and value. New York: McGraw-Hill ; 1967.
20. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood
Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
21. Elifson KW. Fundamental of social statistics. New
York: McGraw-Hill; 1990.
22. พรทิพย์ สงวนพันธุ์, ฐิติพร ศิริบุรณนท์, ธันย์ธราวัชร
ดิษฐสุสดี, อีระ ศิริบุรณนท์. การประชุมวิชาการทันต
สาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี 2556 “มหกรรม
ตำบลฟันดี” 25-26 กรกฎาคม 2556 ณ โรงแรมมิ
ราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่นไฮเทล กรุงเทพมหานคร.
23. ฉัตรชัย วิวัฒนา, อมรรัตน์ รัตนศิริ, ปิยธิดา
คูทธิบุญรัตน์, เบญจา มุกดาพันธ์. ความสัมพันธ์
ระหว่างการเคี้ยวหมากกับสุขภาพช่องปากในสตรี
ชนบท จังหวัดขอนแก่น: การศึกษาระยะที่ 2. วิทยา
สารทันตสาธารณสุข 2550 ;12(1): 93-106.
24. กนกวรรณ นิสกุลธร. โรคปริทันต์อักเสบ และการ
ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรค
เบาหวาน. วารสารปริทันตวิทยา 2550 ; 4(1):
68-75.
25. พิศมัย นาทัน, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่มีความ
สัมพันธ์ต่อการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มผู้ป่วย โรค
เบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัด
ขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล 2555; 12 (2):
6-19.

การทดสอบความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส ที่ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร จังหวัดเลย และหนองบัวลำภู ปี 2557

The sensitivity of *Aedes aegypti* larvae to the concentration of
Temephos 0.02 mg/L Loei and Nongbualumphu Province, 2014

สุพรรณ สายหลักคำ ส.บ. (สาธารณสุข)

เจริญศักดิ์ แก้วหานาม ป.อพ.

พรพิมล ชันภักดี วท.บ. (กีฏวิทยา)

ศิริรัตน์ รักน้ำเที่ยง วท.บ. (กีฏวิทยา)

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงที่ 6.3 เลย

Supan Sailugkum B.P.H. (Public Health)

Jaroensak kaewhanam Dip. in Public Health

Pornpimon Kunpakdee B.Sc. (Entomology)

Sirirat Laknamthiang B.Sc. (Entomology)

Center of Vector Borne Diseases Control 6.3, Loei Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2557 โดยเก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลายจากพื้นที่คัดเลือกหมู่บ้านแบบเจาะจงในจังหวัดเลย 14 หมู่บ้าน และจังหวัดหนองบัวลำภู 6 หมู่บ้าน รวม 20 หมู่บ้าน คัดเลือกลูกน้ำยุงลายระยะ 3 (ตอนปลาย) หรือระยะ 4 (ตอนต้น) โดยใช้ตัวอย่างหมู่บ้านละ 125 ตัว ใช้ทดสอบกับสารเคมีจำนวน 100 ตัว และใช้เปรียบเทียบการทดสอบ (Control) จำนวน 25 ตัว ทดสอบต่อสารเคมีที่มีฟอส ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ตามวิธีการขององค์การอนามัยโลก ผลการศึกษา จังหวัดเลยไม่พบอำเภอที่มีระดับความไวของลูกน้ำยุงลายในระดับสูง พบมี 8 อำเภอ ที่มีระดับความไวของลูกน้ำยุงลายในระดับปานกลาง (อัตราตายร้อยละ 80.00 – 93.00) คือ อำเภอภูเรือ ท่าลี่ ผาขาว หนองหิน นาแห้ว เชียงคาน ด่านซ้าย และนาด้วง และพบอำเภอที่มีระดับความไวของลูกน้ำยุงลายในระดับต่ำ (อัตราตายร้อยละ 69.00 – 78.00) 6 อำเภอ คือ อำเภอภูกระดึง ภูหลวง ปากชม เอร่าวัน วังสะพุง และอำเภอเมือง ในจังหวัดหนองบัวลำภู พบระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอสระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร มีความคล้ายคลึงกันกับจังหวัดเลยคือไม่พบอำเภอที่มีระดับความไวในระดับสูง ซึ่งพบระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีในระดับปานกลาง (อัตราตายร้อยละ 85.00 – 89.36) มี 2 อำเภอ คือ อำเภอนาวังและนาแกอีก 4 อำเภอ มีระดับความไวในระดับต่ำ (อัตราตายร้อยละ 54.08 – 63.00) คือ อำเภอเมือง โนนสัง ศรีบุญเรืองและสุวรรณคูหา โดยสรุปจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าพื้นที่จังหวัดเลยและหนองบัวลำภูลูกน้ำยุงลายต้านทานต่อสารเคมีที่มีฟอส คือ มีระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ในระดับปานกลางและต่ำ คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากันทั้งระดับปานกลางและต่ำ

ดังนั้นการควบคุมลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ทั้ง 2 จังหวัดให้มีประสิทธิภาพ ต้องเร่งรัดให้ทุกภาคส่วนที่ใช้สารเคมีที่มีฟอส ในการควบคุมยุงลาย ให้ใช้ตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลกแนะนำ คือ 1 กรัม/น้ำ 10 ลิตร และควรใช้วิธีการอื่นๆ ร่วมด้วย

คำสำคัญ: ระดับความไว สารเคมี ที่มีฟอส ยุงลาย

Abstract

The purpose of this study was conducted in order to know the susceptibility of *Aedes aegypti* larvae to the Temephos at concentration of 0.02 mg/L, by the World Health Organization recommended method. This study had been conducted between April – July 2014. The mosquito larvae were collected purposively from 14 villages in Loei province and 6 villages in Nongbualumphu province or totally of 20 villages. The 125 mosquito larvae at stage 3 (end stage) or stage 4 (early stage) were collected from each village. One hundred larvae had been used as testing sample to the substance, while 25 larvae had been used as controlling sample according to the World Health Organization recommendation. The results shown that the sensitivity at a high level of the mosquito larvae to the substance was not detected in Loei Province, but moderately levels (80.00–93.00%) were demonstrated in 8 districts: Phuruea, Thali, Phakhao, Nonghin, Nahao, Chiangkhan, Dansai and Naduang. Moreover; lower level (69.00 – 78.00%) were found in 6 districts: Phukradueng, Phuluang, Pakchom, Arawan, wungsapung and Muangloei. Similarly results were found at Nongbualumphu Province, nothing declared at high level, but moderately level (80.00–93.00%) had been found in 2 districts: Nawung and Naklang. Moreover; lower level (69.00 – 78.00%) were found in 4 districts: Muangnongbualumphu, Nonsung, Sibunrueang and Suwannakhuha. This can be concluded that the *Aaegypti* larvae in both of this province were mostly resisted to this chemical or half of the districts in each province were detected similarly at moderate and lower level accordingly.

Therefore, controlling mosquito larvae in these province should be strictly used the chemical up to standardize recommendation by the World Health Organization, or 1 gram per 10 liters of water. Moreover; it should be combined with the other methods.

Keywords: level of sensitivity, Temephos, *Aedes aegypti*

หลักการและเหตุผล

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยมานาน พบว่าการแพร่ระบาดในประเทศไทยปี 2501 สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสเด็งกี (Dengue virus) มียุงลายบ้าน *Ae. aegypti* เป็นยุงพาหะหลักและยุงลายสวน *Ae. albopictus* เป็นยุงพาหะรอง⁽¹⁾ ข้อมูลการระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2554, 2555 และปี 2556 มีผู้ป่วยด้วยโรคนี้จำนวน 68, 386, 78, 337 และ 154, 444 ราย ตามลำดับ อัตราป่วยด้วยโรคเท่ากับ 107.06, 122.63 และ 241.03 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายเท่ากับ 0.09, 0.10 และ 0.09 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ส่วนข้อมูลการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของจังหวัดเลย (ข้อมูลจากงาน

ระบาดวิทยา สสจ.เลย) ในปีพ.ศ. 2554, 2555 และปี 2556 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคนี้จำนวน 902, 790 และ 2,752 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 139.69, 125.94 และ 436.33 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายเท่ากับ 0.32, 0.12 และ 0.25 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽²⁾ โรคนี้มีแนวโน้มระบาดมากขึ้นทุกปี แนวโน้มการระบาดมีลักษณะการระบาดแบบปีเว้นปี เมื่อวิเคราะห์ความรุนแรงโรคจากอัตราการป่วยตายด้วยไข้เลือดออกกลับพบว่าอัตราลดลง อาจเนื่องมาจากการรักษาทางการแพทย์มีเทคนิคและเทคโนโลยีที่ทันสมัย แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยและญาติขาดการเอาใจใส่ด้านสุขภาพ ไปรักษาซ้ำอาจทำให้เกิดการสูญเสียถึงแก่ชีวิต

วิธีการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคปัจจุบันเน้นการกำจัดยุงพาหะนำโรคที่เป็นระยะตัวเต็มวัยด้วย

การฉีดพ่นสารเคมี และลดการสัมผัสระหว่างคนกับยุงพาหะโดยการใช้ยาทากันยุง จุดยาไล่ยุงหรือใช้สารจากสมุนไพรไล่ยุงเช่น ตะไคร้หอม ผลมะกรูด ส่วนวิธีการกำจัดยุงพาหะนำโรคระยะลูกน้ำ โดยวิธีใช้สารเคมีกำจัด เช่น สารเคมีที่มีฟอส 1% วิธีทางชีวภาพใช้ปลากินลูกน้ำหรือแมลงอื่นๆ และแบคทีเรีย ทางกายภาพโดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และอาจจะนำมาตรการแบบ 5 ป. 1 ข. (ปิด เปลี่ยน ปล่าย ปรับปรุง และขัดผิวภาชนะเพื่อล้างไข่ยุงออก) ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่ยังเลือกใช้สารเคมีที่มีฟอส 1% กำจัดลูกน้ำยุงลาย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำสารเคมีมาใช้ ปริมาณการใช้คือ สารเคมีเคลือบเม็ดทราย 1 กรัมต่อน้ำ 10 ลิตร (ความเข้มข้นสารเคมีที่มีฟอส 1%) สารออกฤทธิ์กำจัดลูกน้ำยุงลายได้นาน 2-3 เดือน⁽³⁾ เมื่อเวลาผ่านไปความเข้มข้นของสารเคมีที่มีฟอสจะลดลงเรื่อยๆ จนไม่มีฤทธิ์จะกำจัดลูกน้ำยุงลายได้ การที่ลูกน้ำยุงลายได้รับสารเคมีในระดับต่ำทำให้มีโอกาสรอดชีวิตและเกิดการพัฒนาด้านต่อสารที่มีฟอสได้ และส่งผลต่อการกำจัดควบคุมลูกน้ำยุงลายในที่สุด⁽⁴⁾ การควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกจึงไม่ได้ผลตามต้องการ

จากการที่ประชาชนส่วนใหญ่เลือกใช้สารเคมีที่มีฟอส 1% เพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลายมานาน ลูกน้ำยุงลายอาจมีการต้านสารเคมีที่ใช้ยูกี้เป็นได้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาทดสอบหาระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอสที่ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ซึ่งปริมาณความเข้มข้นสารเคมีน้อยกว่า 50 เท่าของปริมาณความเข้มข้นที่ใช้กำจัดลูกน้ำยุงลาย และเป็นปริมาณระดับความเข้มข้นที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ศึกษานำผลการศึกษาใช้เทียบกับความไวของลูกน้ำยุงลายที่มีต่อสารเคมีระดับความเข้มข้น 1% ในพื้นที่จังหวัดเลยและจังหวัดหนองบัวลำภู (พื้นที่รับผิดชอบของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 6.3 เลย) เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และเป็นข้อมูลการเฝ้าระวังทางกีฏวิทยาของลูกน้ำยุงลาย และเผยแพร่ข้อมูลการศึกษาให้ประชาชนตัดสินใจเลือกวิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลายที่เหมาะสม เพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

- เพื่อทราบระดับความไวของลูกน้ำยุงลาย *Ae. aegypti* ต่อสารเคมีที่ระดับความเข้มข้น (diagnostic dose) ที่มีฟอส 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร

ประชากรศึกษา

ประชากรศึกษา คือ ลูกน้ำยุงลายในพื้นที่จังหวัดเลยและจังหวัดหนองบัวลำภู

กลุ่ม/ขนาดตัวอย่าง คือ ลูกน้ำยุงลายที่สุ่มเก็บมาจากหมู่บ้านคัดเลือก และคัดเลือกลูกน้ำยุงลายระยะ 3 (ตอนปลาย) หรือระยะ 4 (ตอนต้น) โดยใช้ตัวอย่างหมู่บ้านละ 125 ตัว (ใช้ทดสอบสารเคมีจำนวน 100 ตัว และลูกน้ำยุงลายเพื่อเปรียบเทียบ (Control) จำนวน 25 ตัว)

พื้นที่ศึกษา คือ เลือกหมู่บ้านโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (หมู่บ้านที่พบผู้ป่วยในปีที่ผ่านมา) โดยเลือกอำเภอละ 1 หมู่บ้าน จังหวัดเลย 14 หมู่บ้าน จังหวัดหนองบัวลำภู 6 หมู่บ้าน รวมเป็น 20 หมู่บ้าน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (semi-experimental study) โดยการเก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลายในภาคสนามมาทำการศึกษาในห้องปฏิบัติการ⁽⁵⁾ ดังนี้

เก็บลูกน้ำจากหมู่บ้านที่คัดเลือกอำเภอละหนึ่งหมู่บ้าน โดยเก็บจากภาชนะในบ้านเรือนหรือบริเวณบ้านมาพักเลี้ยงให้ลูกน้ำยุงลายแข็งแรงอยู่ในสภาพปกติ

คัดเลือกลูกน้ำยุงลายระยะ 3 (ตอนปลาย) หรือระยะ 4 (ตอนต้น) ใส่ไว้ในถ้วยเล็กที่ตวงน้ำสะอาดไม่มีสารคลอรีนหรือสารเคมีอื่นเจือปนปริมาตร 25 มิลลิตร โดยใช้กระชอนขนาดเล็กตักใส่ถ้วย ถ้วยละ 25 ตัว หมู่บ้านละ 5 ถ้วย รวมเป็นลูกน้ำหมู่บ้านละ 125 ตัว แต่ละถ้วยเขียนชื่อหมู่บ้านหรือใส่รหัสติดลำดับไว้ทุกใบ ป้องกันการสับเปลี่ยน

เตรียมถ้วยพลาสติกขนาดความจุ 400 มิลลิตร เพื่อใช้เป็นถ้วยทดสอบ นำน้ำสะอาดที่ไม่มีสารคลอรีนหรือสารเคมีอื่นเจือปนลงในถ้วยพลาสติกปริมาตรน้ำ

225 มิลลิลิตร นำสารเคมีที่มีฟอส ความเข้มข้น 6.25 ppm. เป็นสารเคมีตั้งต้น เป็นสารเคมีจาก Universiti Sains Malasia Penang, Malasia ร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก ทำให้เป็นสารละลายที่ระดับความเข้มข้น 0.02 ppm ซึ่ง เป็นระดับความเข้มข้นของสารเคมีที่มีฟอส ที่องค์การ อนามัยโลกกำหนด (ค่า Diagnostic concentration) ใช้ ทดสอบหาระดับความไวต่อสารเคมีโดยใช้ 70% Ethanol Alcohol เป็นตัวทำละลาย เติมสารละลายที่มีฟอส 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ที่เตรียมไว้ ปริมาตร 1 มิลลิลิตร ใส่ลง ไปในถ้วยทดสอบที่เติมน้ำสะอาดถ้วยละ 225 มิลลิลิตร หมู่บ้านละ 4 ถ้วย

นำลูกน้ำที่เตรียมไว้ในแต่ละถ้วยเล็กใส่ลงในถ้วย ทดสอบที่มีสารเคมีที่เตรียมไว้ ถ้วยละ 25 ตัว หมู่บ้านละ 4 ถ้วย รวมลูกน้ำทดสอบหมู่บ้านละ 100 ตัว และลูกน้ำ ยุงลายอีก 25 ตัว ใส่ลงในแก้วทดสอบน้ำสะอาดไม่มีสาร คลอรีนแต่หยด 70% Ethanol Alcohol ปริมาตร 1 มิลลิลิตร เลียงเพื่อเปรียบเทียบกับลูกน้ำที่ทดสอบ ให้เขียนชื่อหมู่บ้านหรือรหัสติดแก้วทดสอบและแก้ว ลูกน้ำยุงลายเปรียบเทียบเพื่อป้องกันความผิดพลาด

นำถ้วยทดสอบไปวางไว้ในที่อุณหภูมิห้อง 25-26 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์ 70-80 เปอร์เซ็นต์ ทั้งให้ลูกน้ำสัมผัสกับสารละลายที่มีฟอส 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร เป็นเวลา 24 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ผล

- คำนวณอัตราการตายของลูกน้ำยุงลายบ้าน สัมผัสสารเคมีที่มีฟอส 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ครบ 24 ชั่วโมง และใช้เกณฑ์การตัดสินระดับความไวตามเกณฑ์ ขององค์การอนามัยโลกปี 1998 ดังนี้

- อัตราการตาย 98-100% หมายถึง ยุงมีความไวต่อสารเคมีระดับสูง
- อัตราการตาย 80-97% หมายถึง ยุงมีความไวต่อสารเคมีระดับปานกลาง
- อัตราการตาย <80% หมายถึง ยุงมีความไวต่อสารเคมีระดับต่ำ

ในกรณีที่ชุดควบคุม ถ้ามีลูกน้ำยุงลายบ้านตาย อยู่ ในช่วงระหว่าง 5-20% จะทำการปรับค่า Abbott แต่ถ้า มีอัตราการตายมากกว่า 20% จะทำการทดสอบใหม่

สูตร การคำนวณอัตราการตาย

$$\text{อัตราการตาย} = \frac{\text{จำนวนลูกน้ำทดสอบที่ตาย}}{\text{จำนวนลูกน้ำที่ทดสอบทั้งหมด}} \times 100$$

หากอัตราการตายของลูกน้ำชุดควบคุมอยู่ระหว่างร้อยละ 5-20 ให้ปรับค่าอัตราการตายของลูกน้ำทดสอบด้วย Abbot's formula ดังนี้

$$\text{อัตราการตาย} = \frac{\text{อัตราการตายของลูกน้ำทดสอบ} - \text{อัตราการตายของลูกน้ำควบคุม}}{100 - \text{อัตราการตายของลูกน้ำควบคุม}} \times 100$$

หากอัตราการตายของลูกน้ำควบคุม มากกว่าร้อยละ 20 ให้ทำการทดสอบใหม่

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง (semi-experimental study) พบว่า ลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ จังหวัดเลยและจังหวัดหนองบัวลำภูที่เก็บตัวอย่างลูกน้ำ ยุงลายมาทำการทดสอบทุกอำเภอ คือ จังหวัดเลย 14 อำเภอ จังหวัดหนองบัวลำภู 6 อำเภอ โดยคัดเลือกพื้นที่

แบบเฉพาะเจาะจง เลือกหมู่บ้านที่มีประวัติพบผู้ป่วยใน ปีที่ผ่านมา สารเคมีที่ทำการทดสอบหาระดับความไวของ ยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส ที่ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ดำเนินการในช่วงเดือน เมษายน- กรกฎาคม 2557 การทดลองครั้งนี้ไม่มีลูกน้ำเปรียบเทียบ ตาย แสดงเป็นตารางดังนี้

ตารางที่ 1 อัตราตายของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ในพื้นที่จังหวัดเลย เดือน เมษายน – กรกฎาคม 2557

จังหวัด	พื้นที่ศึกษา	อัตราตายของลูกน้ำ (ร้อยละ)
เลย	หมู่ 5 โป่งป่าตัว ต.กกตู๋ อ.เมือง	69.00
เลย	หมู่ 7 สงเปลือย ต.ธาตุ อ.เชียงคาน	82.00
เลย	หมู่ 1 นาด้วง ต.นาด้วง อ.นาด้วง	80.00
เลย	หมู่ 1 หนองหิน ต.หนองหิน อ.หนองหิน	86.00
เลย	หมู่ 3 อีเลิศ ต.ศรีฐาน อ.ภูกระดึง	78.00
เลย	หมู่ 11 ห้วยลาดเหนือ ต.ผาขาว อ.ผาขาว	90.90
เลย	หมู่ 1 ชมเจริญ ต.ชมเจริญ อ.ปากชม	78.00
เลย	หมู่ 3 เอราวัน ต.ผาอินทร์แปลง อ.เอราวัน	77.41
เลย	หมู่ 10 โนนแสงแก้ว ต.ร่องจิก อ.ภูเรือ	93.00
เลย	หมู่ 1 โคกใหญ่ ต.โคกใหญ่ อ.ท่าลี่	92.00
เลย	หมู่ 14 ห้วยนาญ ต.ด่านซ้าย อ.ด่านซ้าย	80.00
เลย	หมู่ 5 หนองหวาย ต.นามาลา อ.นาแห้ว	84.00
เลย	หมู่ 3 โพนงาม ต.ทรายขาว อ.วังสะพุง	75.51
เลย	หมู่ 7 หนองอีเก้ง ต.ภูหอ อ.ภูหลวง	78.00

ผลการทดสอบพบว่าลูกน้ำยุงลายในพื้นที่จังหวัดเลยไม่พบอำเภอที่มีระดับความไวต่อสารเคมีสูง แต่พบอำเภอที่มีลูกน้ำยุงลายมีระดับความไวต่อสารเคมีระดับปานกลาง (อัตราตายร้อยละ 80 – 97) ได้แก่ อำเภอภูเรือ ท่าลี่ ผาขาว หนองหิน นาแห้ว เชียงคาน ด่านซ้าย และนาด้วง มีอัตราตายร้อยละ 93.00, 92.00, 90.90,

86.00, 84.00, 82.00, 80.00 และ 80.00 ตามลำดับ อำเภอที่พบว่ามีความไวต่อสารเคมีต่ำ (อัตราตายต่ำกว่าร้อยละ 80) คืออำเภอภูกระดึง ภูหลวง ปากชม เอราวัน วังสะพุงและ เมือง มีอัตราตายร้อยละ 78.00, 78.00, 78.00, 77.41, 75.51 และ 69.00

ตารางที่ 2 อัตราตายของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู เดือน เมษายน – กรกฎาคม 2557

จังหวัด	พื้นที่ศึกษา	อัตราตายของลูกน้ำ (ร้อยละ)
หนองบัวลำภู	หมู่ 7 ดอนชี ต.ลำภู อ.เมือง	57.00
หนองบัวลำภู	หมู่ 1 โคกม่วง ต.โคกม่วง อ.โนนสัง	63.00
หนองบัวลำภู	หมู่ 3 สร้างเสียน ต.หนองบัวใหญ่ อ.ศรีบุญเรือง	56.00
หนองบัวลำภู	หมู่ 5 โนนชาติ ต.นาด่าน อ.สุวรรณคูหา	54.08
หนองบัวลำภู	หมู่ 7 หนองบัวคำแสน ต.นากลาง อ.นากลาง	85.00
หนองบัวลำภู	หมู่ 7 เทพศิรินทร์ ต.เทพศิรี อ.นาวัง	89.36

ผลการทดสอบพบว่าลูกน้ำยุงลายในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภูไม่พบอำเภอที่มีระดับความไวต่อสารเคมีสูง แต่พบอำเภอที่มีลูกน้ำยุงลายมีระดับความไวต่อสารเคมีระดับปานกลาง (อัตราตายร้อยละ 80 – 97) คือ อำเภอนาวังและอำเภอนากลาง มีอัตราตายร้อยละเท่ากับ 89.36 และ 85.00 อำเภอที่พบว่ามีระดับความไวต่อสารเคมีต่ำ (อัตราตายต่ำกว่าร้อยละ 80) คืออำเภอโนนสัง เมือง ศรีบุญเรือง และสุวรรณคูหา มีอัตราตายร้อยละ 63.00 , 57.00, 56.00 และ 54.08 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ร้อยละอำเภอในพื้นที่จังหวัดเลยและจังหวัดหนองบัวลำภู มีระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร

ระดับความไวของยุงลายต่อสารเคมี ที่มีฟอส 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร	จังหวัดเลย (14 อ.)		จังหวัดหนองบัวลำภู (6 อ.)		รวม ร้อยละ
	จำนวน (อำเภอ)	ร้อยละ	จำนวน (อำเภอ)	ร้อยละ	
- ความไวต่อสารเคมีในระดับต่ำ	6	42.86	4	66.67	50.00
- ความไวต่อสารเคมีในระดับปานกลาง	8	57.14	2	33.33	50.00
- ความไวต่อสารเคมีในระดับสูง	0	0	0	0	0
รวม	14	100	6	100	100

จังหวัดเลยทั้งหมด 14 อำเภอ อำเภอที่มีระดับความไวต่อสารเคมีที่มีฟอส 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ในระดับต่ำ จำนวน 6 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 42.86 และอำเภอที่มีระดับความไวต่อสารเคมีที่มีฟอส 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ในระดับปานกลาง จำนวน 8 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 57.14 จังหวัดหนองบัวลำภูทั้งหมด 6 อำเภอ อำเภอที่มีระดับความไวต่อสารเคมีที่มีฟอส 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ในระดับต่ำ จำนวน 4 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 66.67 และอำเภอที่มีระดับความไวต่อสารเคมีที่มีฟอส 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ในระดับปานกลาง จำนวน 2 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 33.33 ไม่พบอำเภอที่มีระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ในระดับสูงเลย

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาทดสอบหาระดับความไวของลูกน้ำยุงลาย ต่อสารเคมีที่มีฟอส ที่ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัม ต่อลิตร ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 6.3 เลย ได้แก่ จังหวัดเลยและหนองบัวลำภู โดยเก็บตัวอย่างลูกน้ำยุงลายมาทดสอบทุกอำเภอในพื้นที่รับผิดชอบคือจังหวัดเลย มี 14 อำเภอ จังหวัดหนองบัวลำภู มี 6 อำเภอ จังหวัดเลย ไม่พบอำเภอที่มีระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอสในระดับสูง มี 8 อำเภอที่มีระดับความไวของลูกน้ำยุงลายในระดับปานกลาง คือ อำเภอกุเรื่อ ท่าลี่ ผาขาว หนองหิน นาแห้ว เชียงคาน ด่านซ้าย และ นาด้วง ส่วนอำเภอที่มีระดับความไวของลูกน้ำยุงลายในระดับต่ำ มี 6 อำเภอคืออำเภอกุระติง ภูหลวง ปากชม เอร์วีน วังสะพุงและ อำเภอเมือง ในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภูพบระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส มีความคล้ายคลึงกันกับจังหวัดเลย คือไม่พบอำเภอมีระดับความไวในระดับสูง ซึ่งพบความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีในระดับปานกลาง คือ อำเภอนาวังและนากลาง อีก 4 อำเภอ มีระดับความไวในระดับต่ำ คืออำเภอเมือง โนนสัง ศรีบุญเรือง และ สุวรรณคูหา พื้นที่รับผิดชอบของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 6.3 เลย มีระดับความไวต่อสารเคมีทดสอบแตกต่างกันในแต่ละระดับ จังหวัดเลยมีอำเภอที่มีระดับความไวของลูกน้ำในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.14 ของพื้นที่และอำเภอที่มีระดับความไวในระดับต่ำ ร้อยละ 42.86 ซึ่งไม่มีพื้นที่ที่มีระดับความไวของลูกน้ำยุงลายในระดับสูงเลย จังหวัดหนองบัวลำภูไม่มีอำเภอที่มีระดับความไวของลูกน้ำยุงลายในระดับสูงเลยเช่นกัน มีอำเภอที่มีระดับความไวของลูกน้ำในระดับปานกลางร้อยละ 33.33 ของพื้นที่ และอำเภอที่มีระดับความไวของลูกน้ำในระดับต่ำร้อยละ 66.67 ซึ่งเมื่อมองภาพรวมในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 6.3 เลย พบว่ามีพื้นที่ระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีในระดับต่ำ ร้อยละ 50 มีพื้นที่ระดับความไวของลูกน้ำในระดับปานกลางร้อยละ 50 และไม่มีพื้นที่

มีระดับความไวสูงในพื้นที่รับผิดชอบเลย ผลการศึกษาพบว่าพื้นที่จังหวัดเลยและหนองบัวลำภู ลูกน้ำยุงลายต้านทานต่อสารเคมีที่มีฟอส คือมีระดับความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอสระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร ในระดับปานกลางและต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของกองแก้ว ยะอุปและคณะ⁽⁶⁾ ศึกษา ระดับความไวของลูกน้ำยุงลายและยุงลายต่อสารเคมี ในเขตรับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น พบลูกน้ำยุงลายมีระดับความไวในระดับปานกลางและต่ำ ผลการศึกษาของ วาสนา สอนเพ็ง และคณะ⁽⁷⁾ พบลูกน้ำยุงลายในเขตเทศบาลสายพันธุ์มุกดาหาร สกลนคร และ ศรีสะเกษ สร้างความต้านทานต่อสารเคมีที่มีฟอส ผลการศึกษาของปรีชา เศษสมบุรณ์และคณะ⁽⁸⁾ ระดับความไวของลูกน้ำยุงลายบ้านต่อสารเคมีที่มีฟอส ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี มีระดับความไวในระดับต่ำ จากการศึกษานิติพัฒน์ มีโชคสม และคณะ พบว่าลูกน้ำยุงลายในบางพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทยเริ่มมีการสร้างความต้านทานต่อสารเคมีที่มีฟอส⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะ

ดังนั้นการควบคุมลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ทั้ง 2 จังหวัดให้มีประสิทธิภาพ ต้องเร่งรัดให้ทุกภาคส่วนที่ใช้สารเคมีที่มีฟอส ในการควบคุมยุงลาย ให้ใช้ตามมาตรฐานตามองค์การอนามัยโลกแนะนำคือ 1 กรัม/น้ำ 10 ลิตร และควรใช้มาตรการอื่นๆ ในการกำจัดลูกน้ำยุงลายร่วมด้วยและควรดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อเฝ้าระวังความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส ระดับความเข้มข้น 0.02 มิลลิกรัมต่อลิตร
2. นำข้อมูลแจ้งกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้วางแผนงานป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป
3. ควรชี้แจงให้ความรู้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเลือกใช้วิธีการควบคุมกำจัดลูกน้ำยุงลายด้วยวิธีการที่หลากหลายเพื่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ให้การสนับสนุนอนุมัติโครงการ ขอขอบคุณ ดร.เกษร แฉวโนนจิว คุณลักษณะ หลายทวีวัฒน์ คุณกองแก้ว ยะอุป และ ดร.วาสนา สอนเพ็ญ ที่ให้คำปรึกษาการทดสอบและสนับสนุนการศึกษานี้ ขอขอบคุณ คุณภานุพงษ์ พุทธษา ที่ช่วยตรวจสอบด้านภาษาต่างประเทศ ขอขอบคุณทีมกีฏวิทยาของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 6.3 เลย ที่ร่วมเก็บตัวอย่างทดสอบ จนการศึกษาสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สิริกา แสงธาราทิพย์. ระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออก ฉบับประยุกต์. สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2545.
2. ข้อมูล สถานการณ์ระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออกปี 2554-2556 งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. (เอกสารอัดสำเนา)
3. สิริกุล วงษ์ศิริโสภาคย์, บุญเสริม อ่อมอ่อง. การศึกษาฤทธิ์คงทนของทราย Temephos ในห้องปฏิบัติการ. วารสารมาลาเรีย 2545; 37 (2): 70-8.
4. ลักษณะ หลายทวีวัฒน์, กองแก้ว ยะอุป, ยุทธนา ภูทรัพย์, วุฒิพงศ์ ลิ้มปวีโรจน์. การศึกษาระดับความต้านทาน ต่อสารที่มีฟอสในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย 2549. วารสารโรคติดต่อฯ โดยแมลง 2553; 7(1): 19 - 20.
5. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการทดสอบสารเคมี. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557: หน้า 31-4.
6. กองแก้ว ยะอุป, อาสาฬหะ พิมพ์บึง, บุญส่ง กุลโฮง, พรทวีวัฒน์ ศูนย์จันทร์. ระดับความไวต่อสารเคมีของลูกน้ำยุงลายและยุงลายในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ปี 2552. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2554; 18 (3): 1-9.
7. วาสนา สอนเพ็ญ, มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล, ปารณีย์ เคนกุล. การศึกษาความต้านทานของลูกน้ำยุงลายต่อสารเคมีที่มีฟอส สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี, วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี 2550; 5(1): 13-9.
8. ปรีชา เศษสมบุรณ์, ไสว โพธิมล. ระดับความไวของลูกน้ำยุงลายบ้านต่อสารเคมี Temephos ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ปี 2550. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น: 2551; 15(4) 67-72.
9. นิธิพัฒน์ มีโชคสม, ทวีศักดิ์ ทองบุ๋, พรสุข เกิดทอง, วรวิทย์ บำรุงพงษ์, ชวลิต แก้วกก, วุฒิไกร จิตรกุล, และคณะ. ความไวของลูกน้ำยุงลายต่อสารที่มีฟอสในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย, กลุ่มโรคติดต่อฯ โดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดพิษณุโลก, 2551.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

Effects of the health behavior promotion program for preventing foot complications in patients with Type 2 Diabetes admitted to Dong Khwang Tambon health promotion hospital, Muang Nakhon Phanom, Nakhon Phanom province

จิรปรียา บุญสงค์ ส.ม.*

จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ ปร.ด.*

จิราพร วรวงศ์ ปร.ด.**

Jirapreeya Boonsong M.P.H*

Cheerasak Charoenpun Ph.D.*

Chiraporn Worawong Ph.D.**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น

*Faculty of Public Health, Mahasarakham University

**Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกัน

Abstract

The study was aimed at investigating effects of the health behavior program for preventing foot complications in patients with Type 2 Diabetes admitted to Ban Dong Khwang Tambon Health Promotion Hospital, Muang Nakhon Phanom, Nakhon Phanom province. There were totally 60 samples categorized into 2 groups each of which consisted of 30 people: the experimental and the control groups. The duration of the procedure was 12 weeks. The experimental group received the program related to patients' risks of severe illness. Pre- and post-questionnaires were employed in data collection. The data were analyzed using software. Descriptive statistics was used in general data analysis. Inferential statistic was used for comparing differences in average scores was based on the paired sample t-test for each group and the independent sample t-test between the groups sig. Level at 0.05 and the quantitative data was used content analysis. The study results demonstrated that after program experimenting, the average scores of diabetes knowledge and realization about effects of the health belief model on behaviors in preventing foot complications in the experimental group were higher than before and then those in the control group, which were statistically significant with P values less than 0.05. Overall, there was a factor of achievement in the research that the health behavior promotion program for preventing foot complications in patients with diabetes mellitus type 2 helped sharing experiences and continuously following up with home visits, resulting in behavior changes in patients to prevent foot complications better.

Keywords: Type 2 diabetes, foot complications, promote behavior, prevention

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นกับหัวใจ ไต ตา และเท้า ซึ่งโรคแทรกซ้อนนี้อาจเกิดขึ้นเร็วหรือหลายปีหลังจากเป็นโรคเบาหวาน ขึ้นอยู่กับการรักษาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด⁽¹⁾ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) คาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุระหว่าง 20 – 79 ปีทั่วโลก 285 ล้านคนในปี 2553 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 438 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า ในจำนวนนี้ 4 ใน 5 เป็นชาวเอเชียโดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คาดว่าจะเพิ่มจาก 58.7 ล้านคนเป็น 101 ล้านคน ในปี 2573 นอกจากนี้มีเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปีจำนวน 4.4 แสนคน⁽²⁾

สำหรับประเทศไทย ในช่วงปี 2551-2552 แนวโน้มความชุกของโรคเบาหวาน 3.5 ล้านคน ร้อยละ 6.9 ความชุกในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายร้อยละ 7.7 ผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง

สูง 2-4 เท่า และพบว่ามีภาวะผิดปกติของระบบประสาทและเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า และไต ในปี 2552 พบผู้ป่วยเบาหวาน 1.4 ล้านคน ร้อยละ 6.8 กลุ่มผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน 107,225 คน ร้อยละ 10 ทางตา ร้อยละ 38.5 ทางเท้า ร้อยละ 31.6 และไต ร้อยละ 21.5⁽³⁾ จากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี 2553 ในประชากรอายุ 15-74 ปี พบว่าผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลรอยแผลที่เท้าจากแพทย์หรือพยาบาลเฉลี่ย 6 ครั้งต่อปี⁽⁴⁾ ในปี 2554 พบผู้ป่วยเบาหวาน 1,745,847 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 15.88 ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 25.09 ตา ร้อยละ 18.92 เท้า ร้อยละ 17.13 หัวใจ ร้อยละ 10.22 และสมอง ร้อยละ 10.12 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน อายุ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่⁽⁵⁾ และในปี 2555 พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 7,749 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 22 คน คิดเป็นอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน 12.06 ต่อประชากร

แสนคน และมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 674,826 ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 1050.05 ต่อประชากรแสนคน⁽⁶⁾

จังหวัดนครพนมตั้งแต่ปี 2551 - 2555 พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นในทุก ๆ ปีโดยมีอัตราป่วยต่อแสนประชากร 592.49, 658.4, 773.15, 847.94 และ 824.56 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2555 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนลดลงจากอัตราป่วยในปี 2554 พบว่าตั้งแต่ปี 2551-2555 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน 13.18, 11.60, 13.96, 14.20 และ 14.86⁽⁷⁾ ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลจะพบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นทุกปีและในปี 2556 มีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 10.85 จากจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 12,478 คนคิดเป็นร้อยละ 43.97 สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนด้านประสาทจำนวน 2,260 คน คิดเป็นร้อยละ 7.96 ภาวะแทรกซ้อนด้านหลอดเลือดจำนวน 1,421 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 ภาวะแทรกซ้อนด้านต้ออัยวะจำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 0.81 มีแผลที่เท้าจำนวน 295 คน คิดเป็นร้อยละ 1.38 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอนดูแลเท้าอย่างน้อย 1 ครั้ง 13,243 คน คิดเป็นร้อยละ 61.81⁽⁷⁾

อำเภอเมืองนครพนม พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปีพบอัตราอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 1,818 1,862 2,193 2,582 และ 2,812 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางเท้าเพิ่มขึ้นในแต่ละปี โดยในปี 2551-2555 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 0.46, 0.69, 0.71, 0.35 และ 1.64 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2556 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 4,212 คน มีภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่เท้าโดยพบโรคแทรกซ้อนที่ประสาทส่วนปลายจากเบาหวานจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 พบโรคเส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตันจำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 4.32 พบผู้ป่วยถูก

ตัดอวัยวะจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 0.94 มีแผลที่เท้าจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 2.16 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอนดูแลเท้าอย่างน้อย 1 ครั้ง 3,917 คน คิดเป็นร้อยละ 92.99 ปกติจำนวน 3,796 คน และมีความผิดปกติจากการประเมินสภาพเท้าจำนวน 122 คน⁽⁷⁾

ตำบลดงขวางมีผู้ป่วยที่รับรักษาต่อจากการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลนครพนมเพื่อมารักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปี 2551-2555 เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 2.24, 2.55, 2.74, 2.65 และ 2.73 ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่เท้าโดยพบโรคแทรกซ้อนจากปี 2551 - 2555 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานมีแผลที่เท้า ร้อยละ 19.64, 4.45, 5.95, 6.25 และ 6.36 ตามลำดับ มีผู้ป่วยถูกตัดอวัยวะร้อยละ 3.57, 3.03, 1.19, 3.12 และ 3.63 ตามลำดับ ทั้งนี้มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวาง ตั้งแต่ปี 2551 - 2554 ร้อยละ 39.28, 33.33, 35.71, 32.29 และ 32.72 ตามลำดับ ในปี 2556 มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวาง จำนวน 56 คน ร้อยละ 50.90 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนประสาทส่วนปลายจากเบาหวาน มีจำนวน 1 คน ร้อยละ 1.78 พบโรคเส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตันจำนวน 8 คน ร้อยละ 14.28 พบผู้ป่วยถูกตัดอวัยวะจำนวน 3 คน ร้อยละ 5.35 มีแผลที่เท้าจำนวน 6 คน ร้อยละ 10.71 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสอนดูแลเท้าอย่างน้อย 1 ครั้งจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 64.28⁽⁸⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ตัวตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จะส่งผลให้บุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น⁽⁹⁾ ดังนั้นในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของโรคเบาหวาน โดยการเน้นบริการเชิงรุกโดยการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อ

ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเน้นพฤติกรรมในการป้องกันในระดับปฐมภูมิ คือการส่งเสริมพฤติกรรมในผู้ป่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า จึงเป็นเหตุผลหนึ่งโดยที่ตัวผู้ป่วยเองมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ดังผลการวิจัยเรื่องผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 สามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ ส่วนทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีแนวคิดที่สำคัญว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อันประกอบด้วยความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือในรูปแบบการเงิน การให้ข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและการประเมินตนเอง⁽⁹⁾ จะช่วยให้ส่งผลให้เกิดมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้นด้วย ซึ่งหากนำแนวคิดทั้งสองแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยให้การสนับสนุนทางสังคม โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีกำลังใจและสร้างแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และมีพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวาง อำเภอมะนัง จังหวัดนครพนม

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวาง อำเภอมะนัง จังหวัดนครพนม

2. ความมุ่งหมายเฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวาง อำเภอมะนัง จังหวัดนครพนม ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า พฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขวาง อำเภอมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 56 คน และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำเตย อำเภอมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 46 คน รวมทั้งหมด 102 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ใช้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน โดยจำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขวางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำเตย อำเภอมือง

จังหวัดนครพนม

3. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขวาง อำเภอมือง จังหวัดนครพนม

3.2 ตัวแปรตามคือ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติป้องกัน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า

4. ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น (Independent Variables)

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

1. กิจกรรมให้ความรู้ ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

- 1.1 บรรยายความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนด้วยวีดิทัศน์ภาพพลิก
- 1.2 กระบวนการกลุ่มวิเคราะห์ค้นหาเป้าหมายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. กิจกรรมสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3

- 2.1 นำเสนอสถานการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยเบาหวานและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าที่พบในผู้ป่วยจากวีดิทัศน์และตัวแบบจริง
- 2.2 จัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อหาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า

3. กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5

- 3.1 บรรยายความรู้ในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน
- 3.2 กระบวนการกลุ่มในการฝึกการดูแลเท้า การตรวจเท้า การทำความสะอาด การนวดเท้า และบริหารเท้า

4. กิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 7

- 4.1 แลกเปลี่ยนเรียนรู้บทวนการดูแล การตรวจ การทำความสะอาด การนวดเท้าจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมา

- 4.2 กิจกรรมกลุ่มทบทวนปฏิบัติตนในการดูแลเท้าโดยกลุ่มที่ 1 สาธิตการบริหารเท้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มที่ 2 สาธิตการตรวจและการทำความสะอาดเท้า กลุ่มที่ 3 สาธิตการนวดเท้าที่ถูกต้อง

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม สัปดาห์ที่ 1-12

ญาติ/ผู้ดูแล - กระตุ้นเตือนการออกกำลังกาย การดูแลทำความสะอาด การตรวจเท้า การบริหารเท้า
 อสม. - นำออกกำลังกาย เยี่ยมบ้านตามแบบบันทึกติดตามการเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจและรับฟังปัญหาเพื่อผ่อนคลายความเครียด

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ กระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า
3. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า
4. การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า
5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า
6. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษแบบ Two Group Pretest – Posttest Design โดยจำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำเตย อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยเครื่องมือชุดเดียวกัน และมีการทดลองใช้โปรแกรมนาน 12 สัปดาห์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน ในการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Paired t – test และการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.3 มีอายุระหว่าง 50–59 ปีร้อยละ 53.4 รองลงมาคืออายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 43.3 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 83.3 การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.7 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ 1,000–5,000 บาท ร้อยละ 76.7 การดูแลส่วน

ใหญ่เป็นคนในครอบครัวคู่สมรสบุตรหลานร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่ เป็นเวลา ระหว่าง 6–10 ปี ร้อยละ 73.4 ระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด 126–154 mg/dL ร้อยละ 36.7 มีบิตามารดาหรือญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 56.7 ไม่เคยมีแผลที่เท้าหรือเคยได้รับการผ่าตัดร้อยละ 80.0

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.7 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 93.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 73.3 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ 1,000 – 5,000 บาทร้อยละ 90 มีคนในครอบครัว คู่สมรส บุตรหลานดูแลร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเวลาระหว่าง 6–10 ปีร้อยละ 70 มีระดับน้ำตาลในเลือดส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด 126 – 154 mg/dL ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ไม่มีบิตามารดาหรือญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 80 ไม่เคยมีแผลที่เท้าหรือเคยได้รับการผ่าตัดร้อยละ 83.80

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม รายละเอียดตามตารางที่ 1

1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 13.96 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.73 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.33 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.30 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานระหว่างสองกลุ่มพบว่า คะแนนความรู้กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบ 2.63 คะแนน (95 %CI : 1.57 ถึง 3.68)

2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 4.41 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.38 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 4.07 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าระหว่างสองกลุ่มพบว่า คะแนนความรู้กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.34 คะแนน (95 %CI = 0.01 ถึง 0.56)

3) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 4.37 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.38 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 3.88 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าระหว่างสองกลุ่มพบว่า คะแนนความรู้กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.49 (95 %CI : 0.25 ถึง 0.72)

4) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 4.57 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 4.18 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ

คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าระหว่างสองกลุ่ม พบว่าคะแนนการรับรู้ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.39 คะแนน (95 %CI = 0.15 ถึง 0.62)

5) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 4.20 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.39 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ อุปสรรคในการรับรู้ อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 3.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคในการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าระหว่างสองกลุ่ม พบว่า คะแนนการรับรู้กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.40 คะแนน (95 % CI = 0.13 ถึง 0.65)

6) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 2.66 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.15 คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า 2.06 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.18 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าระหว่างสองกลุ่ม พบว่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.60 คะแนน (95 %CI : 0.50 ถึง 0.68)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แยกรายด้าน	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95%CI	t	p-value
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน							
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	11.93	2.09	0.73	-0.42 ถึง 1.89	1.26	0.21
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	11.20	2.38				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	13.96	1.73	2.63	1.57-3.68	4.99	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	11.33	2.30				
การรับรู้โอกาสเสี่ยง							
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	4.01	0.35	0.05	-0.28 ถึง 0.18	-0.44	0.21
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	4.06	0.53				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	4.41	0.38	0.34	0.01-0.56	2.94	0.005*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	4.07	0.49				
การรับรู้ความรุนแรง							
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	3.72	0.45	-0.15	-0.40 ถึง 0.10	-1.20	0.23
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.87	0.51				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	4.37	0.38	0.49	0.25-0.72	4.20	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.88	0.50				
การรับรู้ประโยชน์							
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	4.16	0.39	0.02	-0.23 ถึง 0.27	0.18	0.85
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	4.14	0.57				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	4.57	0.32	0.39	0.15-0.62	3.34	0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	4.18	0.54				

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงขวาง อำเภอมือ จังหวัดนครพนม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง (ต่อ)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แยกรายด้าน	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95 %CI	t	p-value
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า							
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	3.70	0.52				
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.79	0.60	-0.09	-0.38 ถึง 0.19	-0.65	0.51
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	4.20	0.39				
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.80	0.60	0.40	0.13-0.65	3.01	0.004*
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า							
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	2.12	0.20				
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.04	0.22	0.07	-0.03 ถึง 0.19	1.43	0.15
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	2.66	0.15				
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.06	0.18	0.60	0.05-0.68	13.48	<0.001*

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงขวาง อำเภอมือ จังหวัดนครพนม ซึ่งผู้วิจัยมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองระดับปานกลางและหลังทดลองมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญเรือนทิพย์มูล⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์การจัดการและแรงบันดาลใจทางสังคมร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระบบบริการปฐมภูมิ

กรณีศึกษา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครพนม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญญภักดีแห่งนาเลน⁽¹²⁾ ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลเท้าผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม พบว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ปฏิบัติตามโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความรู้ในเรื่องการดูแลเท้าและพฤติกรรมการดูแลเท้ามากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.01) และได้สรุปว่าการจัดโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะไตรตรองส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้และมีพฤติกรรมในการดูแลเท้า จากการจัดโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันภาวะ

แทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีการให้ความรู้โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน การจัดกระบวนการกลุ่มและมีญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ติดตามเยี่ยมบ้านให้ความรู้เหมาะสมกับเนื้อหากิจกรรมและบริบทของชุมชน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากการใช้วิธีการหลายอย่าง นอกจากนี้การประชุมกลุ่มโดยใช้ตัวแบบ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และการนำไปใช้แก้ปัญหาได้

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า พบว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าระดับมาก และหลังทดลองมีระดับการรับรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของศรีธัญญา เพิ่มศิลป์⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภอบุขลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น จากผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการมีภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จากการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเท้าโดยมีการจัดกิจกรรมบรรยายนำเสนอสถานการณ์ภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าที่พบในผู้ป่วยจากอดีตและตัวแบบจริง การจัดกระบวนการกลุ่มร่วมกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการหาแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า การวิเคราะห์ถึงสาเหตุและอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าร่วมกัน ซึ่งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองจะได้รับการตรวจเท้าเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลเท้า ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีมาลัย วิสุทธิศิริ⁽¹³⁾ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลครบุรี จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผลประเมินการใช้รูปแบบการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการคัดกรองนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าอย่างได้ผล และผู้ป่วยเบาหวานทุกคนในกลุ่มนี้ไม่ต้องถูกตัดเท้า

3. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้า พบว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในระดับมาก และหลังทดลองมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุเมธ แสนสิงห์ชัย⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลป่าสัก อำเภอมือง จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และแรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคและปัจจัยร่วมต่าง ๆ อยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ด้านการพักผ่อนและการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการทดลองครั้งนี้พบว่าเกิดแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน

จากการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า พบว่าการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากการเยี่ยมบ้านของญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเท้า ตรวจเท้า ทำความสะอาดเท้า และบริหารเท้า แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า พบว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในระดับมาก และหลังทดลองมีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเกสร กิ่งโพธิ์⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านเหลื่อม อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา พบว่าภายหลังการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่ได้รับคำแนะนำแบบมีส่วนร่วม มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค พฤติกรรม การป้องกันโรค ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ การร่วมอภิปรายถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับ

รู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับรู้ถึงประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรม การตรวจดูแลเท้า การทำความสะอาดเท้า การนวดและการบริหารเท้าจากการเข้าร่วมโปรแกรม และจากการได้รับคำแนะนำ และฝึกปฏิบัติจากญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าเพิ่มขึ้นเมื่อคิดเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติและผลเสียหากไม่ปฏิบัติตามที่ถูกต้อง

5. การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า พบว่ากลุ่มทดลองก่อนการทดลอง การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในระดับมาก และหลังทดลองมีระดับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณีย์ศรีนวล⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดของกลุ่มเสี่ยงเท่ากับ 44.20 คะแนนซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.85 คะแนนและพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่าก่อนทดลองและไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ จากการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า การดำเนินกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ถึงสาเหตุและอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และนำประเด็นที่วิเคราะห์ได้มาร่วมกันอภิปรายเพื่อชี้ให้เห็นว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมดูแลเท้า การทำความสะอาดและการบริหารเท้า ทำให้เสียเวลา ความไม่สบาย หรือการปฏิบัติที่ขัดกับอาชีพในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง ผู้ป่วยจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้ามากขึ้น

6. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังทดลองพฤติกรรมในการป้องกันเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p -value <0.05) สอดคล้องกับการศึกษา บุญญภักดี เห่งนาเลน⁽¹²⁾ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลเท้าผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม พบว่าผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ปฏิบัติตามโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความรู้ในเรื่องการดูแลเท้าและพฤติกรรมในการดูแลเท้ามากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.01) และได้สรุปการจัดโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะเฝ้าระวังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้และมีพฤติกรรมในการดูแลเท้า จากการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการสอนทักษะการดูแลเท้าให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งการสนับสนุนอุปกรณ์ในการตรวจเท้า ดูแลเท้าผู้ป่วยเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมโดยการสร้างเครือข่ายมิตรใกล้บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เท้าและติดตาม

การปฏิบัติตนในการดูแลเท้า การตรวจความผิดปกติของเท้า การนวดเท้า และการออกกำลังกายเท้าซึ่งเป็นการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยเบาหวานในการปฏิบัติตนในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ติดตามพฤติกรรมในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมที่บ้านได้ทุกคน ดังนั้นลงบันทึกในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และการตอบคำถามในแบบสอบถาม จึงอาจมีข้อมูลที่บิดเบือนไปจากความจริงได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมในการบริหารเท้า ดังนั้นจึงควรมีการติดตามพฤติกรรมที่บ้านอาจเป็นการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจและสังเกตพฤติกรรมหรือสอบถามจากบุคคลร่วมบ้านโดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข

1.2 ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งมีระยะเวลาในการบรรยายนานเกินไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย และไม่สนใจที่จะรับฟัง เพื่อไม่ให้เกิดความเบื่อหน่าย ควรมีกิจกรรมที่หลากหลาย สร้างความน่าสนใจแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่ามีปัญหาเรื่องจำนวนข้อแบบสอบถามที่มีมากเกินไป ผู้ป่วยบางคนเกิดความเบื่อหน่าย ครั้งต่อไปควรระมัดระวังในเรื่องจำนวนข้อของแบบสอบถาม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นอกเหนือจากรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล การกำหนดเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองตามบริบทของพื้นที่และมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และติดตามประเมินผลด้วยตนเอง

2.2 ควรวางแผนการประยุกต์ใช้โปรแกรมให้เกิดความเหมาะสมทั้งด้านระยะเวลาและกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเพื่อทดสอบและทบทวน ปรับปรุงโปรแกรม

2.3 ควรมีการนำไปประยุกต์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานด้านอื่นๆต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อ.ดร.จิราพร วรวงศ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางวาว และผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุนให้การช่วยเหลือจนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เบาหวาน โรงพยาบาลศิริราช. คู่มือปรับวิถีชีวิต พิชิตเบาหวาน. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งพับลิชชิ่ง; 2556.
2. สุทธิชัย ภัทรกุลวณิช. ประเด็นสารณรงควัฒนเบาหวานโลก ปีงบประมาณ 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com>
3. นุชรี อาบสุวรรณ, นิตยา พันธุะวณิช. ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2557 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 มี.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaincd.com>
4. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2553. นนทบุรี; 2554.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน สรุปรายงานผลการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มี.ค.2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th>
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2556]. เข้าถึงได้

จาก: <http://www.thaincd.com/information-statis/non-communicable-disease-data.php>

7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ระบบคลังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ข้อมูลสถิติโรคเบาหวานจังหวัดนครพนม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nkp.moph.go.th>
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางวาว. ข้อมูลระบบสุขภาพ. การประชุมคณะกรรมการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; 10 กันยายน 2556; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางวาว; 2556.
9. จุฬารัตน์ โสตะ. การศึกษาในสถานบริการสาธารณสุข. ขอนแก่น : ภาควิชาสุขศึกษาและสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
10. ศรีญาเพิ่มศิลป์. ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอุบลรัตน์ อำเภอบุขารัตน์ จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
11. ขวัญเรือน ทิพย์มูล. ผลของโปรแกรมประยุกต์การจัดการและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระบบบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษา อำเภอบุขารัตน์ จังหวัดนครพนม.[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
12. บุญญภักดี เห่งนาเลน. ผลของการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรีจังหวัดนครปฐม.[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2550.
13. ศรีมาลัย วิสุทธิศิริ. การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครบุรี จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2553;16(1): 60-73.

14. สุเมธ แสนสิงห์ชัย. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลป่าสัก อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
15. เกษม นครเขต. การคัดกรองเบาหวาน: คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิ. ม.ป.ท.; 2549.
16. อรุณีย์ ศรีนวล. การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.

รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์

The implementation of the community care model for the elderly
group in Nonsila sub-district Sahatsakhan district Kalasin province

ทัศนีย์ อนันต์วัน ส.ม. (สาธารณสุข)*

สงครามชัย ลีทองดี ประ.ด.*

ชาญชัยณรงค์ ทรงคศิริ ประ.ด.**

Thassnee Anantawan M.P.H. (Public Health)*

Songkramchai Leethongdee Ph.D.*

Chanchainarong Songkasri Ph.D.**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

*Faculty of Public Health, Mahasarakham University

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

***Faculty of Public Health, Kalasin University

บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทห่างไกลเป็นอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งแตกต่างไปจากสภาพพื้นที่และบริบทสังคมอื่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนของตำบลโนนศิลา อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเป็นเครือข่ายในชุมชน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 41 คน และดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2558 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานคือ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนครั้งนี้ มี 6 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ 5) ติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงาน 6) จัดเวทีแลกเปลี่ยนและถอดบทเรียน ผลการดำเนินงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนเพิ่มขึ้นกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้การประเมินผลดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของตำบลโนนศิลาผ่านเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานครั้งนี้ เกิดจาก 1) การใช้กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายในชุมชนให้เข้าร่วมดำเนินการ 2) สร้างระบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3) ส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุดูแลกันเอง ปัจจัยดังกล่าวนี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิธีการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายในที่สุด

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน การดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เครือข่ายชุมชน

Abstract

Elderly care in rural areas is different from other conditions and social context. This action research aimed to study the elderly model in the community of Nonsila sub-district Sahatsakhan district, Kalasin province. The 41 participants who related with the elderly care model in the community were selected with simple random sampling technique. It was conducted time between February and June 2015. Regarding quantitative data was using created questionnaire to collect and applied in-depth interviews and observation for qualitative data. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, average, and standard deviation, and Including inferential statistics by paired t-test.

The result was found that development process of the community care of the elderly comprised in 6 phases: 1) To analyze the context and the problems 2) workshops and planning with participatory 3) Formulate an action plan 4) Implement of program / project 5) Monitor and evaluate to support 6) organizing seminars and lessons learned. The statistic results showed that the level of knowledge about long-term care for the elderly in the community and level of participation in the elderly care networks were increased with statistically significant ($p\text{-value} < 0.05$). This model was contributed to an evaluation level of the elderly care in the community was passed in the standard of long-term care for the elderly of Department of Health, Ministry of Public Health.

In summary, the key success factors in the implementation of this model were comprised 1) strategy to enhancing stake-holder involvement 2) capacity building system for the community volunteers for the elderly care and 3) activities for friendly care taker in each other in the community. These factors were influenced to community care methods for achieving the goals in the end.

Keywords: Community participation, the elderly care service, community network

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ให้ความสำคัญกับการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุให้มีสิทธิได้รับสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี ต้องได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐและต้องสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพึ่งตนเองได้

เพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความสุขในช่วงท้ายของชีวิต ซึ่งประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 อันเป็นผลจากการที่อัตราเกิดของคนไทยลดลงอย่างมากและชีวิตของคนไทยที่ยืนยาวขึ้นส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ.2553 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.1, 26.6 และ 32.1 ในปี พ.ศ. 2563, 2573

และ 2583 ตามลำดับ⁽¹⁾ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและเกิดโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากขึ้น⁽²⁾ และการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งอาจมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันไปตามความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุเอง⁽³⁾

จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุของสัณคนนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีร้อยละ 43.0 รองลงมาสุขภาพดีปานกลาง ร้อยละ 28.9 ผู้สูงอายุสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 21.5 และผู้สูงอายุสุขภาพไม่ดีมาก ร้อยละ 2.8 และพบผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังร้อยละ 7.6⁽²⁾ นอกจากนี้ยังพบมีปัญหาด้านสุขภาพป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ร้อยละ 31.7, 13.3 และ

7.0 ตามลำดับ⁽⁴⁾ จากข้อมูลดังกล่าวภาครัฐจะต้องให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุให้ครอบคลุมกับความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแบบสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากจากการขาดความชัดเจนในการกำหนดแผนแนวทางและนโยบายร่วมกันระหว่างภาคประชาชน ท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องและยั่งยืน⁽²⁾ จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด ตั้งแต่ พ.ศ. 2552-2556 ร้อยละ 10.3, 10.8, 11.3, 11.8, และ 12.0 ตามลำดับ⁽⁵⁾

จากรายงานข้อมูลผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสหัสขันธ์ ปี 2556 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้) ร้อยละ 96.6 ผู้สูงอายุติดบ้าน (ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง) ร้อยละ 2.4 และผู้สูงอายุติดเตียง (ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้) ร้อยละ 0.9 พบผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 18.1⁽⁶⁾

ตำบลโนนศิลาเป็นตำบลที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. 2552-2556 ร้อยละ 12.3, 13.0, 13.1, 13.9 และ 14.6 ตามลำดับ และจากการประเมินผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ในเดือน เมษายน 2557 พบว่า กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (ผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้) ร้อยละ 97.4 กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (ผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้บ้าง) ร้อยละ 1.7 กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง (ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้) ร้อยละ 0.8 ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุตำบลโนนศิลาส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 18.6 รองลงมาโรคเบาหวานร้อยละ 17.1 พบผู้สูงอายุเป็นผู้พิการร้อยละ 1.4 ไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 17.0 ด้านการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุต่อประชากรที่มารับบริการทั้งหมด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 - พ.ศ.2556 ร้อยละ 22.0 15.0, 34.2, 39.1, 42.5 และ 48.2 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น

และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการป่วยด้วยโรคปวดกล้ามเนื้อร้อยละ 45.2 รองลงมา โรคปวดข้อร้อยละ 38.2 และโรคเบื่ออาหารร้อยละ 22.2⁽⁷⁾ และจากการประเมินตำบลผู้สูงอายุระยะยาวของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสหัสขันธ์ พบว่าตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินในองค์ประกอบที่ 2 ไม่มีการจัดตั้งชมรมและกิจกรรมตามเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุ และยังขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากเครือข่ายในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลสุขภาพตามมาตรฐาน ซึ่งที่ผ่านมาเป็นการให้บริการแบบสงเคราะห์เพียงอย่างเดียว

ดังนั้น เมื่อพิจารณาปัญหาข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน เพื่อหาแนวทางและรูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis และ Mc Taggart ซึ่งประกอบไปด้วย ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนการสังเกต และขั้นตอนการสะท้อนผล ซึ่งเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ ชุมชน ภาคีเครือข่ายเข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินงานและให้เกิดแนวปฏิบัติในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 เพื่อศึกษาการสร้างรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.3 เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่าย

ชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart ได้แก่ ขั้นการวางแผน ขั้นการปฏิบัติ ขั้นการสังเกตการณ์ และขั้นการสะท้อนผล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 พื้นที่การวิจัย ครึ่งนี้ทำการวิจัยในพื้นที่ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาเทศบาลตำบล คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)

1.3 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 41 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน สมาชิกสภาเทศบาลตำบล 2 คน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 คน อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 14 คน จากหมู่บ้านที่ประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 หมู่บ้าน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์คัดเลือก

1) มีเกณฑ์คัดเลือกหมู่บ้าน คือหมู่บ้านที่มีชมรมผู้สูงอายุไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ พ.ศ.2557

2) เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในบ้านม่วงคำ หมู่ที่ 2 ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นเครือข่ายชุมชนในหมู่บ้าน และสมัครใจและสามารถเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้จนครบกระบวนการได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 แผนปฏิบัติการ (Action Plan) การวิจัยรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เรื่องการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย ด้านการค้นหาคำถามและสาเหตุของปัญหา ด้านการวางแผนแก้ไขปัญหาด้านการดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านการประเมินผล ข้อมูลปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

2.3 แบบสังเกตพฤติกรรมเครือข่ายชุมชนในการปฏิบัติงานตามแผนในขั้นตอนปฏิบัติ

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับประชากรที่ศึกษาในพื้นที่ บ้านไทรทอง หมู่ที่ 11 ตำบลนามะเขือ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 ราย แล้วตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยแบบทดสอบความรู้เรื่องการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวใช้สูตรของ คูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

แบบวัดการมีส่วนร่วมดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคซ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับและเชื่อถือได้

4. วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc Taggart เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

4.1 ขั้นการวางแผน (Planning) มีขั้นตอนในการศึกษาดังนี้ 1) ศึกษาบริบทชุมชนและประเมินสถานการณ์

2) ศึกษาการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
 3) จัดประชุมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ทดสอบความรู้การมีส่วนร่วมก่อนการดำเนินงาน และจัดทำแผนโดยมีแผนดำเนินงาน จำนวน 4 โครงการ ได้แก่
 1. โครงการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ 2. โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 3. โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4. โครงการเยี่ยมยามถามไถ่คู่หูใจผู้สูงวัย

4.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) นำแผนปฏิบัติการหรือโครงการที่ได้ในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ ได้ดำเนินการตามโครงการทั้ง 4 โครงการ มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางด้านกายจิตใจ สังคม มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเครือข่ายชุมชน

4.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นการสังเกตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บรวบรวมหลักฐานจากการปฏิบัติตั้งแต่ก่อนการดำเนินงาน ระหว่างการดำเนินงาน และหลังการดำเนินงานจากการประชุมกลุ่มย่อย นิเทศ ติดตาม สนับสนุน และตรวจเยี่ยม

4.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) เป็นขั้นตอนการสรุปผลการดำเนินงานโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทดสอบความรู้การมีส่วนร่วมหลังการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรค วางแผนหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

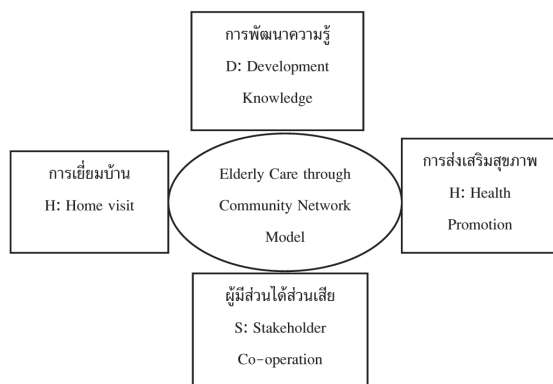
การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าจำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

บ้านม่วงคำ ตั้งอยู่ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์จำนวน 132 หลังคาเรือน ประชากร 660 คน เพศชาย 331คน (ร้อยละ 50.2) และเพศหญิง 329 คน (ร้อยละ 49.9) ประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.2 ของประชากรทั้งหมด อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 87.8) จากการศึกษาบริบทวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุไม่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน ไม่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลสุขภาพตามเกณฑ์ทั้งด้านร่างกายจิตใจ ชะพินทรีย์ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน และภาคีเครือข่ายไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่ชัดเจน ขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดการระดมทุนและขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน และการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาเป็นการให้บริการแบบสงเคราะห์เพียงอย่างเดียว

กระบวนการพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนที่มุ่งเน้นให้เครือข่ายชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่ขั้นการวางแผนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และจัดทำแผนแก้ไขปัญหา ซึ่งมีแผนงานจากขั้นการวางแผน จำนวน 4 โครงการ คือ
 1) โครงการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ 2) โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 3) โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4) โครงการเยี่ยมยามถามไถ่คู่หูใจผู้สูงวัย ผลการดำเนินการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้มีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานโดยเครือข่ายชุมชน ทำให้มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากเครือข่ายที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพ การจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ การติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับเครือข่ายชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน สามารถสรุปรูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน คือ DSHH Model

ประกอบด้วย D: Development Knowledge, S: Stakeholder Co-operation, H: Health Promotion, H: Home visit ดังภาพประกอบ 1



ภาพ 1 รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน คือ 1) การใช้กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายในชุมชนให้เข้าร่วมดำเนินการ 2) สร้างระบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 3) ส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุดูแลกันเอง ปัจจัยดังกล่าวนี้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิธีการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายในที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 41 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.5 อายุระหว่าง 38 – 44 ปี ร้อยละ 36.6 อายุต่ำสุด 35 ปี อายุเฉลี่ย 48.1 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 85.4 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 26.8 อาชีพหลัก เกษตรกรรม ร้อยละ 85.4 รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,501 – 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 53.7

ด้านความรู้การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว พบว่าก่อนการพัฒนาความรู้ของเครือข่ายชุมชนบ้านม่วงคำ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 87.8 และหลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 68.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและระดับความรู้เรื่องการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังการพัฒนาของเครือข่ายชุมชน (n = 41)

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา (n = 41)		หลังการพัฒนา (n = 41)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	0	0	28	68.3
ปานกลาง	5	12.2	13	31.7
ต่ำ	36	87.8	0	0

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าเครือข่ายชุมชนบ้านม่วงคำ หลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับสูงซึ่งมากกว่าก่อนการพัฒนาซึ่งอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่อง การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความรู้	T	p-value
ก่อน	6.56	1.63	ต่ำ	19.28	<.001*
หลัง	12.22	1.70	สูง		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ด้านการมีส่วนร่วมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าก่อนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนบ้านม่วงคำ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 41.5 และหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.5 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละและระดับการมีส่วนร่วม
ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลัง
การพัฒนาของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการมี ส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา (n = 41)		หลังการพัฒนา (n = 41)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	0	0	33	80.5
ปานกลาง	24	58.5	8	19.5
น้อย	17	41.5	0	0

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วม
ดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา
โดยรวม พบว่าหลังการพัฒนาเครือข่ายชุมชน บ้านม่วง
คำมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุ คะแนนเฉลี่ย 3.88 มากกว่าก่อนการพัฒนา
คะแนนเฉลี่ย 2.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วน
ร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อน
และหลังการพัฒนาของกลุ่มตัวอย่าง
(n = 41)

การมี ส่วนร่วม	— X	S.D.	ระดับ ความรู้	t	p-value
ก่อน	2.33	.18	น้อย	30.72	<.001*
หลัง	3.88	.26	มาก		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาการพัฒนา
รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่าย
ชุมชนตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action
Research) ประกอบด้วย ขั้นการวางแผน (Planning)
ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ขั้นการสังเกตการณ์

(Observation) และขั้นการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่ง
ดำเนินการ 1 วงรอบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การวางแผนการดำเนินงาน
การปฏิบัติงาน การประเมินผลการดำเนินงาน และพัฒนา
ความรู้ เพื่อให้เกิดแผนงานโครงการที่เกิดจากการมี
ส่วนร่วมของคนในชุมชน และให้มีความสอดคล้องกับ
สถานการณ์ปัญหาบริบทพื้นที่

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุนับเป็นกิจกรรมที่มีความ
สำคัญที่สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับปัญหาและความ
ต้องการของผู้สูงอายุ การอบรมคณะกรรมการชมรมผู้สูง
อายุและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่มา
สนับสนุนให้การดำเนินงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่
ได้มาตรฐาน และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ยังเป็นคนใน
ชุมชนซึ่งเป็นบุตรหลานของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดแรงกระตุ้น
ให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเต็มใจและให้ความสำคัญกับ
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างแท้จริง การติดตามเยี่ยม
บ้านโดยเครือข่ายชุมชนและทีมสหวิชาชีพก็เป็นอีก
กิจกรรมหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่บ้านทั้งด้าน
ร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่า ไม่มองว่าตัว
เองเป็นภาระของบุตรหลาน และยังกระตุ้นให้บุตรหลาน
เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้
ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ

ด้านความรู้ การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน
ตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวหลังการพัฒนา
คะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เกิดจากการได้รับความรู้จาก
การประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นผลทำให้เครือข่ายชุมชนมี
ความรู้สูงขึ้น และเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วม
ประชุมได้มีเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอ
ข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา
ความต้องการข้อจำกัดและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง
เป็นกระบวนการจัดการด้วยวิธีการใหม่ที่ได้ผลในการ
พัฒนาคนไปพร้อมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของจันทร์
เพ็ญรอดวงษ์⁽⁸⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาการจัดการสุขภาพ

ผู้สูงอายุ ตำบลคันธารราษฎร์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามตามขั้นตอนกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นสูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนา สอดคล้องกับงานวิจัยของสำเริง ชีมรัมย์ (2556)⁽⁹⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตน ในการป้องกันและควบคุมโรคของผู้เคยป่วยด้วยโรค ผู้สัมผัสร่วมบ้าน และประชาชน ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ พบว่าหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ นาวีทักษ์ มูลสาร⁽¹⁰⁾ ศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านห้องแซง ตำบลห้องแซง อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่ากระบวนการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมส่งผลให้แกนนำมีความรู้ดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนา

ด้านการมีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายชุมชน หลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เกิดจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจของสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัดและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นกระบวนการจัดการด้วยวิธีการใหม่ที่ได้ผลในการพัฒนาคนไปพร้อมกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ นาวีทักษ์ มูลสาร⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านห้องแซง ตำบลห้องแซง อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร พบว่ากระบวนการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมส่งผลให้แกนนำมีส่วนร่วมในกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนา และสามารถพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนกว่าก่อนพัฒนา สอดคล้องกับงานวิจัย

ของ บุญมาก ไชยฤทธิ์⁽¹¹⁾ ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองจังหวัดบึงกาฬ พบว่าภายหลังการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการได้มีการประเมินพัฒนาการดำเนินงาน มีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพบุลย์ เจริญวงศ์⁽¹²⁾ ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพชมรมผู้สูงอายุ บ้านคำโพน ตำบลคำโพน อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษา ผู้เกี่ยวข้องมีคะแนนการมีส่วนร่วมเปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศตวรรษ ศรีพรหม⁽¹³⁾ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนา โดยรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 การพัฒนาการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ควรคัดเลือกชุมชนที่มีความพร้อมในทุกๆด้าน โดยเฉพาะด้านบุคคล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการศึกษาวิจัยที่จะทำให้การพัฒนาดีขึ้น

1.2 ควรส่งเสริมให้ผู้นำชุมชน อสม. คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุปฏิบัติบทบาทหน้าที่ รวมทั้งการกำหนดกิจกรรม งบประมาณ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ให้ได้ผลมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนาโดยการให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ซึ่งแนวทางในการแก้ไขปัญหาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยนำแนวทางการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้เกี่ยวกับปัญหาด้านสาธารณสุขอื่นๆ

2.2 ควรสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทางด้านสุขภาพทุกระดับและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา การสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณในการดำเนินงาน

2.3 ควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลเพื่อกำหนดวงรอบในการพัฒนาเพิ่มเติมขึ้นจะทำให้มีรูปแบบการพัฒนาที่ชัดเจน และต่อเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการดำเนินงานและติดตามประเมินผล 5 เดือน อาจทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรมและเป็นการดำเนินการเพียง 1 วงรอบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี และ อ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาตร์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขงานวิจัยให้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. บรรลุ ศิริพานิช, วิพรรณ ประจวบเหมาะ, วิราภรณ์ โพธิศิริ, ปรียา มิตรานนท์, จิรวรรณ มาท้วม, ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และคณะ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ; 2555.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
3. จรัสวรรณ เทียนประภาส, พัชรีย์ ตันศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: มหาลัยมหิตล; 2536.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี; 2551.
5. งานสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สหัสขันธ์. แผนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สหัสขันธ์; 2557.
6. งานสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สหัสขันธ์. แผนยุทธศาสตร์ อำเภอ สหัสขันธ์. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สหัสขันธ์; 2557.
7. งานสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงภูซร. สรุปผลการประเมินตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลโนนศิลา. กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สหัสขันธ์; 2557.
8. จันทิรา เพียรดวงษ์. การพัฒนาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลคันธารราษฎร์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
9. สำเริง ชีมรัมย์. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
10. นาถวิทักษ์ มูลสาร. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านห้องแซง ตำบลห้องแซง อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
11. บุญมาก ไชยฤทธิ์. รูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
12. ไพบุลย์ เจริญวงศ์. รูปแบบการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพผู้สูงอายุบ้านคำโพน ตำบลโพน อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
13. ศตวรรษ ศรีพรหม. การพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.

การพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรค ตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศด้านช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานอุดรธานี

Development of plague vector and reservoir control to conform with
International Health Regulations at the point of entry
Udonthani airport

ปรีชา เศษสมบุญ ส.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ)*

เรื่อน สมณะ ปร.ด. (กายวิภาคศาสตร์)**

เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์ ปร.ด. (สิ่งแวดล้อม)***

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์

***สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

Preecha Sessomboon M.P.H. (Health Systems Management)*

Reon Soman Ph.D. (Anatomy)**

Cherdpong Mongkonsin Ph.D. (Environment)***

*Faculty of Public Health, Mahasarakham University

**Faculty of Arts and Sciences, Rajabhat Kalasin University

***The Office of Disease Prevention and Control 6th Khon Kaen

บทคัดย่อ

การควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคในด้านช่องทางเข้าออกประเทศเป็นการเฝ้าระวังโรคติดต่อระหว่างประเทศที่สำคัญ ตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศในด้านช่องทางเข้าออกประเทศ การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี โดยศึกษากลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ปฏิบัติงานในท่าอากาศยานอุดรธานี จำนวน 109 คน กระบวนการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคโดยหน่วยงานเครือข่ายมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหา 2) กระบวนการสนทนากลุ่ม 3) สังเคราะห์แนวทาง 4) ทำแผนกิจกรรม 5) ปฏิบัติตามแผนกิจกรรม 6) ติดตามและสังเกตผล 7) บันทึกผลการดำเนินงาน 8) สรุปและประเมินผล 9) แลกเปลี่ยนความคิดเห็นข้อเสนอแนะ และนำเสนอข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากระดับความรู้เฉลี่ย 5.97 (S.D.=2.47) เพิ่มขึ้นเป็น 12.69 (S.D.=1.39) และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ย 1.61 (S.D.=0.49) เพิ่มขึ้นเป็น 2.08 (S.D.=0.32) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่ความสำเร็จในการมีกิจกรรมดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรค ส่งผลให้ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสมรรถนะหลักด้านช่องทางเข้าออกประเทศตามกฎหมายระหว่างประเทศที่กำหนด

สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การเพิ่มองค์ความรู้ความเข้าใจ 2) การสร้างภาคีเครือข่าย 3) การมีส่วนร่วม 4) การกำกับติดตามและประสานงาน ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานในช่องทางเข้าออกประเทศให้ได้มาตรฐานต่อไป

คำสำคัญ: การควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรค การมีส่วนร่วม ช่องทางเข้าออกประเทศ

Abstract

The vector and reservoir plague control in the point of entry, the topic international infectious disease surveillance. According to the International Health Regulations in the point of entry. The objective to research improve the vector and reservoir plague control the point of entry Udonthani airport. The study sample group of worker and officer in Udonthani airport of 109 people. The process of vector and reservoir plague control agency network part comprises nine stages: 1) Analyze of the problems 2) Focus group 3) Synthesize Approaches 4) Plan activities 5) Conduct activities 6) Monitoring and observation 7) Record Performance 8) Summary and evaluation 9) The exchange of ideas and suggestions. Presents descriptive statistics and inferential statistics Paired t-test statistical significance at the 0.05 level

The results showed that the sample group are knowledgeable about the operation increased the level of an average 5.97 (S.D. = 2.47) increase was 12.69 (S.D. = 1.39) and taking part in the increase of the level of participation by 1.61 (S.D. = 0.49) increase was 2.08 (S.D. = 0.32) with the increase statistically significant ($p < 0.001$) The process leading to the successful implementation of vector and reservoir plague control. The health control International Udonthani airport through the assessment criteria of the point of entry conform with International Health Regulations.

Conclude success factors which is the development of operating standards 1) Increasing knowledge understanding 2) Creating a network 3) Participation 4) Monitoring and coordination. Which is the development of standard operating in the point of entry to the following standards

Keywords: vector and reservoir plague control, participation, point of entry

บทนำ

ภูมิหลัง

กาฬโรคเป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 พบได้ในประเทศต่างๆ ของทวีปแอฟริกา และกาฬโรคยังเป็นโรคประจำถิ่นในสาธารณรัฐประชาชนจีน มองโกเลีย อินเดีย สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เมียนมาร์ เวียดนาม และอินโดนีเซีย โดยมีการระบาดใหญ่เป็นครั้งคราว ซึ่งสถานการณ์ในปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีการระบาดและมีผู้เสียชีวิตแล้ว ในสาธารณรัฐประชาชนจีน พบผู้ป่วยมากกว่า 150 ราย และเสียชีวิต 1 ราย และในมาดากัสการ์ พบผู้ป่วยมากกว่า 120 ราย และเสียชีวิต 40 ราย ⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO) และประเทศภาคีสมาชิกได้มีมาตรการยอมรับและบังคับใช้กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International

Health Regulations: IHR) ฉบับ ค.ศ. 2005 ในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก World Health Assembly (WHA) ครั้งที่ 58 เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2548 โดยมีผลบังคับใช้ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 ⁽²⁾ กฎอนามัยระหว่างประเทศ IHR 2005 มีเจตนารมณ์และขอบเขตเพื่อ ป้องกัน คุ้มครอง ควบคุม และตอบโต้ทางด้านสาธารณสุขต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ การดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคเป็นหนึ่งในมาตรการที่ถูกกำหนดไว้ในภาคผนวกที่ 5 ของกฎอนามัยระหว่างประเทศ IHR 2005 ซึ่งการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคในช่องทางเข้าออกประเทศก็เป็นเกณฑ์หมวดหนึ่งในการประเมินที่ต้องพัฒนาตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ ⁽³⁾

ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี เป็นหนึ่งในด้านช่องทางเข้าออกประเทศ

ที่มีการเดินทางเข้าออกระหว่างประเทศ ของคน สัตว์ สิ่งของ และสินค้าทุกวัน และต้องพัฒนามาตรฐานงานตามข้อกำหนดในกฎอนามัยระหว่างประเทศ ตามคู่มือการประเมินสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศขององค์การอนามัยโลก (CCAT: Core Capacities Assessment Tools)⁽⁴⁾ และการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคของด่านช่องทางเข้าออกประเทศ แต่ละแห่งก็มีการดำเนินงานที่แตกต่างกันไปตามบริบทของด่านช่องทางเข้าออกประเทศ ทั้งทางบก ทางเรือ และทางอากาศ⁽⁵⁾

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงศึกษาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคในด่านช่องทางเข้าออกประเทศของด่านท่าอากาศยานอุดรธานี โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคกาฬโรค และการกระจายของโรค เพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี ที่ต้องพัฒนาตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ IHR 2005

คำถามการวิจัย

การพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานีเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาบริบทของด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานีในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศ

2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี

3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี

4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่การวิจัย

พื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ภายในอาคารผู้โดยสาร และพื้นที่รั้วรอบเขตรัศมี 400 เมตรจากอาคารผู้โดยสารท่าอากาศยานอุดรธานี

ขอบเขตด้านพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรค

พาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคในการวิจัย ได้แก่ หมัดในหนูที่เป็นพาหะนำโรคกาฬโรค และหนูที่เป็นแหล่งรังโรคกาฬโรค พาหะนำโรคกาฬโรค หมายถึง หมัด (Flea) ในประเทศไทยมีหมัดหนูชนิดเดียว คือ *Xenopsylla cheopis* ที่เป็นพาหะนำโรคกาฬโรค⁽⁶⁾ แหล่งรังโรคกาฬโรค หมายถึง หนู (Rats) ที่อาศัยอยู่บริเวณพื้นที่ด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี⁽⁷⁾

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือจากคณะกรรมการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี และเจ้าหน้าที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในท่าอากาศยานอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยแบบ Action Research เพื่อศึกษาการพัฒนาการดำเนินงาน

ควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคภาพโรคตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี ทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁽⁸⁾ มี 4 ระยะคือ ระยะวางแผน (Planning) ระยะลงมือปฏิบัติงาน (Action) ระยะสังเกตผล (Observation) และระยะสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่และพนักงานของท่าอากาศยานอุดรธานีและเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่ตั้งอยู่ในท่าอากาศยานอุดรธานี จำนวน 154 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างการประมาณค่าเฉลี่ยในประชากรจากเจ้าหน้าที่และพนักงานของท่าอากาศยานอุดรธานีและเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่ตั้งอยู่ในท่าอากาศยานอุดรธานี โดยขนาดตัวอย่าง (Sample size) ได้จากการคำนวณเพื่อการประมาณค่าเฉลี่ยในประชากร⁽⁹⁾ ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อการประมาณค่าเฉลี่ย

สูตร

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\sigma^2}{[e^2(N-1)] + [Z^2_{\alpha/2}\sigma^2]}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร = 154 คน

z $\alpha/2$ = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดย z $\alpha/2$ = 1.96

σ = ค่าความแปรปรวนของประชากร⁽¹⁰⁾
(S.D.=0.40)

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมาณค่าสัดส่วน เท่ากับ 5%

ดังนั้นกลุ่มขนาดตัวอย่าง จำนวน 95 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีจับฉลาก

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานีตามคำสั่งจังหวัดอุดรธานี ได้คัดเลือกประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกเข้าออกตามคุณสมบัติที่กำหนดจากผู้บริหารหน่วยงานหรือหัวหน้ากลุ่มงาน และผู้รับผิดชอบงานด้านควบคุมโรคและพาหะนำโรค จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานจำนวน 14 คน รวมจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด จำนวน 109 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชนิด ได้แก่ เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการพัฒนา

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative) ได้แก่แบบบันทึกการประชุม แบบตรวจประเมินพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคภาพโรคแบบสังเกตการดำเนินงาน และแบบสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน (Number) ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด (Maximum-Minimum)

- สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบความรู้และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคภาพโรคด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี ก่อนและหลังการพัฒนา สถิติที่ใช้ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และช่วงค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

- ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis)

ผลการวิจัย

บริบทพื้นที่ของด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี คือช่องทางผ่านเข้าออกระหว่างประเทศของผู้เดินทาง กระเป๋าดินทาง สินค้าบรรทุก ตู้บรรทุกสินค้า ยานพาหนะเครื่องบิน สินค้า และพัสดุประเภณี รวมถึงพื้นที่ที่จัดไว้เพื่อให้บริการในการเข้าออกระหว่างประเทศและมีหน่วยงานในการดำเนินงานเกี่ยวกับการเดินทางเข้าออกประเทศประกอบด้วย หอควบคุมการบิน ด่านตรวจคนเข้าเมือง ด่านศุลกากร ด่านตรวจสัตว์ ด่านตรวจพืช ด่านอาหารและยา และด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และเป็นด่านช่องทางเข้าออกประเทศ 1 แห่งในจำนวน 16 แห่ง ของด่านช่องทางเข้าออกประเทศทางอากาศ และเป็นด่านช่องทางเข้าออกประเทศ 1 แห่งในจำนวน 67 แห่ง ของด่านช่องทางเข้าออกประเทศทั้งหมดในประเทศไทย จำนวนผู้เดินทางในช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี วันละประมาณ 5,000 คน เดือนละประมาณ 180,000 คน มีจำนวนเที่ยวบินจำนวน 29 เที่ยวบินต่อวัน จัดเป็นด่านช่องทางเข้าออกประเทศทางอากาศขนาดกลาง และมีเกณฑ์มาตรฐานองค์การการบินระหว่างประเทศ ICAO และกฎอนามัยระหว่างประเทศ IHR 2005 เป็นตัวกำหนดในการพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศตามเกณฑ์มาตรฐานข้อมูลลักษณะทางประชากรพบว่าประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.7 อายุประชากรส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.2 อายุเฉลี่ย 36.51 ปี (S.D.=9.78) สถานภาพประชากรส่วนใหญ่ สถานภาพคู่ร้อยละ 47.7 ระดับการศึกษาประชากรส่วนใหญ่มีระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 63.3 อาชีพประชากรส่วนใหญ่คือพนักงานบริษัทร้อยละ 31.2 ตำแหน่งงานประชากรที่ปฏิบัติส่วนใหญ่ คือพนักงานหรือผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 49.5 ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานของประชากร

ส่วนใหญ่ คือระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 35.8 มีระยะเวลาเฉลี่ย 11.20 ปี (S.D.=8.68) ประสบการณ์ในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคทางโรคด่านช่องทางเข้าออกประเทศของประชากรส่วนใหญ่ คือไม่เคยมีประสบการณ์ในการดำเนินงานร้อยละ 89.9 ของจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กระบวนการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคทางโรคตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี มี 4 ระยะ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน คือ

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

1. วิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคทางโรคตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี

2. จัดทำกระบวนการกลุ่มคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี

3. สังเคราะห์การดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคทางโรคด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี

4. ทำแผนกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคทางโรคด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี (Action Plan)

ระยะที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action)

5. ปฏิบัติตามแผนกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคทางโรคด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation)

6. ติดตามและสังเกตการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคทางโรคด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี

7. บันทึกผลการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคทางโรคด่านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

8. สรุปและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรค

9. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรค

และในการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบสัมภาษณ์แบบบันทึกการประชุม และการสังเกตการดำเนินงาน ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ผมเข้าใจแล้วว่าโรคกาฬโรคมันคืออะไร และทำไมต้องทำการจับหนูหาหมัดหนูที่สนามบินเพื่อป้องกันการเกิดโรคนี้ที่จะเข้ามาในประเทศของเรา” (คณะทำงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรค, 29 เมษายน 2558: การประชุมอบรม)

“ในการจัดประชุมอบรมให้ความรู้เรื่องการจับหนูและหาหมัดหนูเพื่อป้องกันโรค ผมว่ามันดีมากเลยครับทำให้ผมได้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้มาก และถ้าเป็นไปได้เราควรมีการจัดประชุมอบรมแบบนี้อยู่เรื่อย ๆ จะดีมากเลยครับ” (คณะทำงาน, วันที่ 10 มิถุนายน 2558 : การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น)

“ผมคิดว่าการทำงานการจับหนูและหาหมัดหนูเพื่อป้องกันโรคนี้ควรจะให้ร้านค้า ร้านขายของที่อยู่ในสนามบินเข้ามามีส่วนร่วมทำงานด้วยนะ เพราะเขาเป็นคนที่นำอาหารต่าง ๆ เข้ามาขายในสนามบินด้วยนะครับ” (คณะทำงาน, วันที่ 10 มิถุนายน 2558 : การประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น)

ผลการดำเนินงาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาความรู้การดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนา มีความรู้ในระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.97 (S.D.=2.47) และหลังการพัฒนา มีความรู้ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.69 (S.D.=1.39) และความรู้ในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 6.72 (95% CI = 6.16 ถึง 7.28) และค่า p -value <0.001 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี พบว่า ก่อนการพัฒนาการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.61 (S.D.=0.49) หลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.08 (S.D.=0.32) และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรค มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการพัฒนา มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.47 (95% CI = 0.43 ถึง 0.51) และค่า p -value <0.001

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคภาพโรคตามมาตรฐานกฏอนามัยระหว่างประเทศด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานีก่อนและหลังการดำเนินงาน

กระบวนการพัฒนา (n=109)	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			Mean Difference	95% CI	p-value
	x	S.D.	ระดับ	x	S.D.	ระดับ			
1. ความรู้ในการดำเนินงาน	5.97	2.47	ต่ำ	12.69	1.39	ปานกลาง	6.72	6.16 ถึง 7.28	<0.001*
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	1.61	0.49	น้อยที่สุด	2.08	0.32	น้อย	0.47	0.43 ถึง 0.51	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการจับหนูที่เป็นแหล่งรังโรคและสาขงหมัดหนูที่เป็นพาหะนำโรคหาค่าดัชนีหมัดหนูในครั้งนี้ พบหนูในพื้นที่จำนวน 4 ชนิด แยกเป็นหนูชนิด *Rattus norvegicus* (หนูท่อหรือหนูนอร์เวย์) จำนวน 1 ตัว หนูชนิด *Mus musculus* (หนูหริ่งบ้าน) จำนวน 2 ตัว หนูชนิด *Rattus exulans* (หนูจิ้ง) จำนวน 1 ตัว และหนูชนิด *Rattus rattus* (หนูท้องขาว) จำนวน 1 ตัว สาขงหมัดหนูจากตัวหนู พบไรอ่อนที่เป็นพาหะนำโรคสครับไทฟัส ในหนูชนิด *Mus musculus* (หนูหริ่งบ้าน) และหนูชนิด *Rattus rattus* (หนูท้องขาว) จำนวน 12 ตัว และพบหมัดหนูที่เป็นพาหะนำโรคภาพโรคในหนูชนิด *Rattus norvegicus* (หนูท่อหรือหนูนอร์เวย์) จำนวน 2 ตัว คำนวณหาค่าดัชนีหมัดหนู (Flea index) ได้ค่าดัชนีหมัดหนู เท่ากับ 0.20

จากผลการพัฒนาการดำเนินงานข้อมูลทั้งด้านเชิงปริมาณและด้านเชิงคุณภาพ ได้นำข้อมูลมาสรุปถอดบทเรียนและได้ปัจจัยแห่งความสำเร็จจากกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคภาพโรคตามมาตรฐานกฏอนามัยระหว่างประเทศด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี และกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคภาพโรคด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานีส่งผลให้ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ (CCAT : Core Capacities Assessment Tools) ขององค์การอนามัยโลก ตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ IHR 2005 โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้

1. I = Increase Knowledge การเพิ่มองค์ความรู้ความเข้าใจและบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคภาพโรค
2. N = Network การสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานและการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคภาพโรค
3. P = Participation การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคภาพโรค ในด้านต่าง ๆ ทั้งการวางแผน การดำเนินงาน การสนับสนุนการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
4. C = Contact Coordinate การติดตามและประสานงานในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคภาพโรค โดยด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศเป็นเลขาคณะทำงานในการติดตามประสานงานการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคภาพโรคตามมาตรฐานกฏอนามัยระหว่างประเทศด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี พบว่า

บริบทด้านช่องทางเข้าออกประเทศตามลักษณะประเภทของด่านช่องทางเข้าออกประเทศมีความแตกต่าง

กัน ทั้งด้านทางบก ด้านทางเรือ และด้านทางอากาศ ทำให้การดำเนินงานแตกต่างกันออกไปตามสภาพพื้นที่ของด่าน และหน่วยงานที่เป็นเจ้าของช่องทางเข้าออกประเทศที่แตกต่างกัน ทั้งเป็นหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ และบริษัทเอกชน ทำให้รูปแบบการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคในช่องทางเข้าออกประเทศแตกต่างกัน ส่งผลต่อกระบวนการและความร่วมมือในการควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคในด้านช่องทางเข้าออกประเทศแต่ละประเภท ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคที่สำคัญในด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยาน ท่าเรือ และพรมแดน ของอัญญาประศาสน์วิทย์⁽⁵⁾ ที่กล่าวว่า ลักษณะทางภูมิประเทศและประเภทของด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศทั้งด้านทางอากาศ ด้านทางบก และด้านทางเรือ ทำให้การดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคแตกต่างกัน

ผลการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี มี 3 ประเด็นคือ ความรู้ในดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่าก่อนการพัฒนามีระดับความรู้เฉลี่ยที่ 5.97 อยู่ในระดับต่ำ และหลังการพัฒนา มีระดับความรู้เฉลี่ยที่ 12.69 อยู่ในระดับปานกลาง การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยพบว่าก่อนการพัฒนามีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยที่ 1.61 อยู่ในระดับน้อยที่สุด และหลังการพัฒนา มีระดับการมีส่วนร่วมเฉลี่ยที่ 2.08 อยู่ในระดับน้อย ผลการดำเนินการจับหนูที่เป็นแหล่งรังโรคและsangหมัดหนูที่เป็นพาหะนำโรคหาค่าดัชนีหมัดหนูในครั้งนีพบค่าดัชนีหมัดหนู (Flea Index) เท่ากับ 0.20 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพาหะนำโรคและอัตราการติดเชื้อโรคสัตว์สู่คนที่มีหนูเป็นรังโรคบริเวณพื้นที่ท่าอากาศยานนานาชาติดอนเมือง จิรา แก้วดำและคณะ⁽¹¹⁾ พบค่าดัชนี

หมัดหนูเท่ากับ 0.9 และสอดคล้องกับการเฝ้าระวังกาฬโรคชายแดนไทย-เมียนมาร์ นที ประสิทธิ์เขตกิจ⁽¹²⁾ พบค่าดัชนีหมัดหนู เท่ากับ 0.33

ปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานีในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) การเพิ่มองค์ความรู้ความเข้าใจและบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานโดยการจัดประชุมคณะทำงาน การอบรมการควบคุมพาหะนำโรคกาฬโรคและการสรุปลดอบทเรียนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นคณะทำงานในด้านช่องทางเข้าออกประเทศ 2) การสร้างภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการดำเนินงาน โดยสร้างคณะทำงานพัฒนาสมรรถนะด้านช่องทางเข้าออกประเทศทั้งหน่วยงานภายนอกและภายในช่องทางเข้าออกประเทศตามคำสั่งจังหวัดอุดรธานี 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคในด้านต่าง ๆ ทั้งการวางแผนการดำเนินงาน การสนับสนุนการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทั้งหน่วยงานภายนอกและภายในช่องทางเข้าออกประเทศตามคำสั่งจังหวัดอุดรธานี 4) การติดตามและประสานงานในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรค โดยด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศเป็นเลขาคณะทำงานในการติดตามประสานงานการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากผลการวิจัยและจากการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศด้านช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี มีข้อเสนอแนะคือ

1) ส่งเสริมให้ด้านช่องทางเข้าออกประเทศมีศักยภาพความพร้อมในการดำเนินงาน เช่น มีคณะทำงานเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรค ภายใต้บริบทของด้านช่องทางเข้าออกประเทศประเภทต่าง ๆ ทั้งทางบก ทางเรือ และทางอากาศที่แตกต่างกัน

2) การจัดทำข้อมูลการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศ ควรมีฐานข้อมูลการดำเนินงาน มีการสำรวจ การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ทุกปีเนื่องจากข้อมูลการดำเนินงานมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ทุกปี เพื่อให้ข้อมูลการดำเนินงานเป็นปัจจุบันและทันต่อสถานการณ์ความเสี่ยงของการเกิดโรคและการติดต่อระหว่างประเทศ

3) การสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศ ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัย จึงขอเสนอแนะไปยังหน่วยงานเจ้าของช่องทางเข้าออกประเทศควรเป็นเจ้าภาพหลักในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคในครั้งต่อไป

4) ควรเพิ่มขนาดตัวอย่างและการมีส่วนร่วมในกลุ่มของเจ้าของธุรกิจ กิจการร้านค้า ร้านอาหารภายในท่าอากาศยานอุดรธานี เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย เพื่อให้ได้แนวทางที่หลากหลายขึ้นในกระบวนการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคและแหล่งรังโรคกาฬโรคตามมาตรฐานกฎหมายระหว่างประเทศด้านช่องทางเข้าออกประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร คณะกรรมการพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เจ้าหน้าที่ท่าอากาศยานอุดรธานี เจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานอุดรธานี และเพื่อนนิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม. 12) ทุกท่านที่เกี่ยวข้องและช่วยเหลือในงานวิจัยนี้ได้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. พิมพ์ใจ นัยโกวิทย์. สถานการณ์กาฬโรคและโรคติดต่อที่เป็นปัญหาใหม่. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์; 2554.
2. สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค. กฎหมายระหว่างประเทศ International Health Regulations 2005. พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
3. กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักโรคติดต่อทั่วไป. คู่มือการประเมินการพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยาน ท่าเรือ และพรมแดนทางบก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซด์; 2557.
4. กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ สำนักโรคติดต่อทั่วไป. ขั้นตอนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยาน Standard Operation Procedure of Airport Health Officers. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
5. อัญญา ประศาสน์วิทย์. ปัจจัยการดำเนินงานควบคุมพาหะนำโรคที่สำคัญในด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ท่าอากาศยาน ท่าเรือ และพรมแดน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.
6. อัญญา ประศาสน์วิทย์. พาหะนำโรคที่สำคัญและโครงการควบคุมพาหะนำโรคในช่องทางเข้าออกกลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
7. อัญญา ประศาสน์วิทย์. การสำรวจประชากรและการควบคุมหนู. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.

8. งามอาจ นัยพัฒน์. วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สามลดาการพิมพ์; 2548.
9. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. มหาวิทยาลัยขอนแก่น: โรงพิมพ์วิทย์พัฒน์; 2552.
10. อัญชนา ประศาสน์วิทย์, อีระพงษ์ ส่องแสงจันทร์. การเฝ้าระวังกาฬโรคและอัตราการติดเชื้อไซร่ากาสาด (มีวรีนและสคริปไทฟัส) บริเวณท่าขนส่งระหว่างประเทศและพื้นที่ชายแดน. วารสารกรมควบคุมโรค 2548; 32(4): 43 – 52.
11. จิรา แก้วดำ, ปรีชาพล ปึ้งผลพูล, อัญชนา ประศาสน์วิทย์, ภัทร กอมณี. การศึกษาพาหะนำโรคและอัตราการติดเชื้อโรคสัตว์สู่คนที่มีหนูเป็นรังโรคบริเวณพื้นที่ท่าอากาศยานนานาชาติดอนเมือง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2557; 24(1):175 – 6.
12. นที ประสิทธิ์เขตกิจ. การเฝ้าระวังกาฬโรคชายแดนไทย-เมียนมาร์. กรุงเทพมหานคร: เอกสารวิชาการ. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ; 2548.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกษัตริย์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด

Continuous care model development for disability elders in
Bandongmone health promotion hospital Tumbon Singkok Aumphur
Kasetwisai Roi-Et Province

พิศสมัย บุญเลิศ ส.ม.*

เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ ปร.ด.*

ศุภวดี แถวเพีย ปร.ด.**

Pisamai Boonles M.P.H.*

Terdsak Proarak Ph.D.**

Supawadee Thaewpia Ph.D.**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Faculty of Public Health, Mahasarakham University

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น

**Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกษัตริย์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำแบบไม่เป็นทางการ เจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 58 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบเป็นองค์รวมแบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง แบบวัดความพึงพอใจ และแบบสรุปกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง แก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่องและระยะที่ 3 สรุปและประเมินหลังการปฏิบัติ และผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยรวม คิดเป็นร้อยละ 78.6

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในครั้งนี้เกิดจากการพัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และทฤษฎีการสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จนทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมและนำไปปฏิบัติได้จริง

คำสำคัญ: ดูแลสุขภาพต่อเนื่อง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

Abstract

This research is the action research and aimed to study situation of the health care of home-bound and bed-bound elders, and to development of the health care of home-bound and bed-bound elders in health promotion Ban Dongman. The sample was home-bound and home-bed elderly participants, caregiver, the elderly volunteer, village health community leaders, members of thombon leaders, no formal leader, and health officer, 58 from purposive sampling. The data were collected from assess the health of the elderly, semi-structured interview, measure satisfaction, elderly holistic health care activity. The statistics for data analysis were frequency, percentage, means, standard deviation,

The result: Continuous care model development for disability elders in Bandongmone Health promotion hospital ThombonSingkok has systematic care monitoring and evaluation, health officer and multidisciplinary has linked to the health network Carese Continuous Care Model Development For disability elders in Bandongmone Health Promotion Hospital ThombonSingkok include 3 phase. Phase 1 develop knowledge and skills continuous care. Phase 2 Plan continuous care and practice in community. Phase 3 evaluate after practice and great complacency for Continuous care model development for disability elders

Keywords: continuing care, home-bound and home-bed elderly

บทนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรโลกมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น⁽¹⁾ สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 10.4) ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้พยากรณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.9 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ นอกจากนี้ยังได้กำหนดยุทธศาสตร์ “การเตรียมความพร้อม สังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ” ด้วยการมีแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) เพื่อดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น การให้บริการด้านสุขภาพ การจัดสวัสดิการทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพชีวิตที่ดี บนพื้นฐานของการลงทุนและใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า⁽³⁾ จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยคือกลุ่มโรคที่เรื้อรัง โดยร้อยละ 1.6 เป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 31.1 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ

ร้อยละ 13.1 เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มอาการสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม ภาวะซึมเศร้าและการหกล้ม โรคและอาการที่มากับความเสื่อมนี้ก็นำไปสู่ภาวะพึ่งพาและภาวะทุพพลภาพซึ่งร้อยละ 1.7 ของผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะทุพพลภาพรุนแรงปานกลางและรุนแรงมากโดยมีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) น้อยกว่า 12 คะแนน ปัญหาอัมพาต/อัมพฤกษ์ร้อยละ 2.5 ปัญหาความรู้สึกละเลยว่าเหตุที่ต้องอยู่คนเดียว ร้อยละ 21.7 และไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 12.2 อัตราส่วนเป็นภาระร้อยละ 16.0 ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถตอบสนองความต้องการด้านบริการพื้นฐานของผู้สูงอายุได้ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ⁽⁴⁾ ปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลต่อเนื่อง แต่ปัจจุบันระบบบริหารโรงพยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอ ระบบบริการสาธารณสุขเดิมมีลักษณะออกแบบเพื่อดูแลภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน จำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัด และมีความพยายามในการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยการจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น⁽⁵⁾ รวมทั้งกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันการจัด

รูปแบบการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่เป็นองค์รวม (Holistic) ผสมผสาน (Integrated) และต้องมีความต่อเนื่อง (Continuing) เชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลในระดับต่าง ๆ อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ แต่การให้บริการสุขภาพที่ผ่านมา มีลักษณะแบ่งแยกส่วน ขาดระบบการเชื่อมโยงระหว่าง การดูแลที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ โดยพบว่าผู้ป่วยติดเตียงที่มาพักที่บ้านได้รับการดูแลโดยลำพังจากญาติเท่านั้น⁽⁶⁾ การดูแลที่บ้านเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเชื่อมต่อช่องว่างการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน จะต้องมียุทธศาสตร์การดูแลที่ต่อเนื่องจากสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน โดยอาศัยกลยุทธการมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้อง⁽⁷⁾

สถานการณ์การปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะเทย จังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2556 พบว่า ปัญหาการเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ารักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 5.88 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.59 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 2.38 นอกจากนั้นยังพบว่า มีผู้สูงอายุที่นอนติดบ้าน ติดเตียงจำนวน 12 คน กระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน และพบว่าปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ผู้สูงอายุมีปัญหาการช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกินยาไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเวลาหรือมีการใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็น บางครัวเรือนผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพังเนื่องจากญาติต้องไปทำงานนอกบ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุยังคงยึดหลักการเยี่ยมบ้านตามโรคหรือการเจ็บป่วย ขาดการดูแลแบบองค์รวมที่มีรูปแบบชัดเจน⁽⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ตลอดจนภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ร่วมคิดวางแผน ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงโดยใช้กระบวนการจัดการคุณภาพ 4 ขั้นตอนคือการวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติตามแผน (Do: D) การตรวจ

สอบ (Check: C) และการปรับปรุงหรือการแก้ไขปัญหา (Act: A) ตามแนวคิดของ W.Edwards Deming ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงให้เกิดประสิทธิภาพตามเป้าหมาย จากสภาพปัญหาและสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะเทย จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตำบลสิงห์โคก อำเภอกะเทย จังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะเทย จังหวัดร้อยเอ็ด

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะเทย จังหวัดร้อยเอ็ด

2.2 เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงอย่างต่อเนื่องในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะเทย จังหวัดร้อยเอ็ด

2.3 เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ก่อนและหลังการดำเนินการ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบการศึกษาในกลุ่มประชากรเดียวในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะเทย จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้วงจรพัฒนาคุณภาพ Edward

Deming มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ขั้นการวางแผน (Plan) ขั้นปฏิบัติการ (Do) ขั้นการติดตามและประเมินผล (Check) และขั้นการปรับปรุง

1. รูปแบบ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะทือรัง จังหวัดร้อยเอ็ด

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สมัครใจร่วมกระบวนการ มีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานบางประการ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น เกือบทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะหง่อมเปราะบาง ไม่สามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้ด้วยตนเอง ด้านจิตใจอาจมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 12 คน

2.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เป็นสมาชิกของครอบครัวผู้สูงอายุ หรือบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุ มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุให้การดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไปจำนวน 12 คน

2.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน จำนวน 8 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 8 คน

2.4 ผู้นำชุมชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน จำนวน 8 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 8 คน

2.5 สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน จำนวน 8 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 8 คน

2.6 ผู้นำแบบไม่เป็นทางการหรือตัวแทนเพื่อนบ้าน จำนวน 8 คน

2.7 เจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาชุมชน จำนวน 1 คน

2.8 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน จำนวน 2 คน
รวมทั้งสิ้น 58 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

ผู้วิจัยต้องการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะทือรัง จังหวัดร้อยเอ็ด

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงานระหว่างเดือนมกราคม ถึง เมษายน 2557 ระยะเวลา 4 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้



รูปแบบการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเป็นเพศหญิงและชายเท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 73.50 ปี (S.D.=9.7ปี) สถานภาพเป็นหม้ายร้อยละ 50.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้ทำงานทุกราย ทุกคนเป็นสมาชิกในครอบครัวที่พักเป็นบ้านของตนเอง มี

รายได้เฉลี่ย 2,483.33 บาทต่อเดือน (S.D.=1,004.35 บาท) รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 58.3 และบุตรเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ในครอบครัวร้อยละ 41.7 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 33.3 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.58 ปี (S.D.=2.42 ปี) มีระยะเวลาเฉลี่ยป่วยติดเตียง 2.58 ปี (S.D.=1.31 ปี) และได้รับการติดตามเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำ และเพื่อนบ้านทุกราย

1.2) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแนวทางการส่งต่อกับเจ้าหน้าที่ตามบทบาทของอาสาสมัคร และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง

1.3) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก พัฒนาแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่ายด้วยกระบวนการใช้วงจรคุณภาพ PDCA โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดดังกล่าว พร้อมทั้งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งขั้นตอนนี้อยู่ในกระบวนการวางแผน (Plan) ร่วมกับ กระบวนการปฏิบัติ (Do) ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ศึกษาสภาพปัญหาของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ร่วมกับการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมแกนนำทางสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการระดมความคิดของทีมงานให้บริการ เพื่อเสนอประเด็นการทำงานการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง รวมทั้งครอบครัวและผู้ดูแล รวมทั้งการหาแนวทางการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม และประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Basic ADL) และแบบประเมินความสามารถขั้นพื้นฐานโดยใช้ดัชนีบาร์เทล (Barthel's index)

ระยะที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งขั้นตอนนี้อยู่ในกระบวนการวางแผน (Plan) กระบวนการปฏิบัติ (Do) ร่วมกับกระบวนการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดงมัน ทั้งนี้ได้จำแนกการดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มที่ 3 คือกลุ่มติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของทีมงานเจ้าหน้าที่ แกนนำชุมชน กำหนดเป้าหมายสร้างแนวทางพัฒนาเพื่อเกิดการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

อย่างต่อเนื่อง จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการประชุมหารือกันเดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินหลังการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ซึ่งประยุกต์ใช้กระบวนการตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุง (Act) ซึ่งกระบวนการทุกกระบวนการได้สังเกตการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม สะท้อนผลการดำเนินการวิจัย โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึก และการสรุปผลเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนใหม่ทั้งที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข การเสริมพัฒนาในจุดแข็ง ระยะเวลาของการสรุปผลและการสะท้อนกลับข้อมูลใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งหลังการดำเนินงานพบว่าเกิดความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของทีมโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 78.6

อภิปรายผล

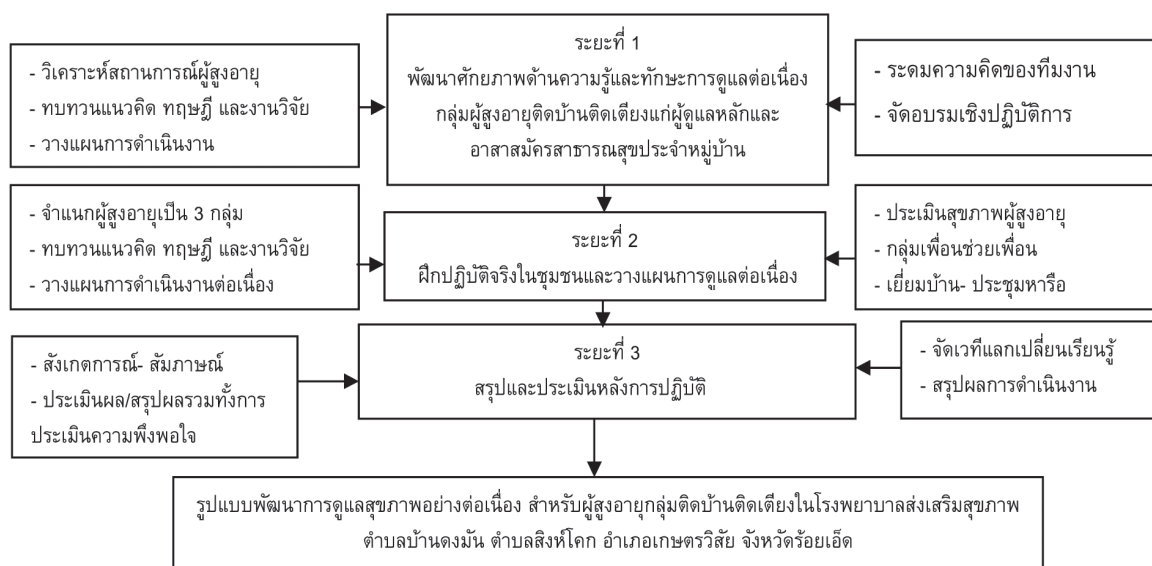
1. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแนวทางการส่งต่อกับเจ้าหน้าที่ตามบทบาทของอาสาสมัคร และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง สอดคล้องกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1991)⁽⁹⁾ ที่อธิบายถึงการตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหา นั้นๆ กระบวนการนี้เกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์ การได้ปฏิบัติและร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมของตนเอง⁽⁹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา เปรื่องธรรมกุล⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนวังสะพุงจังหวัดเลย พบว่ารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 2 รูปแบบคือ รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน และรูปแบบการ

ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

2. การพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกนกพร บุญประเสริฐ⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของสวาท นิยมพลี⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาาระบบส่งต่อแบบมีส่วนร่วม อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี โดยการประชุมใช้กระบวนการ A-I-C และวงจรคุณภาพ PDCA ของเดมมิ่ง ซึ่งผลการศึกษพบว่า หลังการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการปฏิบัติงานระบบส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยผลการปฏิบัติงาน ด้านประเมินและผลลัพธ์ และผลการปฏิบัติงานโดยรวมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคกแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และระยะที่ 3 สรุปและประเมินหลังการปฏิบัติสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ⁽¹³⁾ ที่ได้พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของการดูแลต่อเนื่องของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังระยะที่ 2 เป็นการนำผลที่ได้จากการรวบรวม

และวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 นำมาสะท้อนข้อมูลและระดมสมองในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยรูปแบบของการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลแห่งนี้ ประกอบด้วยปัจจัย 3 ปัจจัย คือ การพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการ การพัฒนาระบบข้อมูลคลินิก และการพัฒนานวัตกรรมในการดูแลต่อเนื่องของทั้ง 3 ปัจจัย ระยะที่ 3 เป็นการนำรูปแบบที่ได้จากระยะที่ 2 ไปทดลองปฏิบัติจริงในระบบการดูแล โดยทีมพัฒนานำร่องได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบ การดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่ายสำหรับ ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาล จนจบกระบวนการ การดูแลรักษาในโรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า การให้บริการมีมาตรฐานคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ผู้รับบริการแสดงความพึงพอใจต่อการบริการต่อเนื่องอยู่ในระดับสูงมาก ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เฉลี่ย 5.2 วัน และไม่พบการแทรกซ้อน ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับการเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson)⁽⁹⁾ ซึ่งใช้เทคนิคผสมผสานเพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยรูปแบบมี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และ ระยะที่ 3 สรุปและประเมินหลังการปฏิบัติส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลการพึ่งพาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมากขึ้น ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้



ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 การจัดเวทีคืนข้อมูลให้กับชุมชนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับนักวิจัย เพื่อให้ทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วมในการสะท้อนต่อข้อมูลและร่วมวางแผนดูแลสุขภาพชุมชน

1.2 ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic) ทุก ๆ ด้าน การพัฒนาระบบสุขภาพก็เช่นกัน ต้องการข้อมูลทันต่อเหตุการณ์ทุกด้าน เพื่อเป็นมุมมองการจัดการให้บริการให้ครอบคลุมและตอบสนองปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการให้มากและสอดคล้องกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการพัฒนาแบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทแตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้ทราบข้อจำกัดหรือจุดเด่นของการจัดการบริการเพื่อนำสู่การพัฒนาการจัดการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

2.2 ควรมีการศึกษาบทบาทด้านการดูแลสุขภาพประชาชนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่นองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อการบูรณาการในการดูแลสุขภาพชุมชนในรูปแบบเครือข่ายต่อไป

2.3 การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้คืนข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขเกษตรวิสัยและองค์การบริหารส่วนตำบลสิงห์โคก ในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย 5 กลุ่ม คือ Chronic Kidney Disease stage 5 ผู้สูงอายุติดเตียง จิตเวชถูกทอดทิ้ง ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว และผู้ป่วยระยะสุดท้าย End Of Life ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และจะนำสู่การประเมินผลและพัฒนาให้เป็นรูปแบบที่สมบูรณ์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ศติพัฒน์ ยอดเพชร, โกวิท พวงงาม, วรณลักษณ์ เมียเกิด. การพัฒนาหมู่บ้านสร้างเสริมสุขภาพ ของชมรมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก็อปปี ประเทศไทย; 2549.
2. ศิริพันธ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบ บ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2459.
3. ศิริวรรณ ศิริบุญ. การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ: ศึกษากิจกรรมตัวอย่างการจัดตั้ง ศูนย์บริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ:

- วิทยาลัยประชากรศาสตร์. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; 2543.
4. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย มลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552: ทิศวิพ; 2553.
5. สุภาวิ อ่อนชื้นจิตร, ฤทัยพร ตรีตรง. การบริการสุขภาพที่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 2. ม.ป.ท: 2549.
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การประมวล วิเคราะห์และสังเคราะห์การประชุมวิชาการแห่งชาติ ว่าด้วยผู้สูงอายุ”วัยผู้สูงอายุคุณภาพ”: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
7. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, บุราณี กาญจนถวัลย์, ชิชฌพันธ์เจริญ, อุษา ทิสากกรม, อติสร ภัทร. หลีกเสี่ยงไม่ได้แต่ชะลอได้. กรุงเทพฯ: สรรพสาร.สำนักสถิติแห่งชาติ; 2550.
8. สำเร้ง แหงงกระโทก, รุจิรา มังคละศิริ. แนวทางการพัฒนาสุขภาพชุมชนสู่คุณภาพมาตรฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: ศูนย์ฝึก่อบรมและพัฒนาสาธารณสุขนครราชสีมา; 2547.
9. Gibson Cs. A concept analysis of empowerment. J Adv Nur 1991;16(20):345-61.
10. สุนันทา เป็รื่องธรรมดา. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนวังสะพุง จังหวัดเลย. วารสารการวิจัยกาสะลองคำมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. 2550;1(2): 29-42.
11. กนกพร บุญประเสริฐ. การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
12. สวาท นิยมพลี. การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553;3(3):83-92.
13. อัมพร พรธีรานูตร. แนวคิดและหลักการของการดูแลต่อเนื่อง. เอกสารประกอบการประชุมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. ระหว่างวันที่ 25-27 มีนาคม 2552 ณ โรงแรมเจริญธานี. ขอนแก่น: เพ็ญพรินตัง; 2552.

การพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

The development of operational efficiency Health Security Funds efficiency of migrants in Udonthani province

สุภาภรณ์ โคตรมณี ส.ม.(สาธารณสุข)*

สงครามชัย ลิทองดี ปร.ด.(วิทยาศาสตร์สุขภาพ)**

สุทินันท์ สระทองหน ปร.ด.(สาธารณสุข)***

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Supaporn Khotmanee M.P.H. (Public Health)*

Songksramchai Leethongdee Ph.D. (Health Science)**

Suthinan Srathonghon Ph.D. (Public Health)***

*The Office of Disease Prevention and Control 6th Khon Kaen

**Faculty of Public Health, Mahasarakham University

***Udonthani Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาและประเมินสภาพการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ศึกษากระบวนการพัฒนาและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานี ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชน นายจ้าง และแรงงานสัญชาติลาว จำนวน 54 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีเฉพาะเจาะจง เครื่องมือในการวิจัยแบบสอบถามและแบบประเมินกองทุน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานคือ Paired t – test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน 3) ทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติการตามแผน 5) ประเมินตนเองตามแบบประเมินกองทุน 6) นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน 7) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 8) สรุปเปรียบเทียบผลการพัฒนา ก่อนและหลังการพัฒนา และ 9) สรุปปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่ความสำเร็จในการมีกิจกรรมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นจากค่าคะแนนเฉลี่ย 14.85 (S.D.=2.31) ระดับความรู้ปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็น 18.35 (S.D.=2.37) ระดับความรู้สูง การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจากค่าคะแนนเฉลี่ย 2.17 (S.D.=0.54) ระดับน้อยที่สุด เพิ่มขึ้นเป็น 3.74 (S.D.=0.17) ระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.0001)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้เกิดจากคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ และการเข้าถึงสภาพปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงของแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม กระบวนการพัฒนาเกิดจากการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วน รวมถึงผู้บริหารระดับสูงมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมแก้ไขพัฒนา ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าว

Abstract

The objective of this research was to study and evaluate the accessibility of health services. The process of development and success factors of the development operational efficiency fund health of migrants. The sample population and the health insurance fund migrants and those involved, including the chief executive. Practitioners from government agencies and private organizations of employers and workers, Lao, 54 people were selected using the specific identification method. The instrument was a questionnaire and evaluation fund form. The statistics used for data analysis, percentage and standard deviation. The statistics used to test hypotheses are paired t – test. Significant label at 0.05

The study found that the development of efficient operations health security fund of migrants comprises nine stages: 1) The context in area 2) Study the factors that affect performance, 3) Action plan 4) Action 5) Self-assessment 6) Supervision performance 7) Knowledge exchange conference 8) Summary of results and the development and 9) Summarizes the problems and recommendations. The process leading to the successful of the development of operational efficiency fund health of migrants in Udonthani province, the samples improved in 3 aspects. These aspects consisted of knowledge increased from an average 14.85 (SD = 2.31) to 18.35 (SD = 2.37), participant increased from an average 2.17 (SD = 0.54) to 3.74 (SD = 0.17), The increased was statistically significant (p value < 0.001)

This success factors in the health security fund executive committee aliens. Knowledge and understanding on the implementation of the health security fund. And the obstruction of access of foreign workers and their dependents. The development is due to the involvement of entities in all sectors. Including senior executives took part in the practice of contemplate joint planning and co-edited a result, the development of more efficient operations.

Keywords: development, implementation, migrants health insurance fund

บทนำ

กระแสการพัฒนาด้านเศรษฐกิจของประเทศไทย มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดต่อกัน โดยเฉพาะในภาคอุตสาหกรรม ทำให้มีความต้องการจ้างแรงงานและค่าแรงสูงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยมีปัญหาแรงงานอพยพที่ลักลอบเข้ามาทำงานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะจากประเทศเพื่อนบ้านทั้ง 3 ประเทศ คือ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ในปี 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ประมาณการว่าจากแรงงานในประเทศไทยตามการคาดประมาณ 37.4 ล้านคน สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวอยู่ที่ประมาณร้อยละ 6 แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังกลายเป็นประเทศหลักที่รองรับแรงงานต่างด้าวจากภูมิภาคนี้⁽¹⁾

การเพิ่มจำนวนของแรงงานต่างด้าว ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ อีกทั้งปัญหาสังคม การเมือง ความไม่สงบภายในประเทศของเพื่อนบ้าน ส่งผลให้เศรษฐกิจจะลดตัวจากการถูกคว่ำบาตรทางการค้า⁽²⁾ ทำให้มีการนำเข้าและลักลอบเข้ามาทำงานของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเพิ่มขึ้น นอกจากนี้มักนำครอบครัวเข้ามาอยู่ด้วยก่อให้เกิดการอพยพย้ายถิ่นฐานเข้ามาอยู่อย่างถาวร ทำให้ชุมชนกลุ่มแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากเมียนมาร์ กัมพูชา ลาว มีหลักประกันสุขภาพเพียง 1.6 ล้านคน การเข้าถึงบริการพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขของรัฐบาลไทยน้อยกว่าคนไทยถึง 6 เท่า⁽³⁾ รัฐบาลจึงต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพถึงปีละ 155 ล้านบาท และพบโรคติดต่อที่สำคัญในแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ คือ โรคอุจจาระร่วง

ไข้เลือดออก เอดส์ และ มาลาเรีย⁽⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การสหประชาชาติ (1994) ที่พบว่า ความเป็นอยู่ที่แออัด ไม่ถูกสุขลักษณะของแรงงานต่างด้าวย้ายถิ่นที่ผิดกฎหมาย มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ มากมาย เช่น โรคอหิวาต์ วัณโรค เอดส์ และ มาลาเรีย เป็นต้น การที่แรงงานต่างด้าวไร้หลักประกันสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ เช่น ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ เอดส์ วัณโรค มาลาเรีย อหิวาตกโรค เป็นต้น ซึ่งเป็นโรคติดต่อไม่เฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเท่านั้น ยังได้ระบาดในชุมชนเป็นวงกว้าง ทำให้หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ต้องมีการดำเนินการโดยครอบคลุมเป็นระบบ ส่งผลกระทบด้านการบริการ เศรษฐกิจ และ สังคม⁽⁵⁾

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลทางด้านการแพทย์แก่แรงงานต่างด้าวที่มาทำงานในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยการจัดการแรงงานต่างด้าวทั้งระบบ จากประชากรต่างด้าวที่มีสัญชาติเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชาทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ทั้งแรงงานที่มีและไม่มีเอกสารอนุญาตทำงาน รวมไปถึงผู้ติดตามและครอบครัว ที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทย และได้รับเอกสารประจำตัวคือทะเบียนราษฎร หรือ ท.ร.38/1 ที่มีเลข 13 หลักเช่นเดียวกับคนไทยแต่ไม่ได้รับสัญชาติไทย การให้บริการด้านสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวนั้นมีการดำเนินการให้สอดคล้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทยแต่มีความแตกต่างกันตรงที่แรงงานต่างด้าวต้องเป็นผู้จ่ายค่าประกันสุขภาพต่อปีในอัตราที่เท่ากับรัฐจ่ายให้ประชากรไทยต่อคนและการดำเนินงานนี้ครอบคลุมได้เฉพาะแรงงานต่างด้าว ผู้ติดตามและครอบครัวที่จดทะเบียนเท่านั้นแต่แรงงานต่างด้าว ผู้ติดตามและครอบครัวที่ไม่ขึ้นทะเบียนไม่สามารถเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพได้อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมาได้มีการนำแนวปฏิบัติที่ได้จากบันทึกความร่วมมือ (MOU; Memorandum of Understanding) ในด้านการจัดการแรงงานระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน คือ

กัมพูชา ลาว และเมียนมาร์มาดำเนินงาน สำคัญของบันทึกความร่วมมือนี้คือการทำให้แรงงานต่างด้าวที่ทำงานในประเทศไทยนั้นมีเอกสารทำงานอย่างถูกต้องทั้งในประเทศไทยและประเทศต้นทาง โดยการพิสูจน์สัญชาติและการนำเข้าแรงงานต่างด้าวจากประเทศต้นทางอย่างเป็นทางการ แรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้จะเข้าสู่ระบบประกันสังคมเช่นเดียวกับแรงงานไทย และรับสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพของประกันสังคม แต่หากประเภทงานนั้น ๆ ไม่เข้าข่ายระบบประกันสังคม เช่น แรงงานในภาคประมง เป็นต้น ก็จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพรายปีเช่นเดียวกับแรงงานในระบบผ่อนผันฯ ทำให้กลุ่มเป้าหมายของการทำประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขลดลงจากรายงานอัตราการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว ผู้ติดตามและครอบครัวเปรียบเทียบกับจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนปี 2553-2555 คิดเป็นร้อยละ 66.7, 70.2 และ 44.3 ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวมีบัตรประกันสุขภาพเข้ารับการรักษายาบาลคิดเป็นเงิน 829 ล้านบาท ไม่มีบัตรประกันสุขภาพเข้ารับการรักษายาบาลคิดเป็นเงิน 1,005 ล้านบาท ยาบาลไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ 329 ล้านบาท ส่งผลให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น⁽⁶⁾ จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าอัตราการมีบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ผู้ติดตามและครอบครัวมีแนวโน้มลดลง

อย่างไรก็ตาม คณะรัฐมนตรีจะมีนโยบายการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ ซึ่งประกาศใช้เป็นนโยบายปีต่อปี ปี 2556 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการที่ให้การดูแลทางด้านสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมโดยแรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเองโดยให้เป็นไปตามกฎระเบียบหรือข้อบังคับที่กระทรวงสาธารณสุขจะได้กำหนดร่วมกับกระทรวงแรงงานและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในการดูแลการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกมาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสอบสุขภาพและ

ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวโดยมีนโยบายสำคัญ 3 ประการคือ 1) แรงงานต่างด้าวทุกคนต้องมีหลักประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งคือประกันสังคมของกระทรวงแรงงานหรือประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข 2) แรงงานต่างด้าวที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคมทุกคนต้องผ่านการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 3) แรงงานต่างด้าวที่อยู่ระหว่างรอสิทธิประกันสังคมทุกคนต้องผ่านการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยขยายกลุ่มเป้าหมายของผู้ที่สามารถทำประกันสุขภาพออกไปสู่ครอบครัวผู้ติดตามและเด็กอายุไม่เกิน 7 ปี โดยไม่คำนึงถึงเลข 13 หลัก ครอบคลุมทุกสัญชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยเพื่อให้แรงงานต่างด้าวทุกคนมีหลักประกันสุขภาพพร้อมทั้งขยายชุดสิทธิประโยชน์ออกไปสู่การให้บริการยาต้านไวรัส (Antiretroviral: ARV) แต่ยังไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (Peritoneal Dialysis) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ผลจากการเพิ่มสิทธิประโยชน์บริการยา ARV ทำให้มีการปรับอัตราค่าทำประกันเป็น 2,800 บาทซึ่งจากเดิมต้องจ่ายเพียง 1,900 บาท (รวมค่าตรวจร่างกายและค่าประกันสุขภาพ) โดยส่วนที่เพิ่มเติมใช้ในการให้บริการ ARV ซึ่งเป็นการบริหารจัดการโดยส่วนกลาง

ปัจจุบันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวภายใต้นโยบายดังกล่าว โดยจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานี ผลการดำเนินงานพบว่าปีงบประมาณ 2556 มีแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพจำนวน 320 ราย มีรายได้จากการขายประกันสุขภาพ จำนวน 249,269 บาท มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ จำนวน 1,320,022 บาท ปีงบประมาณ 2557 จำนวน 261 ราย มีรายได้จากการขายประกันสุขภาพ จำนวน 162,519 บาท มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ จำนวน 1,016,409 บาท จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพของจังหวัดอุดรธานีมีจำนวนลดลง ขัดแย้งกับจำนวน

ประชากรแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานเพิ่มมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียนในปี 2558⁽⁷⁾ แนวโน้มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากกลุ่มแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้นเนื่องจากแรงงานต่างด้าวบางส่วนไม่เข้าระบบประกันสุขภาพ เมื่อมารับบริการและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้หน่วยบริการต้องใช้เงินบำรุงของสถานบริการมาใช้ในการบริหารจัดการดูแล จากปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องศึกษาปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานของกองทุน เพื่อพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานีให้เหมาะสมในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการพัฒนา

2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

นิยามศัพท์เฉพาะ

แรงงานต่างด้าวหมายถึงแรงงานข้ามชาติสัญชาติลาวและพม่าที่ติดตาม/ครอบครัวที่มีอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีเข้ามาทำงานโดยใช้แรงงานหรือความรู้ ได้รับค่าแรงหรือค่าจ้างจากนายจ้าง ทั้งรายวัน และรายเดือน

งานที่ได้แก่ การรับแจ้งทั่วไป ก่อสร้าง การเกษตร และค้าขาย ในบ้านหรือโรงงานหรือสถานประกอบการ

หลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว หมายถึง สิทธิประโยชน์ที่แรงงานต่างชาติด้อยชาติลาวและผู้ติดตาม/ครอบครัว ที่ต้องได้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขในการตรวจสุขภาพประจำปี การบริการด้านการรักษาพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค

กองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว หมายถึงกองทุนที่บริหารจัดการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่มีงบประมาณ/รายได้มาจากการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างชาติและผู้ติดตาม/ครอบครัว สัญชาติลาว

คณะกรรมการ หมายถึง คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ตามคำสั่งแต่งตั้งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

การพัฒนาประสิทธิภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว หมายถึงการดำเนินการปรับปรุง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน เพื่อให้กองทุนผ่านเกณฑ์การประเมินตามตัวชี้วัดการตรวจราชการแบบบูรณาการของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยยึดกระบวนการของ Kemmis และ McTaggart (2000)⁽⁸⁾ มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ระยะ 9 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ศึกษาสภาพการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว นำมาวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ พัฒนาการดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานี สรุปประเด็นปัญหาการดำเนินงานของกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ได้แก่ ศึกษาพฤติกรรม การเข้าถึง ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดอุดรธานี โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ได้รับผลกระทบ ได้แก่ แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ผู้บริหารหน่วยงานหรือหัวหน้ากลุ่มงาน และผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการทำแบบทดสอบประเมินตนเองตามแบบติดตามนโยบายการดำเนินการก่อนเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน (แบบ PPR1) และนำเสนอผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 4 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)

ระยะที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action) ตามแผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation) โดยการประเมินตนเองตามแบบนิเทศ/ติดตามตัวชี้วัดในการตรวจราชการบูรณาการกระทรวงสาธารณสุขและนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยประเมินความรู้ ประเมินการมีส่วนร่วม และประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงาน

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน และวางแผนในการแก้ไขปัญหาในรอบต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เจาะจงเลือกพื้นที่ในการวิจัย คือกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้

ในการศึกษา ดังนี้

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ได้แก่

1. ผู้บริหารหน่วยงานหรือหัวหน้ากลุ่มงาน และผู้รับผิดชอบงานที่ปฏิบัติงานด้านแรงงานต่างด้าว จากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจำนวน 6 แห่ง ประกอบด้วย สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานจัดหางานจังหวัดอุดรธานี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี และมูลนิธิริักษาไทยจังหวัดอุดรธานี

2. คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี จำนวน 14 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ดังนี้

2.1 แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่เข้าร่วมการประกันสุขภาพกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จากประชากรทั้งหมดจำนวน 264 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากสถานประกอบการในพื้นที่ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานีที่มีจำนวนแรงงานมากเป็นอันดับหนึ่งในสถานประกอบการประเภท 1) คำส่ง ค่าปลีก แผงลอย 2) ก่อสร้าง 3) เกษตรและปศุสัตว์ 4) จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม หลังจากนั้นใช้เกณฑ์คัดเลือกตามคุณสมบัติได้แก่

1) เป็นแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามสัญชาติลาว

2) มีอายุระหว่าง 15-60 ปี

3) ซื้อบัตรประกันสุขภาพกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

4) เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2.2 นายจ้าง/ผู้ประกอบการจากสถานประกอบการทั้งหมดจำนวน 198 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน ซึ่งเป็นนายจ้าง/ผู้ประกอบการจากสถานประกอบการของแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่ทำการศึกษาจากสถานประกอบการ 4 แห่ง รวมทั้งหมด 54 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร 2 ครั้ง คือ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากร

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพของประชากรที่ศึกษาแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และด้านการบริหารจัดการ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานี

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative) ได้แก่ แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุน แบบบันทึกการประชุม และแบบสัมภาษณ์

สถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน สำหรับข้อมูลความรู้ การดำเนินงานก่อนและหลังพัฒนา ด้วยสถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา

1. กองทุนหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี จัดตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2556 อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม มีคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง ระดับจังหวัดและหน่วยบริการในพื้นที่ดำเนินงาน ให้ใช้คณะกรรมการระดับจังหวัดเป็นหน่วยงานหลัก ในการดำเนินงานนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุดรธานี จึงได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัด อุดรธานี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2556 กลุ่มเป้าหมายในการให้บริการของ กองทุนฯ คือแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม จำนวน 3 สัญชาติ ได้แก่ ลาว กัมพูชา และพม่า มีแนวทางการให้ บริการสาธารณสุข 4 ด้าน ตามนโยบายกระทรวง สาธารณสุข คือ 1) การสร้างหลักประกันสุขภาพ 2) การ รักษาพยาบาล 3) การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและการ เฝ้าระวังโรค 4) การบริหารจัดการ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะ ประชากร

2.1 แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 56.7 มีอายุระหว่าง 31-40 ปีร้อยละ 46.7 รองลงมา 21-30 ปีร้อยละ 30.0 และอายุ 41-50 ปีร้อยละ 13.3 มีอายุเฉลี่ย 36.43 ปี (S.D.=11.56) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ร้อยละ 43.3 รองลงมาโสดร้อยละ 26.7 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบ การศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 46.7 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 33.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาทร้อยละ 46.7 รอง ลงมา 10,001-15,000 บาทร้อยละ 30.0 ลักษณะการ ทำงานทำงานก่อสร้างร้อยละ 26.7 รองลงมาจำหน่าย อาหารและเครื่องดื่มร้อยละ 23.3 และการเกษตรและ ปศุสัตว์ร้อยละ 16.7 ระยะเวลาอยู่ในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีระยะเวลาน้อยกว่า 2 ปีร้อยละ 43.3 รองลงมา 3- 5 ปีร้อยละ 26.7 ลักษณะการพักอาศัยส่วนใหญ่พัก กับครอบครัวร้อยละ 56.7 และพักกับนายจ้างร้อยละ 43.3

2.2 คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุน และ ผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัด อุดรธานีพบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 54.2 มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปีร้อยละ 43.3 รองลงมา 41-50

ปีร้อยละ 20.0 และ 31-40 ปีร้อยละ 13.3 มีอายุเฉลี่ย 46.86 ปี (S.D.=8.38) สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 40.0 รองลงมาโสดร้อยละ 20.0 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษามากกว่าปริญญาตรีร้อยละ 43.3 รองลงมา ปริญญาตรีร้อยละ 30.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ 20,001- 30,000 บาทร้อยละ 30.0 รองลงมา 30,001-40,000 บาท ร้อยละ 26.7 ตำแหน่ง ปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 29.2 หัวหน้ากลุ่มงานและนายจ้าง/ผู้ประกอบการร้อยละ 16.7

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ สุขภาพขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว และผู้ติดตาม สรุปผลดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไป แรงงานต่างด้าวและผู้ ติดตามเดินทางเข้ามาในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานีด้วย เหตุผล 1) ประกอบอาชีพ แรงงานลาวส่วนใหญ่เข้ามาอยู่ อาศัยเพื่อประกอบอาชีพ 2) การย้ายตามครอบครัว ซึ่งมี ทั้งครอบครัวที่มีเครือญาติเป็นแรงงานต่างด้าวด้วยกัน และครอบครัวที่มีเครือญาติเป็นคนไทย กรณีที่แรงงาน ต่างด้าวแต่งงานกับคนไทยจะพักอาศัยอยู่กันเป็น ครอบครัว โดยแบ่งที่อยู่อาศัย 2 แบบ ดังนี้ 1) บ้านเช่า/ ห้องเช่า ซึ่งจะเช่าห้องพักรหรือบ้านเช่าอยู่และทำงานเพื่อ ประกอบอาชีพหารายได้ และจะกลับเข้าประเทศเมื่อมี เทศกาลสำคัญ 2) บ้านเครือญาติ/ครอบครัว กรณีที่ แรงงานต่างด้าวเข้ามาแต่งงานกับคนไทย มีวิถีชีวิตเช่น เดียวกับคนไทยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวคนไทยมีการ ประกอบอาชีพ ดังนี้ 1) รับจ้าง เช่น ก่อสร้าง โรงฆ่าสัตว์ ขนส่งสินค้า เป็นต้น 2) ค้าขาย เช่น จำหน่ายอาหารและ เครื่องดื่ม ผลิต/จำหน่ายวัสดุก่อสร้าง ร้านอาหาร ค้าส่ง ค้าปลีก แผงลอย เป็นต้น ส่วนใหญ่จะได้รับค่าจ้างเป็นราย วัน รายได้ 300 บาทต่อวัน ซึ่งรายได้ดังกล่าวเพียงพอกับ ค่าใช้จ่ายในครอบครัว

3.2 แหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพ แรงงาน ต่างด้าวและผู้ติดตาม ได้แก่ 1) แหล่งประโยชน์จากภาค รัฐบาล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลและโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งหากมีการใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใกล้บ้าน แรงงานต่างด้าวจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา

เนื่องจากมีระบบในการร่วมดูแลแรงงานต่างด้าว 2) แหล่งประโยชน์จากภาคเอกชน เช่น ร้านขายยา คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

3.3 การเข้าถึงและบริการที่ได้รับ แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามมีวิธีการดูแลตนเองหลายลักษณะ ทั้งการดูแลตนเอง และครอบครัว เริ่มจากเมื่อรู้สึกตัวตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สบาย เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ เป็นไข้ ไอ เป็นโรคกระเพาะอาหารจะซื้อยาจากร้านค้าทั่วไปหรือร้านขายยา หรือเข้ารับบริการที่คลินิกเอกชน เมื่อเจ็บป่วยด้วยอาการที่รุนแรง เช่น อุบัติเหตุ การคลอดบุตร หรือเข้ารับบริการฝากครรภ์ วัคซีน สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสุขภาพของเทศบาล

3.4 ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัด

3.4.1 การเข้าเมืองมาอย่างผิดกฎหมายจึงไม่มีบัตรประจำตัวแรงงานต่างด้าว ทำให้เดินทางไปโรงพยาบาลลำบากเพราะกลัวถูกตำรวจจับถ้าไม่มีบัตรประจำตัวแรงงานต่างด้าว

3.4.2 ปัญหาอุปสรรคของหน่วยงานให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การติดตามการรักษาไม่ครอบคลุมต่อเนื่อง เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายของประชากรแรงงานต่างด้าวสูง 2) แรงงานและผู้ติดตามไม่มีบัตรสุขภาพ ผู้ประกอบการโรงงานต่างๆ นิยมจ้างแรงงานที่ไม่มีบัตรเนื่องจากค่าจ้างถูกกว่า และจากการที่แรงงานมักย้ายที่ทำงานบ่อย หากโรงงานจะทำบัตรให้ ต้องใช้เงิน 7,500 – 10,000 บาท และหลังจากคนงานได้บัตรก็จะไปทำงานที่อื่น จึงยากต่อการไว้ใจจะทำบัตรให้ บางแห่งเคยทำบัตรแรงงานต่างด้าวให้ แต่แรงงานหนีไปทำงานที่อื่น ต่อมาจึงไม่ทำให้ และแรงงานบางคนให้เหตุผลว่า ซื้อบัตรหรือไม่ซื้อบัตร ก็ได้รับบริการไม่แตกต่างกัน 3) นโยบายการประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามไม่ต่อเนื่อง เป็นนโยบายที่ประกาศใช้ปีต่อปี ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในนโยบาย

4. ผลการประชุมจัดทำแผนการดำเนินงานได้แผนงานโครงการ จำนวน 3 โครงการ คือ โครงการให้บริการ

แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ โครงการอบรมให้ความรู้กฎหมายแก่นายจ้าง/ผู้ประกอบการและแรงงานต่างด้าว และโครงการเตรียมความพร้อมเครือข่าย ช้อมแผนฯ และการดำเนินงานเฝ้าระวังแรงงานต่างชาติ ซึ่งมีผลการดำเนินงานในแต่ละโครงการดังนี้

4.1 ผลการดำเนินงานโครงการให้บริการแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ในแต่ละวันมีผู้มาขึ้นทะเบียนจำนวนเฉลี่ยมากกว่า 50 คนต่อวัน นับได้ว่าการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้เกิดความสะดวก และเข้าถึงระบบบริการที่แท้จริง

4.2 โครงการอบรมให้ความรู้กฎหมายแก่นายจ้าง/ผู้ประกอบการและแรงงานต่างด้าว มีวัตถุประสงค์เพื่อรณรงค์ให้ความรู้กฎหมาย การขึ้นทะเบียนการประกันสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประชุมมีความกระตือรือร้น ตรงต่อเวลา ตั้งใจรับฟังคำบรรยาย ให้ความสนใจและร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอน มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ชักถามข้อสงสัยจากวิทยากรในหลายประเด็น

4.3 โครงการเตรียมความพร้อมเครือข่าย ช้อมแผนรับมือภัยคุกคามสุขภาพ การเฝ้าระวังแรงงานต่างชาติโรคอุบัติใหม่ตามแนวชายแดนเขตสุขภาพที่ 8 มีการจัดทำแผนรองรับกรณีเกิดโรคและภัยสุขภาพ และร่วมกันซ้อมแผนเมื่อเกิดภัยสุขภาพ ส่งผลให้เกิดระบบ กลไก และบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของทีมปฏิบัติ สามารถลดผลกระทบและเป็นการเตรียมความพร้อมต่อการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ โดยยึดเป้าหมายประชาชนเป็นหลักร่วมกันที่สอดคล้องกับการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ

5. ประเมินตนเองตามแบบประเมินผล ผลการประเมินพบว่า การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี มีการดำเนินงานครอบคลุม 4 ด้าน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ทั้งด้านการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และด้านการบริหารจัดการโดยมีการประสาน

งานบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคระบาดในกลุ่มแรงงานต่างด้าว แต่ขั้นตอนและวิธีการในการควบคุมและลดจำนวนผู้ป่วยยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ข้อเสนอแนะจึงควรมีการสร้างและพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครแรงงานต่างด้าวเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวในทุกอำเภอของจังหวัดอุดรธานี ส่วนด้านการบริหารจัดการกองทุนมีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน มีการจัดตั้งคณะกรรมการ มีการจัดกิจกรรมการพัฒนา การจัดทำแผน การนิเทศติดตามและประเมินผล ข้อเสนอแนะควรมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนทุกปี เนื่องจากคณะกรรมการบางคนมีการโยกย้าย/เปลี่ยนตำแหน่ง/เปลี่ยนงานที่รับผิดชอบ

6. นิเทศติดตามผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานีโดยใช้แบบนิเทศติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขการตรวจราชการแบบบูรณาการ จุดเน้นการเตรียมความพร้อมสู่การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบว่าผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัด

7. การศึกษาผลของการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า

คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุน และผู้เกี่ยวข้องก่อนการพัฒนา มีความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.85 (S.D.=2.31) หลังการพัฒนา คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.35 (S.D.=2.37) การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพก่อนการพัฒนา คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนและผู้เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.17 (S.D.=0.54) หลังการพัฒนา คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนและผู้เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 (S.D.=0.17)

8. การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วน ทุกคนให้ความร่วมมือโดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูงที่ร่วมคิดร่วมวางแผนร่วมปฏิบัติ และร่วมแก้ไขพัฒนาคณะกรรมการบริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการทำงานมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน รวมถึงมีการสร้างการรับรู้ประชาสัมพันธ์ให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามได้เข้าใจสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

ด้านความรู้	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p-value
		S.D.	ระดับความรู้		S.D.	ระดับความรู้		
1. ด้านการตรวจสุขภาพและการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ	4.21	0.80	มาก	4.57	0.65	มาก	1.44	<0.174
2. ด้านการรักษาพยาบาล	3.21	1.18	ปานกลาง	4.50	0.76	มาก	3.63	<0.003*
3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค	4.00	1.04	มาก	4.71	0.82	มาก	2.35	<0.035*
4. ด้านการบริหารจัดการ	3.42	0.85	ปานกลาง	4.57	0.76	มาก	3.31	<0.006*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ประเด็นการมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม		
1. ด้านการกำหนดแนวทางและวิธีการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานี	2.21	0.70	น้อย	3.50	0.76	มาก	4.22	<.001*
2. ด้านการจัดทำแผน พัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	2.00	0.68	น้อย	3.71	0.47	มาก	8.83	<.0001*
3. ด้านการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนา	2.36	0.84	น้อย	3.57	0.51	มาก	5.67	<.0001*
4. ด้านการให้ข้อเสนอแนะในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการดำเนินงาน	2.36	0.74	น้อย	4.00	0.55	มาก	8.25	<.0001*
5. ด้านการกำหนดแนวทางและวิธีการดำเนินงานให้สิทธิการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วย	2.43	0.65	น้อย	3.93	0.27	มาก	8.63	<.0001*
6. ด้านการกำหนดแนวทาง/วิธีบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้	2.21	0.80	น้อย	3.86	0.36	มาก	6.10	<.0001*
7. ด้านการจัดทำแผนพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วย	2.21	0.70	น้อย	3.93	0.27	มาก	7.77	<.0001*
8. ด้านการกำหนดแนวทางและวิธีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว	2.00	0.68	น้อย	4.00	0.10	มาก	11.02	<.0001*
9. ด้านการจัดทำแผนพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว	2.14	0.77	น้อย	3.93	0.27	มาก	7.49	<.0001*
10. ด้านการได้รับทราบข้อมูลและสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคในแรงงานต่างด้าว	2.14	0.77	น้อย	3.86	0.36	มาก	7.02	<.0001*
11. ด้านการประเมินผลการพัฒนาตามแผนงานและให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน	2.23	0.73	น้อย	3.62	0.51	มาก	6.50	<.0001*
12. ด้านผลกระทบเมื่อการบริหารจัดการกองทุนไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข	2.15	0.69	น้อย	3.00	0.58	ปานกลาง	3.39	<.006

อภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการของ Kemmis และ McTaggart⁽⁸⁾ ในครั้งนี้ มีประเด็นการอภิปรายผล ดังนี้

1. ประเด็นความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุน และผู้เกี่ยวข้อง ก่อนการพัฒนา มีความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.85 (S.D.=2.31) หลังการพัฒนาคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุน และผู้เกี่ยวข้อง มีความรู้ในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.35 (S.D.=2.37) การพัฒนาความรู้ของประชากรที่ศึกษามีระดับเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value<.0001) ส่งผลให้การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ประเด็นข้อมูลทั่วไปแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามเดินทางเข้ามาในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ด้วยเหตุผล 1) ประกอบอาชีพ แรงงานลาวส่วนใหญ่เข้ามาอยู่อาศัยเพื่อประกอบอาชีพ 2) การย้ายตามครอบครัว ซึ่งมีทั้งครอบครัวที่มีเครือญาติเป็นแรงงานต่างด้าวด้วยกัน และครอบครัวที่มีเครือญาติเป็นคนไทยกรณีที่แรงงานต่างด้าวแต่งงานกับคนไทย การอยู่อาศัยจะพักอาศัยอยู่กันเป็นครอบครัว โดยแบ่งที่อยู่อาศัย 2 แบบ ดังนี้ 1) บ้านเช่า/ห้องเช่า ซึ่งจะเช่าห้องพักหรือบ้านเช่าอยู่และทำงานเพื่อประกอบอาชีพหารายได้ และจะกลับเข้าประเทศเมื่อมีเทศกาลสำคัญ 2) บ้านเครือญาติ/ครอบครัว กรณีที่แรงงานต่างด้าวเข้ามาแต่งงานกับคนไทย มีวิถีชีวิตเช่นเดียวกับคนไทย เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวคนไทย มีการประกอบอาชีพ ดังนี้ 1) รับจ้าง เช่น ก่อสร้าง รับใช้ในครัวเรือน โรงฆ่าสัตว์ ขนส่งสินค้า เป็นต้น 2) ค้าขาย เช่น จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มผลิต/จำหน่ายวัสดุก่อสร้าง ร้านอาหาร ค้าส่ง ค้าปลีก แผงลอย เป็นต้น ส่วนใหญ่จะได้รับค่าจ้างเป็นรายวัน รายได้ 300 บาทต่อวัน ซึ่งรายได้ดังกล่าวเพียงพอกับ

ค่าใช้จ่ายในครอบครัว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นแรงงานต่างด้าวสัญชาติลาว จึงมีวิถีชีวิตเช่นเดียวกับคนไทย เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวคนไทย สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนอีสาน ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มแรงงานต่างด้าวชาติอื่น

3. ประเด็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน โดยศึกษาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม พบว่า แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามไม่มีอุปสรรคในการเดินทางไปโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากสถานพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน สอดคล้องกับบริบทและทุนทางสังคมของพื้นที่จังหวัดอุดรธานี พบว่าจังหวัดอุดรธานี มีสถานพยาบาลจำนวนมาก ทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ สังกัดกระทรวงกลาโหม และสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศูนย์บริการสาธารณสุข) ที่กระจายอยู่ตามมุมเมืองของจังหวัดอุดรธานี การกลัวถูกตำรวจจับเนื่องจากไม่มีบัตรประจำตัวแรงงานต่างด้าวจึงไม่ไปโรงพยาบาลแต่จะเลือกวิธีเมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยาจากร้านค้าทั่วไป หรือร้านขายยา หรือเข้ารับบริการที่คลินิกเอกชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Dan Biswas⁽⁹⁾ ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพและการแสวงหาบริการทางการแพทย์ของผู้อพยพผิดกฎหมายในแคนาดา ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากการพัฒนาประสิทธิภาพของการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี คือการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วน ทุกคนให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูงที่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมแก้ไขพัฒนา คณะกรรมการบริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการทำงานมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน รวมถึงมีการสร้างการรับรู้ประชาสัมพันธ์ให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามได้เข้าใจสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดุลย์ รัตโส⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าว กรณีศึกษาจังหวัดภูเก็ต ผลการศึกษพบว่าความร่วมมือกันจากหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องกับภาครัฐ และภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสัมพันธ์และผลักดันให้แรงงานต่างด้าวทุกคนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพหรือประกันสังคม และสร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบของนายจ้างให้มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวมและประเทศชาติ ส่งผลให้แรงงานต่างด้าวมีระบบประกันสุขภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรภัทร อันตระกูล⁽¹¹⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนและผู้ย้ายถิ่นในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

4. ประเด็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานหลาย ๆ ด้านที่สำคัญ ได้แก่ 1) ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า กัมพูชา คือ การติดต่อสื่อสารกัน ไม่ได้หรือไม่ค่อยรู้เรื่อง มีข้อเสนอจากการวิจัยให้จัดตั้งล่ามแปลภาษา หรืออาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ให้ช่วยแปลและสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและแรงงานต่างด้าว สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจตดำรงเลิศ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติในโรงพยาบาลปาย อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน และ ศราวุฒิ และคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น 2) แนวทางการดำเนินงานของกองทุนมีข้อจำกัด เช่น แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาแต่งงานกับคนไทยแล้วตั้งครุภักแต่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนต่างด้าวได้ ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้ เมื่อมาคลอดไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล สร้างภาระให้เกิดกับโรงพยาบาลที่ให้บริการ 3) ขาดระบบทำงานแบบบูรณาการร่วมกันของทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทรา สุวรรณกิจ⁽³⁾ ที่ศึกษาหลักประกันสุขภาพสำหรับคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพควรมีการทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการคนใหม่เมื่อ

คนเดิมย้ายโดยให้ครอบคลุมบุคลากรทั้งสายงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมโรค เป็นต้น และพัฒนาเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวของเขตสุขภาพที่ 8

1.2 กองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวควรกำหนดเป้าหมายและพันธกิจให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามต้องมีหลักประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง และต้องเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ครอบคลุมการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการควบคุมโรค โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางกฎหมาย

1.3 ควรมีการประชาสัมพันธ์นโยบายและแนวทางการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ชุติลธิธิประโยชน์สำหรับแรงงาน ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อให้แรงงานต่างด้าวเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น

1.4 ควรมีการดำเนินงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ ในการให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว เพื่อให้แรงงานต่างด้าวเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้นโดยเน้นไปที่สถานประกอบการ/โรงงาน/ชุมชนที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่หนาแน่น

1.5 ควรมีระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพแรงงานต่างด้าว

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวในรูปแบบอื่น ๆ เช่น ศึกษาแนวทางการพัฒนายุทธศาสตร์ โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ร่วมกับเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

2.2 ควรมีการศึกษาและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เพื่อเป็นแกนนำในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

2.3 ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงรอบที่ 2, 3 ต่อไป โดยกำหนดกลยุทธ์ใหม่ กำหนดระยะเวลาดำเนินงานสิ้นสุดปีงบประมาณ เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่ส่งผลให้การพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Sciortino R, Sureeporn Punpuing. การย้ายถิ่นข้ามชาติในประเทศ. องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน: กรุงเทพฯ; 2552.
2. อรสา ปานขาว. การประเมินผลโครงการประชาสัมพันธ์การแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2546.
3. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย. วารสารวิจัยระบบสาธาณสุข 2555;3: 403-15.
4. วิศิษฐ์ ตั้งนภากร. นโยบายและมาตรการการดำเนินงานตรวจสุขภาพประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
5. กฤตยา อาชวนิจกุล. การจัดระบบคนไร้รัฐในบริบทประเทศไทย. บทความประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 7 “ประชากรและสังคม 2554” จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย; 2554.
6. พงศธร พอกเพิ่มดี. รายงานทบทวนการดำเนินงานด้านสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวในระบบประกันสังคม และการศึกษาเชิงคุณภาพ ส่วนหนึ่งของโครงการ การเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว. มูลนิธิวิจัยพัฒนาสาธารณสุขไทย; 2556.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานผลการตรวจราชการรอบที่ 1 ปี 2557: เอกสารประกอบการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 8; 2557.
8. Kemmis S, Mc Taggart R. Participatory Action Research. In: Denzin K.N, Lincoln S.Y, editors. Handbook of Qualitative Research. London: Sage Publication Inc; 2000.
9. Biswas D, Kristiansen M, Krasnik A, Norredam M. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. BMC Public Health; 2011. P.560.
10. อุดุลย์ รัตโส. ผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าว กรณีศึกษาจังหวัดภูเก็ต 2550. วารสารการพัฒนาท้องถิ่น 2551;1:149-65.
11. จิตรภัทร อันตระกูล. การมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ องค์การพัฒนาเอกชนและผู้ย้ายถิ่นในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก; 2552.
12. อารีย์ เจตดำรงเลิศ. การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติในโรงพยาบาลปาย อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
13. ศราวุฒิ เหล่าสาย, อภิศักดิ์ ธีระวิสิษฐ์. การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.

การพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

The development of operational efficiency Health Security Funds efficiency of migrants in Udonthani province

สุภาภรณ์ โคตรมณี ส.ม.(สาธารณสุข)*

สงครามชัย ลิทองดี ปร.ด.(วิทยาศาสตร์สุขภาพ)**

สุทินันท์ สระทองหน ปร.ด.(สาธารณสุข)***

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

***สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Supaporn Khotmanee M.P.H. (Public Health)*

Songksramchai Leethongdee Ph.D. (Health Science)**

Suthinan Srathonghon Ph.D. (Public Health)***

*The Office of Disease Prevention and Control 6th Khon Kaen

**Faculty of Public Health, Mahasarakham University

***Udonthani Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาและประเมินสภาพการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ศึกษากระบวนการพัฒนาและปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานี ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าวและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้ปฏิบัติงานจากหน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชน นายจ้าง และแรงงานสัญชาติลาว จำนวน 54 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีเฉพาะเจาะจง เครื่องมือในการวิจัยแบบสอบถามและแบบประเมินกองทุน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานคือ Paired t – test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน 3) ทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติการตามแผน 5) ประเมินตนเองตามแบบประเมินกองทุน 6) นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน 7) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 8) สรุปเปรียบเทียบผลการพัฒนา ก่อนและหลังการพัฒนา และ 9) สรุปปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่ความสำเร็จในการมีกิจกรรมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นจากค่าคะแนนเฉลี่ย 14.85 (S.D.=2.31) ระดับความรู้ปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็น 18.35 (S.D.=2.37) ระดับความรู้สูง การมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจากค่าคะแนนเฉลี่ย 2.17 (S.D.=0.54) ระดับน้อยที่สุด เพิ่มขึ้นเป็น 3.74 (S.D.=0.17) ระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.0001)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในครั้งนี้เกิดจากคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ และการเข้าถึงสภาพปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงของแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม กระบวนการพัฒนาเกิดจากการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วน รวมถึงผู้บริหารระดับสูงมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมแก้ไขพัฒนา ส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพคนต่างด้าว

Abstract

The objective of this research was to study and evaluate the accessibility of health services. The process of development and success factors of the development operational efficiency fund health of migrants. The sample population and the health insurance fund migrants and those involved, including the chief executive. Practitioners from government agencies and private organizations of employers and workers, Lao, 54 people were selected using the specific identification method. The instrument was a questionnaire and evaluation fund form. The statistics used for data analysis, percentage and standard deviation. The statistics used to test hypotheses are paired t – test. Significant label at 0.05

The study found that the development of efficient operations health security fund of migrants comprises nine stages: 1) The context in area 2) Study the factors that affect performance, 3) Action plan 4) Action 5) Self-assessment 6) Supervision performance 7) Knowledge exchange conference 8) Summary of results and the development and 9) Summarizes the problems and recommendations. The process leading to the successful of the development of operational efficiency fund health of migrants in Udonthani province, the samples improved in 3 aspects. These aspects consisted of knowledge increased from an average 14.85 (SD = 2.31) to 18.35 (SD = 2.37), participant increased from an average 2.17 (SD = 0.54) to 3.74 (SD = 0.17), The increased was statistically significant (p value < 0.001)

This success factors in the health security fund executive committee aliens. Knowledge and understanding on the implementation of the health security fund. And the obstruction of access of foreign workers and their dependents. The development is due to the involvement of entities in all sectors. Including senior executives took part in the practice of contemplate joint planning and co-edited a result, the development of more efficient operations.

Keywords: development, implementation, migrants health insurance fund

บทนำ

กระแสการพัฒนาด้านเศรษฐกิจของประเทศไทย มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดต่อกัน โดยเฉพาะในภาคอุตสาหกรรม ทำให้มีความต้องการจ้างแรงงานและค่าแรงสูงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยมีปัญหาแรงงานอพยพที่ลักลอบเข้ามาทำงานเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเฉพาะจากประเทศเพื่อนบ้านทั้ง 3 ประเทศ คือ เมียนมาร์ ลาว และกัมพูชา ในปี 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ประมาณการว่าจากแรงงานในประเทศไทยตามการคาดประมาณ 37.4 ล้านคน สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวอยู่ที่ประมาณร้อยละ 6 แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังกลายเป็นประเทศหลักที่รองรับแรงงานต่างด้าวจากภูมิภาคนี้⁽¹⁾

การเพิ่มจำนวนของแรงงานต่างด้าว ส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ อีกทั้งปัญหาสังคม การเมือง ความไม่สงบภายในประเทศของเพื่อนบ้าน ส่งผลให้เศรษฐกิจจะลดตัวจากการถูกคว่ำบาตรทางการค้า⁽²⁾ ทำให้มีการนำเข้าและลักลอบเข้ามาทำงานของแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเพิ่มขึ้น นอกจากนี้มักนำครอบครัวเข้ามาอยู่ด้วยก่อให้เกิดการอพยพย้ายถิ่นฐานเข้ามาอยู่อย่างถาวร ทำให้ชุมชนกลุ่มแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากเมียนมาร์ กัมพูชา ลาว มีหลักประกันสุขภาพเพียง 1.6 ล้านคน การเข้าถึงบริการพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขของรัฐบาลไทยน้อยกว่าคนไทยถึง 6 เท่า⁽³⁾ รัฐบาลจึงต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพถึงปีละ 155 ล้านบาท และพบโรคติดต่อที่สำคัญในแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ คือ โรคอุจจาระร่วง

ไข้เลือดออก เอดส์ และ มาลาเรีย⁽⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การสหประชาชาติ (1994) ที่พบว่า ความเปราะบางที่แออัด ไม่ถูกสุขลักษณะของแรงงานต่างด้าวย้ายถิ่นที่ผิดกฎหมาย มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ มากมาย เช่น โรคอหิวาต์ วัณโรค เอดส์ และ มาลาเรีย เป็นต้น การที่แรงงานต่างด้าวไร้หลักประกันสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ เช่น ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ เอดส์ วัณโรค มาลาเรีย อหิวาตกโรค เป็นต้น ซึ่งเป็นโรคติดต่อไม่เฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเท่านั้น ยังได้ระบาดในชุมชนเป็นวงกว้าง ทำให้หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ต้องมีการดำเนินการโดยครอบคลุมเป็นระบบ ส่งผลกระทบด้านการบริการ เศรษฐกิจ และ สังคม⁽⁵⁾

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลทางด้านการแพทย์แก่แรงงานต่างด้าวที่มาทำงานในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยการจัดการแรงงานต่างด้าวทั้งระบบ จากประชากรต่างด้าวที่มีสัญชาติเมียนมาร์ ลาว และกัมพูชาทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ทั้งแรงงานที่มีและไม่มีเอกสารอนุญาตทำงาน รวมไปถึงผู้ติดตามและครอบครัว ที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทย และได้รับเอกสารประจำตัวคือทะเบียนราษฎร หรือ ท.ร.38/1 ที่มีเลข 13 หลักเช่นเดียวกับคนไทยแต่ไม่ได้รับสัญชาติไทย การให้บริการด้านสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวนั้นมีการดำเนินการให้สอดคล้องกับระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทยแต่มีความแตกต่างกันตรงที่แรงงานต่างด้าวต้องเป็นผู้จ่ายค่าประกันสุขภาพต่อปีในอัตราที่เท่ากับรัฐจ่ายให้ประชากรไทยต่อคนและการดำเนินงานนี้ครอบคลุมได้เฉพาะแรงงานต่างด้าว ผู้ติดตามและครอบครัวที่จดทะเบียนเท่านั้นแต่แรงงานต่างด้าว ผู้ติดตามและครอบครัวที่ไม่ขึ้นทะเบียนไม่สามารถเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพได้อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมาได้มีการนำแนวปฏิบัติที่ได้จากบันทึกความร่วมมือ (MOU; Memorandum of Understanding) ในด้านการจัดการแรงงานระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน คือ

กัมพูชา ลาว และเมียนมาร์มาดำเนินงาน สำคัญของบันทึกความร่วมมือนี้คือการทำให้แรงงานต่างด้าวที่ทำงานในประเทศไทยนั้นมีเอกสารทำงานอย่างถูกต้องทั้งในประเทศไทยและประเทศต้นทาง โดยการพิสูจน์สัญชาติและการนำเข้าแรงงานต่างด้าวจากประเทศต้นทางอย่างเป็นทางการ แรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้จะเข้าสู่ระบบประกันสังคมเช่นเดียวกับแรงงานไทย และรับสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพของประกันสังคม แต่หากประเภทงานนั้น ๆ ไม่เข้าข่ายระบบประกันสังคม เช่น แรงงานในภาคประมง เป็นต้น ก็จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพรายปีเช่นเดียวกับแรงงานในระบบผ่อนผันฯ ทำให้กลุ่มเป้าหมายของการทำประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขลดลงจากรายงานอัตราการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว ผู้ติดตามและครอบครัวเปรียบเทียบกับจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนปี 2553-2555 คิดเป็นร้อยละ 66.7, 70.2 และ 44.3 ตามลำดับ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวมีบัตรประกันสุขภาพเข้ารับการรักษาพยาบาลคิดเป็นเงิน 829 ล้านบาท ไม่มีบัตรประกันสุขภาพเข้ารับการรักษาพยาบาลคิดเป็นเงิน 1,005 ล้านบาทพยาบาลไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ 329 ล้านบาท ส่งผลให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น⁽⁶⁾ จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าอัตราการมีบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ผู้ติดตามและครอบครัวมีแนวโน้มลดลง

อย่างไรก็ตาม คณะรัฐมนตรีจะมีนโยบายการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติ ซึ่งประกาศใช้เป็นนโยบายปีต่อปี ปี 2556 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการที่ให้การดูแลทางด้านสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมโดยแรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเองโดยให้เป็นไปตามกฎระเบียบหรือข้อบังคับที่กระทรวงสาธารณสุขจะได้กำหนดร่วมกับกระทรวงแรงงานและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในการดูแลการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกมาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสอบสุขภาพและ

ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวโดยมีนโยบายสำคัญ 3 ประการคือ 1) แรงงานต่างด้าวทุกคนต้องมีหลักประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งคือประกันสังคมของกระทรวงแรงงานหรือประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข 2) แรงงานต่างด้าวที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคมทุกคนต้องผ่านการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 3) แรงงานต่างด้าวที่อยู่ระหว่างรอสิทธิประกันสังคมทุกคนต้องผ่านการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยขยายกลุ่มเป้าหมายของผู้ที่สามารถทำประกันสุขภาพออกไปสู่ครอบครัวผู้ติดตามและเด็กอายุไม่เกิน 7 ปี โดยไม่คำนึงถึงเลข 13 หลัก ครอบคลุมทุกสัญชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยเพื่อให้แรงงานต่างด้าวทุกคนมีหลักประกันสุขภาพพร้อมทั้งขยายชุดสิทธิประโยชน์ออกไปสู่การให้บริการยาต้านไวรัส (Antiretroviral: ARV) แต่ยังไม่ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (Peritoneal Dialysis) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ผลจากการเพิ่มสิทธิประโยชน์บริการยา ARV ทำให้มีการปรับอัตราค่าทำประกันเป็น 2,800 บาทซึ่งจากเดิมต้องจ่ายเพียง 1,900 บาท (รวมค่าตรวจร่างกายและค่าประกันสุขภาพ) โดยส่วนที่เพิ่มเติมใช้ในการให้บริการ ARV ซึ่งเป็นการบริหารจัดการโดยส่วนกลาง

ปัจจุบันสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวภายใต้นโยบายดังกล่าว โดยจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานี ผลการดำเนินงานพบว่าปีงบประมาณ 2556 มีแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพจำนวน 320 ราย มีรายได้จากการขายประกันสุขภาพ จำนวน 249,269 บาท มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ จำนวน 1,320,022 บาท ปีงบประมาณ 2557 จำนวน 261 ราย มีรายได้จากการขายประกันสุขภาพ จำนวน 162,519 บาท มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ จำนวน 1,016,409 บาท จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพของจังหวัดอุดรธานีมีจำนวนลดลง ขัดแย้งกับจำนวน

ประชากรแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานเพิ่มมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียนในปี 2558⁽⁷⁾ แนวโน้มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากกลุ่มแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้นเนื่องจากแรงงานต่างด้าวบางส่วนไม่เข้าระบบประกันสุขภาพ เมื่อมารับบริการและไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ทำให้หน่วยบริการต้องใช้เงินบำรุงของสถานบริการมาใช้ในการบริหารจัดการดูแล จากปัญหาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องศึกษาปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานของกองทุน เพื่อพัฒนาการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานีให้เหมาะสมในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

2.3 เพื่อศึกษาผลการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการพัฒนา

2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

นิยามศัพท์เฉพาะ

แรงงานต่างด้าวหมายถึงแรงงานข้ามชาติสัญชาติลาวและผู้ที่ติดตาม/ครอบครัวที่มีอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีเข้ามาทำงานโดยใช้แรงงานหรือความรู้ ได้รับค่าแรงหรือค่าจ้างจากนายจ้าง ทั้งรายวัน และรายเดือน

งานที่ได้แก่ การรับแจ้งทั่วไป ก่อสร้าง การเกษตร และค้าขาย ในบ้านหรือโรงงานหรือสถานประกอบการ

หลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว หมายถึง สิทธิประโยชน์ที่แรงงานต่างชาติด้อยชาติลาวและผู้ติดตาม/ครอบครัว ที่ต้องได้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขในการตรวจสุขภาพประจำปี การบริการด้านการรักษาพยาบาล บริการส่งเสริมสุขภาพการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค

กองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว หมายถึงกองทุนที่บริหารจัดการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่มีงบประมาณ/รายได้มาจากการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างชาติและผู้ติดตาม/ครอบครัว สัญชาติลาว

คณะกรรมการ หมายถึง คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ตามคำสั่งแต่งตั้งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

การพัฒนาประสิทธิภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว หมายถึงการดำเนินการปรับปรุง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุน เพื่อให้กองทุนผ่านเกณฑ์การประเมินตามตัวชี้วัดการตรวจราชการแบบบูรณาการของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยยึดกระบวนการของ Kemmis และ McTaggart (2000)⁽⁸⁾ มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ระยะ 9 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ศึกษาสภาพการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าว นำมาวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ พัฒนาการดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานี สรุปประเด็นปัญหาการดำเนินงานของกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ได้แก่ ศึกษาพฤติกรรม การเข้าถึง ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดอุดรธานี โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ได้รับผลกระทบ ได้แก่ แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ผู้บริหารหน่วยงานหรือหัวหน้ากลุ่มงาน และผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการทำแบบทดสอบประเมินตนเองตามแบบติดตามนโยบายการดำเนินการก่อนเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน (แบบ PPR1) และนำเสนอผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 4 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan)

ระยะที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action) ตามแผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation) โดยการประเมินตนเองตามแบบนิเทศ/ติดตามตัวชี้วัดในการตรวจราชการบูรณาการกระทรวงสาธารณสุขและนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โดยประเมินความรู้ ประเมินการมีส่วนร่วม และประเมินความพึงพอใจในการดำเนินงาน

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน และวางแผนในการแก้ไขปัญหาในรอบต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เจาะจงเลือกพื้นที่ในการวิจัย คือกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้

ในการศึกษา ดังนี้

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ได้แก่

1. ผู้บริหารหน่วยงานหรือหัวหน้ากลุ่มงาน และผู้รับผิดชอบงานที่ปฏิบัติงานด้านแรงงานต่างด้าว จากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจำนวน 6 แห่ง ประกอบด้วยสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลอุดรธานี สำนักงานจัดหางานจังหวัดอุดรธานี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี และมูลนิธิริักษาไทยจังหวัดอุดรธานี

2. คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี จำนวน 14 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ดังนี้

2.1 แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่เข้าร่วมการประกันสุขภาพกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จากประชากรทั้งหมดจำนวน 264 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากสถานประกอบการในพื้นที่ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานีที่มีจำนวนแรงงานมากเป็นอันดับหนึ่งในสถานประกอบการประเภท 1) คำส่ง ค่าปลีก แผงลอย 2) ก่อสร้าง 3) เกษตรและปศุสัตว์ 4) จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม หลังจากนั้นใช้เกณฑ์คัดเลือกตามคุณสมบัติได้แก่

1) เป็นแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามสัญชาติลาว

2) มีอายุระหว่าง 15-60 ปี

3) ซื้อบัตรประกันสุขภาพกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

4) เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2.2 นายจ้าง/ผู้ประกอบการจากสถานประกอบการทั้งหมดจำนวน 198 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน ซึ่งเป็นนายจ้าง/ผู้ประกอบการจากสถานประกอบการของแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่ทำการศึกษาจากสถานประกอบการ 4 แห่ง รวมทั้งหมด 54 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร 2 ครั้ง คือ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทางประชากร

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพของประชากรที่ศึกษาแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และด้านการบริหารจัดการ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานี

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative) ได้แก่แบบประเมินการบริหารจัดการกองทุน แบบบันทึกการประชุม และแบบสัมภาษณ์

สถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลทั่วไปนำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน สำหรับข้อมูลความรู้ การดำเนินงานก่อนและหลังพัฒนา ด้วยสถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา

1. กองทุนหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี จัดตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2556 อนุมัติให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวทั้งหมดที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม มีคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง ระดับจังหวัดและหน่วยบริการในพื้นที่ดำเนินงาน ให้ใช้คณะกรรมการระดับจังหวัดเป็นหน่วยงานหลัก ในการดำเนินงานนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุดรธานี จึงได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัด อุดรธานี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2556 กลุ่มเป้าหมายในการให้บริการของ กองทุนฯ คือแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม จำนวน 3 สัญชาติ ได้แก่ ลาว กัมพูชา และพม่า มีแนวทางการให้ บริการสาธารณสุข 4 ด้าน ตามนโยบายกระทรวง สาธารณสุข คือ 1) การสร้างหลักประกันสุขภาพ 2) การ รักษาพยาบาล 3) การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและการ เฝ้าระวังโรค 4) การบริหารจัดการ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะ ประชากร

2.1 แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 56.7 มีอายุระหว่าง 31-40 ปีร้อยละ 46.7 รองลงมา 21-30 ปีร้อยละ 30.0 และอายุ 41-50 ปีร้อยละ 13.3 มีอายุเฉลี่ย 36.43 ปี (S.D.=11.56) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ร้อยละ 43.3 รองลงมาโสดร้อยละ 26.7 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบ การศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 46.7 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 33.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาทร้อยละ 46.7 รอง ลงมา 10,001-15,000 บาทร้อยละ 30.0 ลักษณะการ ทำงานทำงานก่อสร้างร้อยละ 26.7 รองลงมาจำหน่าย อาหารและเครื่องดื่มร้อยละ 23.3 และการเกษตรและ ปศุสัตว์ร้อยละ 16.7 ระยะเวลาอยู่ในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีระยะเวลาน้อยกว่า 2 ปีร้อยละ 43.3 รองลงมา 3- 5 ปีร้อยละ 26.7 ลักษณะการพักอาศัยส่วนใหญ่พัก กับครอบครัวร้อยละ 56.7 และพักกับนายจ้างร้อยละ 43.3

2.2 คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุน และ ผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงาน กองทุนหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัด อุดรธานีพบว่า ประชากรส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 54.2 มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปีร้อยละ 43.3 รองลงมา 41-50

ปีร้อยละ 20.0 และ 31-40 ปีร้อยละ 13.3 มีอายุเฉลี่ย 46.86 ปี (S.D.=8.38) สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 40.0 รองลงมาโสดร้อยละ 20.0 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษามากกว่าปริญญาตรีร้อยละ 43.3 รองลงมา ปริญญาตรีร้อยละ 30.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ 20,001- 30,000 บาทร้อยละ 30.0 รองลงมา 30,001-40,000 บาท ร้อยละ 26.7 ตำแหน่ง ปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 29.2 หัวหน้ากลุ่มงานและนายจ้าง/ผู้ประกอบการร้อยละ 16.7

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ สุขภาพขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว และผู้ติดตาม สรุปผลดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไป แรงงานต่างด้าวและผู้ ติดตามเดินทางเข้ามาในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานีด้วย เหตุผล 1) ประกอบอาชีพ แรงงานลาวส่วนใหญ่เข้ามาอยู่ อาศัยเพื่อประกอบอาชีพ 2) การย้ายตามครอบครัว ซึ่งมี ทั้งครอบครัวที่มีเครือญาติเป็นแรงงานต่างด้าวด้วยกัน และครอบครัวที่มีเครือญาติเป็นคนไทย กรณีที่แรงงาน ต่างด้าวแต่งงานกับคนไทยจะพักอาศัยอยู่กันเป็น ครอบครัว โดยแบ่งที่อยู่อาศัย 2 แบบ ดังนี้ 1) บ้านเช่า/ ห้องเช่า ซึ่งจะเช่าห้องพักรหรือบ้านเช่าอยู่และทำงานเพื่อ ประกอบอาชีพหารายได้ และจะกลับเข้าประเทศเมื่อมี เทศกาลสำคัญ 2) บ้านเครือญาติ/ครอบครัว กรณีที่ แรงงานต่างด้าวเข้ามาแต่งงานกับคนไทย มีวิถีชีวิตเช่น เดียวกับคนไทยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวคนไทยมีการ ประกอบอาชีพ ดังนี้ 1) รับจ้าง เช่น ก่อสร้าง โรงฆ่าสัตว์ ขนส่งสินค้า เป็นต้น 2) ค้าขาย เช่น จำหน่ายอาหารและ เครื่องดื่ม ผลิต/จำหน่ายวัสดุก่อสร้าง ร้านอาหาร ค้าส่ง ค้าปลีก แผงลอย เป็นต้น ส่วนใหญ่จะได้รับค่าจ้างเป็นราย วัน รายได้ 300 บาทต่อวัน ซึ่งรายได้ดังกล่าวเพียงพอกับ ค่าใช้จ่ายในครอบครัว

3.2 แหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพ แรงงาน ต่างด้าวและผู้ติดตาม ได้แก่ 1) แหล่งประโยชน์จากภาค รัฐบาล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลและโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งหากมีการใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใกล้บ้าน แรงงานต่างด้าวจะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา

เนื่องจากมีระบบในการร่วมดูแลแรงงานต่างด้าว 2) แหล่งประโยชน์จากภาคเอกชน เช่น ร้านขายยา คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น

3.3 การเข้าถึงและบริการที่ได้รับ แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามมีวิธีการดูแลตนเองหลายลักษณะ ทั้งการดูแลตนเอง และครอบครัว เริ่มจากเมื่อรู้สึกตัวตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สบาย เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ เป็นไข้ ไอ เป็นโรคกระเพาะอาหารจะซื้อยาจากร้านค้าทั่วไปหรือร้านขายยา หรือเข้ารับบริการที่คลินิกเอกชน เมื่อเจ็บป่วยด้วยอาการที่รุนแรง เช่น อุบัติเหตุ การคลอดบุตร หรือเข้ารับบริการฝากครรภ์ วัคซีน สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสุขภาพของเทศบาล

3.4 ปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัด

3.4.1 การเข้าเมืองมาอย่างผิดกฎหมายจึงไม่มีบัตรประจำตัวแรงงานต่างด้าว ทำให้เดินทางไปโรงพยาบาลลำบากเพราะกลัวถูกตำรวจจับถ้าไม่มีบัตรประจำตัวแรงงานต่างด้าว

3.4.2 ปัญหาอุปสรรคของหน่วยงานให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การติดตามการรักษาไม่ครอบคลุมต่อเนื่อง เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายของประชากรแรงงานต่างด้าวสูง 2) แรงงานและผู้ติดตามไม่มีบัตรสุขภาพ ผู้ประกอบการโรงงานต่างๆ นิยมจ้างแรงงานที่ไม่มีบัตรเนื่องจากค่าจ้างถูกกว่า และจากการที่แรงงานมักย้ายที่ทำงานบ่อย หากโรงงานจะทำบัตรให้ ต้องใช้เงิน 7,500 – 10,000 บาท และหลังจากคนงานได้บัตรก็จะไปทำงานที่อื่น จึงยากต่อการไว้ใจจะทำบัตรให้ บางแห่งเคยทำบัตรแรงงานต่างด้าวให้ แต่แรงงานหนีไปทำงานที่อื่น ต่อมาจึงไม่ทำให้ และแรงงานบางคนให้เหตุผลว่า ซื้อบัตรหรือไม่ซื้อบัตร ก็ได้รับบริการไม่แตกต่างกัน 3) นโยบายการประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามไม่ต่อเนื่อง เป็นนโยบายที่ประกาศใช้ปีต่อปี ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในนโยบาย

4. ผลการประชุมจัดทำแผนการดำเนินงานได้แผนงานโครงการ จำนวน 3 โครงการ คือ โครงการให้บริการ

แรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ โครงการอบรมให้ความรู้กฎหมายแก่นายจ้าง/ผู้ประกอบการและแรงงานต่างด้าว และโครงการเตรียมความพร้อมเครือข่าย ช้อมแผนฯ และการดำเนินงานเฝ้าระวังแรงงานต่างชาติ ซึ่งมีผลการดำเนินงานในแต่ละโครงการดังนี้

4.1 ผลการดำเนินงานโครงการให้บริการแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ในแต่ละวันมีผู้มาขึ้นทะเบียนจำนวนเฉลี่ยมากกว่า 50 คนต่อวัน นับได้ว่าการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้เกิดความสะดวก และเข้าถึงระบบบริการที่แท้จริง

4.2 โครงการอบรมให้ความรู้กฎหมายแก่นายจ้าง/ผู้ประกอบการและแรงงานต่างด้าว มีวัตถุประสงค์เพื่อรณรงค์ให้ความรู้กฎหมาย การขึ้นทะเบียนการประกันสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประชุมมีความกระตือรือร้น ตรงต่อเวลา ตั้งใจรับฟังคำบรรยาย ให้ความสนใจและร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอน มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ชักถามข้อสงสัยจากวิทยากรในหลายประเด็น

4.3 โครงการเตรียมความพร้อมเครือข่าย ช้อมแผนรับมือภัยคุกคามสุขภาพ การเฝ้าระวังแรงงานต่างชาติโรคอุบัติใหม่ตามแนวชายแดนเขตสุขภาพที่ 8 มีการจัดทำแผนรองรับกรณีเกิดโรคและภัยสุขภาพ และร่วมกันซ้อมแผนเมื่อเกิดภัยสุขภาพ ส่งผลให้เกิดระบบ กลไก และบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของทีมปฏิบัติ สามารถลดผลกระทบและเป็นการเตรียมความพร้อมต่อการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ โดยยึดเป้าหมายประชาชนเป็นหลักร่วมกันที่สอดคล้องกับการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ

5. ประเมินตนเองตามแบบประเมินผล ผลการประเมินพบว่า การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี มีการดำเนินงานครอบคลุม 4 ด้าน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ทั้งด้านการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และด้านการบริหารจัดการโดยมีการประสาน

งานบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคระบาดในกลุ่มแรงงานต่างด้าว แต่ขั้นตอนและวิธีการในการควบคุมและลดจำนวนผู้ป่วยยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ข้อเสนอแนะจึงควรมีการสร้างและพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครแรงงานต่างด้าวเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวในทุกอำเภอของจังหวัดอุดรธานี ส่วนด้านการบริหารจัดการกองทุนมีแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน มีการจัดตั้งคณะกรรมการ มีการจัดกิจกรรมการพัฒนา การจัดทำแผน การนิเทศติดตามและประเมินผล ข้อเสนอแนะควรมีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนทุกปี เนื่องจากคณะกรรมการบางคนมีการโยกย้าย/เปลี่ยนตำแหน่ง/เปลี่ยนงานที่รับผิดชอบ

6. นิเทศติดตามผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานีโดยใช้แบบนิเทศติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขการตรวจราชการแบบบูรณาการ จุดเน้นการเตรียมความพร้อมสู่การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน พบว่าผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัด

7. การศึกษาผลของการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า

คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุน และผู้เกี่ยวข้องก่อนการพัฒนา มีความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.85 (S.D.=2.31) หลังการพัฒนา คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนและผู้เกี่ยวข้องมีความรู้ในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.35 (S.D.=2.37) การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพก่อนการพัฒนา คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนและผู้เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.17 (S.D.=0.54) หลังการพัฒนา คณะกรรมการบริหารจัดการกองทุนและผู้เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 (S.D.=0.17)

8. การจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วน ทุกคนให้ความร่วมมือโดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูงที่ร่วมคิดร่วมวางแผนร่วมปฏิบัติ และร่วมแก้ไขพัฒนาคณะกรรมการบริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการทำงานมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน รวมถึงมีการสร้างการรับรู้ประชาสัมพันธ์ให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามได้เข้าใจสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี

ด้านความรู้	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p-value
		S.D.	ระดับความรู้		S.D.	ระดับความรู้		
1. ด้านการตรวจสุขภาพและการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ	4.21	0.80	มาก	4.57	0.65	มาก	1.44	<0.174
2. ด้านการรักษาพยาบาล	3.21	1.18	ปานกลาง	4.50	0.76	มาก	3.63	<0.003*
3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค	4.00	1.04	มาก	4.71	0.82	มาก	2.35	<0.035*
4. ด้านการบริหารจัดการ	3.42	0.85	ปานกลาง	4.57	0.76	มาก	3.31	<0.006*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 ศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ประเด็นการมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม		
1. ด้านการกำหนดแนวทางและวิธีการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดอุดรธานี	2.21	0.70	น้อย	3.50	0.76	มาก	4.22	<.001*
2. ด้านการจัดทำแผน พัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	2.00	0.68	น้อย	3.71	0.47	มาก	8.83	<.0001*
3. ด้านการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนา	2.36	0.84	น้อย	3.57	0.51	มาก	5.67	<.0001*
4. ด้านการให้ข้อเสนอแนะในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการดำเนินงาน	2.36	0.74	น้อย	4.00	0.55	มาก	8.25	<.0001*
5. ด้านการกำหนดแนวทางและวิธีการดำเนินงานให้สิทธิการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วย	2.43	0.65	น้อย	3.93	0.27	มาก	8.63	<.0001*
6. ด้านการกำหนดแนวทาง/วิธีบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้	2.21	0.80	น้อย	3.86	0.36	มาก	6.10	<.0001*
7. ด้านการจัดทำแผนพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วย	2.21	0.70	น้อย	3.93	0.27	มาก	7.77	<.0001*
8. ด้านการกำหนดแนวทางและวิธีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว	2.00	0.68	น้อย	4.00	0.10	มาก	11.02	<.0001*
9. ด้านการจัดทำแผนพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว	2.14	0.77	น้อย	3.93	0.27	มาก	7.49	<.0001*
10. ด้านการได้รับทราบข้อมูลและสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคในแรงงานต่างด้าว	2.14	0.77	น้อย	3.86	0.36	มาก	7.02	<.0001*
11. ด้านการประเมินผลการพัฒนาตามแผนงานและให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน	2.23	0.73	น้อย	3.62	0.51	มาก	6.50	<.0001*
12. ด้านผลกระทบเมื่อการบริหารจัดการกองทุนไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข	2.15	0.69	น้อย	3.00	0.58	ปานกลาง	3.39	<.006

อภิปรายผล

ผลการศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี ตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการของ Kemmis และ McTaggart⁽⁸⁾ ในครั้งนี้ มีประเด็นการอภิปรายผล ดังนี้

1. ประเด็นความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุน และผู้เกี่ยวข้อง ก่อนการพัฒนา มีความรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.85 (S.D.=2.31) หลังการพัฒนาคณะกรรมการบริหารจัดการกองทุน และผู้เกี่ยวข้อง มีความรู้ในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.35 (S.D.=2.37) การพัฒนาความรู้ของประชากรที่ศึกษามีระดับเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<.0001$) ส่งผลให้การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ประเด็นข้อมูลทั่วไปแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามเดินทางเข้ามาในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ด้วยเหตุผล 1) ประกอบอาชีพ แรงงานลาวส่วนใหญ่เข้ามาอยู่อาศัยเพื่อประกอบอาชีพ 2) การย้ายตามครอบครัว ซึ่งมีทั้งครอบครัวที่มีเครือญาติเป็นแรงงานต่างด้าวด้วยกัน และครอบครัวที่มีเครือญาติเป็นคนไทยกรณีที่แรงงานต่างด้าวแต่งงานกับคนไทย การอยู่อาศัยจะพักอาศัยอยู่กันเป็นครอบครัว โดยแบ่งที่อยู่อาศัย 2 แบบ ดังนี้ 1) บ้านเช่า/ห้องเช่า ซึ่งจะเช่าห้องพักหรือบ้านเช่าอยู่และทำงานเพื่อประกอบอาชีพหารายได้ และจะกลับเข้าประเทศเมื่อมีเทศกาลสำคัญ 2) บ้านเครือญาติ/ครอบครัว กรณีที่แรงงานต่างด้าวเข้ามาแต่งงานกับคนไทย มีวิถีชีวิตเช่นเดียวกับคนไทย เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวคนไทย มีการประกอบอาชีพ ดังนี้ 1) รับจ้าง เช่น ก่อสร้าง รับใช้ในครัวเรือน โรงฆ่าสัตว์ ขนส่งสินค้า เป็นต้น 2) ค้าขาย เช่น จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มผลิต/จำหน่ายวัสดุก่อสร้าง ร้านอาหาร ค้าส่ง ค้าปลีก แผงลอย เป็นต้น ส่วนใหญ่จะได้รับค่าจ้างเป็นรายวัน รายได้ 300 บาทต่อวัน ซึ่งรายได้ดังกล่าวเพียงพอกับ

ค่าใช้จ่ายในครอบครัว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นแรงงานต่างด้าวสัญชาติลาว จึงมีวิถีชีวิตเช่นเดียวกับคนไทย เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวคนไทย สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนอีสาน ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มแรงงานต่างด้าวชาติอื่น

3. ประเด็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน โดยศึกษาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม พบว่า แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามไม่มีอุปสรรคในการเดินทางไปโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากสถานพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน สอดคล้องกับบริบทและทุนทางสังคมของพื้นที่จังหวัดอุดรธานี พบว่าจังหวัดอุดรธานี มีสถานพยาบาลจำนวนมาก ทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ สังกัดกระทรวงกลาโหม และสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศูนย์บริการสาธารณสุข) ที่กระจายอยู่ตามมุมเมืองของจังหวัดอุดรธานี การกลัวถูกตำรวจจับเนื่องจากไม่มีบัตรประจำตัวแรงงานต่างด้าวจึงไม่ไปโรงพยาบาลแต่จะเลือกวิธีเมื่อเจ็บป่วยจะซื้อยาจากร้านค้าทั่วไป หรือร้านขายยา หรือเข้ารับบริการที่คลินิกเอกชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Dan Biswas⁽⁹⁾ ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพและการแสวงหาบริการทางการแพทย์ของผู้อพยพผิดกฎหมายในแคนาดา ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากการพัฒนาประสิทธิภาพของการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี คือการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วน ทุกคนให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูงที่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมแก้ไขพัฒนา คณะกรรมการบริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการทำงานมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน รวมถึงมีการสร้างการรับรู้ประชาสัมพันธ์ให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามได้เข้าใจสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดุลย์ รัตโส⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าว กรณีศึกษาจังหวัดภูเก็ต ผลการศึกษพบว่าความร่วมมือกันจากหน่วยงานที่

เกี่ยวข้องกับภาครัฐ และภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาสัมพันธ์และผลักดันให้แรงงานต่างด้าวทุกคนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพหรือประกันสังคม และสร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบของนายจ้างให้มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวมและประเทศชาติ ส่งผลให้แรงงานต่างด้าวมีระบบประกันสุขภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรภัทร อันตระกูล⁽¹¹⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนและผู้ย้ายถิ่นในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

4. ประเด็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวจังหวัดอุดรธานี มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานหลาย ๆ ด้านที่สำคัญ ได้แก่ 1) ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า กัมพูชา คือ การติดต่อสื่อสารกัน ไม่ได้หรือไม่ค่อยรู้เรื่อง มีข้อเสนอจากการวิจัยให้จัดตั้งล่ามแปลภาษา หรืออาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ให้ช่วยแปลและสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและแรงงานต่างด้าว สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ เจตดำรงเลิศ⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติในโรงพยาบาลปาย อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน และ ศราวุฒิ และคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น 2) แนวทางการดำเนินงานของกองทุนมีข้อจำกัด เช่น แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาแต่งงานกับคนไทยแล้วตั้งครอบครัวแต่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนต่างด้าวได้ ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้ เมื่อมาคลอดไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล สร้างภาระให้เกิดกับโรงพยาบาลที่ให้บริการ 3) ขาดระบบทำงานแบบบูรณาการร่วมกันของทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทรา สุวรรณกิจ⁽³⁾ ที่ศึกษาหลักประกันสุขภาพสำหรับคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ควรมีการทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการคนใหม่เมื่อ

คนเดิมย้ายโดยให้ครอบคลุมบุคลากรทั้งสายงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมโรค เป็นต้น และพัฒนาเป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าวของเขตสุขภาพที่ 8

1.2 กองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวควรกำหนดเป้าหมายและพันธกิจให้แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามต้องมีหลักประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง และต้องเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ครอบคลุมการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการควบคุมโรค โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางกฎหมาย

1.3 ควรมีการประชาสัมพันธ์นโยบายและแนวทางการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ชุติลธิปไตยชนสำหรับแรงงาน ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อให้แรงงานต่างด้าวเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น

1.4 ควรมีการดำเนินงานเชิงรุกในระดับพื้นที่ ในการให้บริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว เพื่อให้แรงงานต่างด้าวเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้นโดยเน้นไปที่สถานประกอบการ/โรงงาน/ชุมชนที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่หนาแน่น

1.5 ควรมีระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและการส่งเสริมสุขภาพแรงงานต่างด้าว

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวในรูปแบบอื่น ๆ เช่น ศึกษาแนวทางการพัฒนายุทธศาสตร์ โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ร่วมกับเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือในการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

2.2 ควรมีการศึกษาและพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เพื่อเป็นแกนนำในการดำเนินงานด้านสุขภาพ

2.3 ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงรอบที่ 2, 3 ต่อไป โดยกำหนดกลยุทธ์ใหม่ กำหนดระยะเวลาดำเนินงานสิ้นสุดปีงบประมาณ เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่ส่งผลให้การพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Sciortino R, Sureeporn Punpuing. การย้ายถิ่นข้ามชาติในประเทศ. องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน: กรุงเทพฯ; 2552.
2. อรสา ปานขาว. การประเมินผลโครงการประชาสัมพันธ์การแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2546.
3. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อคนชายขอบผู้ไม่มีสัญชาติไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555;3: 403-15.
4. วิศิษฐ์ ตั้งนภากร. นโยบายและมาตรการการดำเนินงานตรวจสุขภาพประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
5. กฤตยา อาชวนิจกุล. การจัดระบบคนไร้รัฐในบริบทประเทศไทย. บทความประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 7 “ประชากรและสังคม 2554” จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย; 2554.
6. พงศธร พอกเพิ่มดี. รายงานทบทวนการดำเนินงานด้านสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวในระบบประกันสังคม และการศึกษาเชิงคุณภาพ ส่วนหนึ่งของโครงการ การเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว. มูลนิธิวิจัยพัฒนสาธารณสุขไทย; 2556.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานผลการตรวจราชการรอบที่ 1 ปี 2557: เอกสารประกอบการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 8; 2557.
8. Kemmis S, Mc Taggart R. Participatory Action Research. In: Denzin K.N, Lincoln S.Y, editors. Handbook of Qualitative Research. London: Sage Publication Inc; 2000.
9. Biswas D, Kristiansen M, Krasnik A, Norredam M. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. BMC Public Health; 2011. P.560.
10. อุดุลย์ รัตโส. ผลกระทบด้านสาธารณสุขจากแรงงานต่างด้าว กรณีศึกษาจังหวัดภูเก็ต 2550. วารสารการพัฒนาท้องถิ่น 2551;1:149-65.
11. จิตรภัทร อันตระกูล. การมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ องค์การพัฒนาเอกชนและผู้ย้ายถิ่นในการให้บริการด้านสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก; 2552.
12. อารีย์ เจตดำรงเลิศ. การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติในโรงพยาบาลปาย อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
13. ศราวุฒิ เหล่าสาย, อภิศักดิ์ ธีระวิสิษฐ์. การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ของวัยรุ่นจังหวัดเลย

Factors related to sexual behaviour among youth in Loei province

รณรงค์ ศรีพล พ.บ.

Ronnarong Sripol M.D.

โรงพยาบาลผาขาว

Phakhao Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นที่ศึกษาอยู่ในสถานศึกษาที่มีความแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 14-19 ปี จำนวนรวมทั้งสิ้น 749 คน จากสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษา และสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ One-way ANOVA และ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าลักษณะสถานศึกษา (สถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่เข้าร่วมโครงการ และที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษา) และสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทเห่า เบียร์ ไวน์ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด (สารมึนเมา และแอลกอฮอล์) เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยพบว่าวัยรุ่นที่อยู่ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา มีประสบการณ์ในการมีเพศสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาทั้งที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการ แต่มีประสบการณ์ในการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ และนักเรียนที่อยู่ในสถานศึกษาลักษณะต่างกัน มีระดับความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยพบว่านักเรียนที่อยู่ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่เข้าร่วมโครงการฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่านักเรียนที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา และโรงเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ ดังนั้นการขยายผลโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษาไปยังสถานศึกษาอื่น ๆ อย่างครอบคลุม อาจเป็นแนวทางที่ดีและเหมาะสมในการดำเนินงานต่อไป และกิจกรรมหรือการส่งเสริมความรู้ต่าง ๆ ควรจะต้องมีข้อมูลที่เน้นทั้งการไม่มีเพศสัมพันธ์ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทั้งนี้กลุ่มวัยรุ่นที่ยังไม่มีเพศสัมพันธ์ควรเน้นการชะลอหรือไม่มีเพศสัมพันธ์ ส่วนกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ต้องเน้นทางเลือกต่าง ๆ ในการป้องกัน และการเข้าถึงการใช้วิธีการป้องกันต่าง ๆ ได้

คำสำคัญ: พฤติกรรม เพศสัมพันธ์ วัยรุ่น ปัจจัย

Abstract

This research is an analytical research. The purpose of this research is to study Factors relating to Sexual Behaviour Among Youth that studying in the a different schools. The study was conducted on a sample of 749 youths aged 14–19 years studying within schools under. The Secondary Education Service Area Office which both participated and not participated in the project of teaching sexuality education process and schools under the Vocational Education Commission. The data were analyzed by a computer program. The statistics used for data analysis were a descriptive statistics, such as frequency, percentage, average, and standard deviation and inferential statistics used to test hypotheses as One-way ANOVA and Chi-square test. The study found that the kind of schools (schools under The Secondary Education Service Area Office which both participated and not participated in the project of teaching sexuality education process and schools under the Vocational Education Commission) had a relationship with experience using these types of drugs, beer and wine, experience of sexual intercourse, behavioral addiction (substance abuse and alcohol) on the last sexual intercourse at statistical significance ($P < 0.01$). It was found that students in schools under the Vocational Education Commission had more experience of sexual intercourse than youths in the schools under The Secondary Education Service Area Office which both participated and not participated in the project of teaching sexuality education process. But the experience of drinking alcohol lower than schools under The Secondary Education Service Area Office which not participated in the project and students who study in different schools had different Knowledge at statistical significance ($P < 0.01$). It was found that students in schools under the Secondary Education Service Area Office which participated in the project of teaching and learning sexuality education process had higher average than students in the schools under the Vocational Education Commission and schools that not participated in the project and schools that not participated in the project. Therefore, the extension of the project of teaching all-around sexuality education to others schools inclusively. That may is a good and properly method to go on the project. About activities or knowledge encouragement, the information should be entirely focused on abstinence and have safe sex. However, youths who have never sexual intercourse should focus on slow or no sexual intercourse. Those who have sexual intercourse should focus on prevention and access to various method of protection.

Keywords: Behaviour, sexual intercourse, youth, factor

บทนำ

สภาพปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และอื่นๆ ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความเชื่อมโยงกับมิติทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โดยเฉพาะปัญหาในกลุ่มวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดปัญหาตามมามากมาย

ทั้งการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง การทอดทิ้งทารกและการติดเชื้อต่างๆ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ⁽¹⁾ นอกจากนี้วัยรุ่นจำนวนมากยังเข้าถึงข้อมูล และบริการด้านเพศทำให้วัยรุ่นขาดความรู้และทักษะการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ได้รับการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศอย่างต่อเนื่อง ขาดความเข้าใจเรื่องการคุมกำเนิดอย่างถูกวิธี ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่ออยู่กับเพศตรงข้าม ถูกกระตุ้นอารมณ์เพศจากสื่อทางลบ และใช้สารเสพติด

รวมทั้งการเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ⁽²⁾

ในปี 2557 จังหวัดเลยมีจำนวนประชากรวัยรุ่นอายุ 10-19 ปีจำนวน 91,354 คน คิดเป็นร้อยละ 14.44 ของประชากร ทั้งหมด⁽³⁾ จากข้อมูลของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขปี 2556 พบว่า อัตราการคลอดแม่ที่เป็นวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีของจังหวัดเลย เท่ากับ 53.50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลในระดับประเทศนั้นเป็นอันดับ 3 ในเขต และอันดับ 5 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองจากจังหวัดบึงกาฬ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ และสกลนคร และเป็นอันดับที่ 38 ของประเทศ และในปี 2557 มีอัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่น 15-19 ปีเท่ากับ 51.94 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน⁽⁴⁾ และจากข้อมูลสถานการณ์แม่วัยรุ่นในจังหวัดเลย โดยงานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลรายงานมารดาคลอดบุตรที่มีอายุ 10 - 19 ปี ย้อนหลัง 3 ปี (ปี 2553-2556) ในภาพรวมพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี 2552 ร้อยละ 17.10 ปี 2553 ร้อยละ 17.20 ปี 2554 ร้อยละ 18.41 ปี 2555 ร้อยละ 17.72 และปี 2556 (ข้อมูลถึงเดือนมิถุนายน) ร้อยละ 17.76⁽⁵⁾ นอกจากนี้ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ จากข้อมูลรายงานสถานการณ์โรคโดยศึกษาเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน พบว่าวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี จังหวัดเลยมีแนวโน้มในการติดเชื้อเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีต่อประชากรแสนคนระหว่างปี 2552-2555 เป็น 19.39, 21.71, 26.24 และ 34.96 ตามลำดับ⁽⁶⁾ และยังพบว่าอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อประชากรแสนคนก็เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนระหว่างปี 2552-2555 โดยมีอัตรา 33.40, 32.57 และ 50.30 ตามลำดับ และ ในปี 2555 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 66.64⁽⁷⁾ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่นยังลดลง จากร้อยละ 75.00 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 55.55 ในปี 2555 และจากการนิเทศติดตามการดำเนินงานจัดบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตจังหวัดเลย ปี พ.ศ.2556 พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในสถานบริการสาธารณสุข

เท่าที่ควร

จากสถานการณ์ดังกล่าวเห็นได้ว่าสภาพปัญหาของวัยรุ่นและเยาวชนจังหวัดเลยนั้นครอบคลุมทุกด้านไม่ว่าจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น แม่วัยรุ่นเพิ่มขึ้น การติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นจังหวัดเลยมีการสื่อสารกับเพื่อนและสนใจเทคโนโลยีมากกว่าการสื่อสารกับครอบครัว ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะนำไปสู่ความเสี่ยงต่างๆที่จะตามมา⁽⁸⁾

ปัจจุบันการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาในระบบโรงเรียนได้รับการยอมรับว่า มีความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะชีวิตแก่เด็กและเยาวชนที่กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษาและอุดมศึกษา เนื่องจากสภาพการรับรู้เรื่องเพศของเยาวชนมีรูปแบบหลากหลาย ไม่จำกัดอยู่เฉพาะในครอบครัว โรงเรียน หรือกลุ่มเพื่อนเพียงเท่านั้น เด็กและเยาวชนยังสามารถเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ที่มีอยู่แบบไม่จำกัด ปัจจัยดังกล่าวนี้ทำให้พฤติกรรมทางเพศและสภาวะเพศวิถีของแต่ละคนมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสถานภาพและสิ่งแวดล้อมของการดำเนินชีวิต การจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาจึงต้องทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและจำเป็นสำหรับ “ผู้จัดการกระบวนการเรียนรู้” ที่ต้องพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะและรูปแบบการสอนให้สอดคล้องด้วยเช่นกัน⁽⁹⁾

“เพศศึกษารอบด้าน” เป็นแนวทางการจัดการเรียนรู้ที่อยู่บนพื้นฐานของการให้ผู้เรียนมีข้อมูลครบถ้วนทุกแง่มุมเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และพัฒนาทักษะจำเป็น คือ การคิดวิเคราะห์ การไตร่ตรอง และการประเมินโอกาสเสี่ยง การสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพ รวมถึงการตัดสินใจอย่างรอบคอบในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิถีทางเพศของตนเอง ซึ่งมีความแตกต่างและหลากหลายในแต่ละบุคคล เนื้อหาในหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน จึงมีสาระสำคัญมากกว่าเรื่องการเจริญเติบโต พัฒนาการทางเพศ การวางแผนครอบครัว และมากกว่ามุมมองต่อเรื่องเพศที่เรียกว่าเป็น “เพศสรีระ” หรือการแบ่งหญิงและชายด้วยความแตกต่างทางร่างกายเพียงประการเดียวแต่ครอบคลุมเรื่อง “เพศสภาวะ” คือ การมองเพศในมุม

สังคมวัฒนธรรมที่มีส่วนกำหนดความเป็นหญิง ความเป็นชายและ “เพศวิถี” หรือวิถีการดำเนินชีวิตตามรสนิยมหรือเพศของตนเอง ภายใต้สภาพสังคมไทยอย่างเช่นทุกวันนี้⁽¹⁰⁾

จังหวัดเลยโดยสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 19 ร่วมกับสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเลย เขต 1 เขต 2 และเขต 3 สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์วิทยาลัยอาชีวศึกษาเลย มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เห็นความสำคัญและตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้ลงนามความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี และองค์การแพธ (PATH) ดำเนินโครงการส่งเสริมการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้าน สำหรับเยาวชนในสถานศึกษา ระดับมัธยมศึกษา โดยจากปีพ.ศ.2553 จนถึงปัจจุบันมีสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเลย เขต 19 สถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา และมหาวิทยาลัยในสังกัดเขตท้องที่จังหวัดเลยเข้าร่วมโครงการ จำนวนรวมทั้งสิ้น 36 สถานศึกษาคิดเป็นร้อยละ 25 ของสถานศึกษาทั้งหมด การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ที่ศึกษาอยู่ในสถานศึกษาที่มีความแตกต่างกัน ทั้งที่เข้าโครงการ และที่ไม่ได้เข้าโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน เพื่อข้อค้นพบ สารสนเทศที่ได้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาปรับปรุง แนวทางดำเนินงาน แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ประสบการณ์การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด พฤติกรรมการใช้สารเสพติด สารมึนเมาเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และระดับความรู้ด้านโรคเอดส์ จำแนกตามสถานศึกษา (สถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่เข้าโครงการ และไม่ได้เข้า

โครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน และสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา)

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นจังหวัดเลย

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional Analytic study) โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ กลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 14-19 ปี จำนวนรวมทั้งสิ้น 749 คน จากสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่เข้าร่วมโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้านในสถานศึกษา 1 แห่ง (ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และมัธยมศึกษาปีที่ 5) สถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ 1 แห่ง (ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และมัธยมศึกษาปีที่ 5) และสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ 1 แห่ง (ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นปีที่ 2) ในเขตพื้นที่จังหวัดเลย เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยช่วงเวลาเก็บข้อมูลอยู่ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2557

เครื่องมือที่ใช้วิจัยคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) สภาวะการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ซึ่งประยุกต์มาจากแบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการเก็บข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการโดยประสานงานกับสถานศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้ตอบรับทราบ และแจกแบบสอบถามให้ผู้ตอบ แบบสอบถามด้วยตนเองแล้วเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับมาตรวจสอบความเรียบร้อยและความถูกต้อง บันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิง

อนุมาน (Inferential Statistics) สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานได้แก่ One-way ANOVA และ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตที่เข้าร่วมโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้านในสถานศึกษา จำนวนทั้งหมด 299 คน จำแนกเป็นเพศหญิง 211 คน (ร้อยละ 70.6) เพศชาย 88 คน (ร้อยละ 29.4) นักเรียนที่ศึกษาอยู่ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้านในสถานศึกษา จำนวนทั้งหมด 257 คน จำแนกเป็นเพศหญิง 159 คน (ร้อยละ 61.9) เพศชาย 99 คน (ร้อยละ 38.1) และนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษาจำนวนทั้งหมด 193 คน จำแนกเป็นเพศหญิง 131 คน (ร้อยละ 67.9) เพศชาย 62 คน (ร้อยละ 32.1) ประเภทการพักอาศัย ในภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดามากที่สุด ร้อยละ 78 รองลงมาคือ พักกับญาติ (ลุง ป้า น้า อา) ร้อยละ 11.5 พักกับบิดาหรือมารดาคนเดียวร้อยละ 6.9 พักกับเพื่อนร้อยละ 1.7 และ พักกับแฟน ร้อยละ 1.2

ประสบการณ์การใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่ไม่เข้าโครงการพบว่าส่วนใหญ่เคยดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์มากที่สุดร้อยละ 90 รองลงมาคือ เคยใช้กัญชาร้อยละ 5.38 และเคยใช้ยาบ้าร้อยละ 2.31 ประสบการณ์การใช้สาร

เสพติดของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ที่เข้าโครงการพบว่าส่วนใหญ่เคยดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์มากที่สุดร้อยละ 81.21 รองลงมาคือ เคยใช้กัญชาร้อยละ 10.74 และเคยใช้ยาบ้าร้อยละ 4.03 ประสบการณ์การใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เคยดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์มากที่สุดร้อยละ 88.32 รองลงมาคือ เคยใช้กัญชาร้อยละ 5.84 และเคยใช้ยาบ้าร้อยละ 4.38

ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ที่ไม่เข้าโครงการ พบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 10.8 ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่เข้าโครงการ พบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 26.8 ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา พบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 71.5 โดยจำนวนนี้มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่ไม่เข้าโครงการ พบว่ามีการสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 51.6 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่เข้าโครงการพบว่ามีการสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 65.7 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา พบว่ามีการสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 56.4 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละกลุ่มเป้าหมายผู้ตอบแบบสอบถามจากสถานศึกษา 3 ลักษณะ จำแนกตามเพศ ประเภทที่พักอาศัย ประสบการณ์การใช้สารเสพติด ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

ข้อมูลทั่วไป	ลักษณะสถานศึกษา			รวม
	สพม.ไม่เข้า โครงการ จำนวน (ร้อยละ)	สพม.เข้าโครงการ จำนวน (ร้อยละ)	อาชีวะ จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				
1. ชาย	88 (29.4)	98 (38.1)	62 (32.1)	248 (33.1)
2. หญิง	211 (70.6)	159 (61.9)	131 (67.9)	501 (66.9)
รวม	299 (100)	257 (100)	193 (100)	749 (100)
ประเภทที่พักอาศัย				
1. พักอาศัยกับบิดาและมารดา	244 (81.6)	196 (76.3)	144 (74.6)	584 (78.0)
2. พักอาศัยกับบิดาหรือมารดาคนเดียว	17 (5.7)	22 (8.6)	13 (6.7)	52 (6.9)
3. พักอาศัยกับเพื่อน	0 (0)	2 (.8)	11 (5.7)	13 (1.7)
4. พักอาศัยกับแฟน	2 (.7)	0 (0)	7 (3.6)	9 (1.2)
5. พักอาศัยกับญาติ(ลุง ป้า น้า อา)	35 (11.7)	37 (14.4)	14 (7.3)	86 (11.5)
6. พักอาศัยคนเดียว	1 (.3)	0 (.0)	4 (2.1)	5 (.7)
รวม	299 (100)	257 (100)	193 (100)	749 (100)
ประสบการณ์การใช้สารเสพติด * สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ				
1. เคยใช้เหล้า เบียร์ ไวน์	117 (90.0)	121 (81.21)	121 (88.32)	359 (86.30)
2. เคยใช้ยาบ้า	3 (2.31)	6 (4.03)	6 (4.38)	15 (3.61)
3. เคยใช้กัญชา	7 (5.38)	16 (10.74)	8 (5.84)	31 (7.45)
4. เคยใช้กาว ทินเนอร์	2 (1.54)	1 (0.67)	1 (0.73)	4 (0.96)
5. เคยใช้ยาไอซ์ เคไอซ์	0 (0)	2 (1.34)	0 (0)	2 (0.48)
6. เคยใช้อื่น ๆ	1 (0.77)	3 (2.01)	1 (0.73)	5 (1.20)
รวม	130 (100)	149 (100)	137 (100)	416 (100)
ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์				
1. เคยมีเพศสัมพันธ์	31 (10.8)	69 (26.8)	138 (71.1)	238 (32.3)
2. ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	256 (89.2)	188 (73.2)	55 (28.5)	499 (67.7)
รวม	287 (100)	257 (100)	193 (100)	737 (100)
พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย				
1. สวมถุงยางอนามัย	16 (51.6)	46 (65.7)	79 (56.4)	141 (58.5)
2. ไม่สวมถุงยางอนามัย	15 (48.4)	24 (34.3)	61 (43.6)	100 (41.5)
รวม	31 (100)	70 (100)	140 (100)	241 (100)

ผู้ตอบแบบสอบถามในภาพรวมมีอายุเฉลี่ย 15.77 ปี (S.D. = 1.22) โดยมีอายุสูงสุด 18 ปี และต่ำสุด 14 ปี อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ย 15.32 ปี (S.D. = 1.05) โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุสูงสุด 18 ปี และต่ำสุด 14 ปี เมื่อจำแนกตามลักษณะสถานศึกษาพบว่าสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา

มัธยมศึกษาที่ไม่ได้เข้าโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน มีอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยที่สุดคือ 14.74 ปี (S.D. = 1.28) รองลงมาคือสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษามีอายุเฉลี่ย 15.32 ปี (S.D. = 1.05) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับเพศ และอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจำแนกตามสถานศึกษา

สถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ที่ไม่ได้เข้าโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน					
ตัวแปร	n	Min.	Max.	Mean	S.D
อายุ	299	14	17	15.22	1.10
อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	23	12	16	14.74	1.28
สถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่เข้าโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน					
ตัวแปร	n	Min.	Max.	Mean	S.D
อายุ	257	14	17	15.51	1.04
อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	59	12	17	15.15	.92
สถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา					
ตัวแปร	n	Min.	Max.	Mean	S.D
อายุ	193	15	18	16.97	.673
อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	91	12	17	15.57	.990
ภาพรวม					
ตัวแปร	n	Min.	Max.	Mean	S.D
อายุ	749	14	18	15.77	1.220
อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	173	12	17	15.32	1.050

การศึกษาประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทเหล้า เบียร์ ไวน์ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด (สารมึนเมา และแอลกอฮอล์) เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด จำแนกตามลักษณะสถานศึกษาผลการวิจัยปรากฏดังนี้

จากการศึกษาพบว่า ลักษณะสถานศึกษา มีความ

สัมพันธ์กับประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทเหล้า เบียร์ ไวน์ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด (สารมึนเมา และแอลกอฮอล์) เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนลักษณะสถานศึกษา กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ผลการศึกษาแสดงได้ดังนี้

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพการใช้สารเสพติดประเภทเหล้า เบียร์ ไวน์ ประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด (สารมึนเมา และแอลกอฮอล์) เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย และพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย จำแนกตามลักษณะสถานศึกษา (สถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่เข้าโครงการ และที่ไม่ได้เข้าโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน และสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา)

ข้อมูลทั่วไป	ลักษณะสถานศึกษา						Chi-square test
	สพม.ไม่เข้าโครงการ		สพม.เข้าโครงการ		อาชีวะ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ประสิทธิภาพการใช้สารเสพติดประเภทเหล้า เบียร์ ไวน์							
(1) เคยใช้	117	39.1	121	47.1	121	62.7	26.208**
(2) ไม่เคยใช้	182	60.9	136	52.9	72	37.3	
2. ประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์							
(1) เคยมีเพศสัมพันธ์	31	10.8	69	26.8	138	71.5	199.819**
(2) ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	256	89.2	188	73.2	55	28.5	
3. พฤติกรรมการใช้สารเสพติด (สารมึนเมา และแอลกอฮอล์) เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด							
(1) เคยใช้	7	36.8	30	85.7	80	78.4	232.373**
(2) ไม่เคยใช้	12	63.2	5	14.3	22	21.6	
4. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด							
(1) สวมถุงยางอนามัย	16	51.6	46	65.7	79	56.4	2.354
(2) ไม่สวมถุงยางอนามัย	15	48.4	24	34.3	61	43.6	

** $P < .01$

การศึกษาอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นจังหวัดเลยจำแนกตามลักษณะสถานศึกษา (สถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่เข้าโครงการ และที่ไม่ได้เข้าโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน และสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา) พบว่า นักเรียนที่อยู่ในสถานศึกษาลักษณะต่างกัน มีระดับอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งหมายความว่าค่าเฉลี่ยของระดับความรู้อย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบพหุคูณ โดยใช้วิธีการของ Sheffe's และเมื่อทดสอบความแตกต่างของระดับอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียน จำแนกตามลักษณะสถาน

ศึกษาเป็นรายคู่พบว่า ลักษณะสถานศึกษาต่างๆ มีระดับอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 1 คู่ ได้แก่ สถานศึกษาที่ไม่ได้เข้าโครงการกับสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา โดยพบว่าสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษามีอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกสูงกว่าสถานศึกษาที่ไม่ได้เข้าโครงการ และคู่ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 1 คู่ ได้แก่ สถานศึกษาที่เข้าโครงการกับสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา โดยพบว่าสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษามีอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกสูงกว่าสถานศึกษาที่เข้าโครงการรายละเอียดดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นจังหวัดเลยจำแนกตามลักษณะสถานศึกษา (สถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่เข้าโครงการและที่ไม่ได้เข้าโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน และสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการอำนวยการอาชีวศึกษา)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม (สถานศึกษา)	15.167	2	7.583	7.394**	<.001
ภายในกลุ่ม (สถานศึกษา)	174.348	170	1.026		
Total	189.514	172			

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบรายคู่ จำแนกตามลักษณะสถานศึกษา (สถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษาที่เข้าโครงการ และที่ไม่ได้เข้าโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน และสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการอำนวยการอาชีวศึกษา)

ลักษณะสถานศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ไม่เข้าโครงการ	เข้าโครงการ	อาชีวะ
		14.74	15.15	15.57
1. สพม.ไม่เข้าโครงการ	14.74	-	-.413	-.832*
2. สพม.เข้าโครงการ	15.15		-	.419*
3. อาชีวะ	15.57			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาระดับความรู้ด้านโรคเอดส์ ของวัยรุ่น จังหวัดเลยจำแนกตามลักษณะสถานศึกษา พบว่า นักเรียนที่อยู่ในสถานศึกษาลักษณะต่างกัน มีระดับความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อทำการเปรียบเทียบพหุคูณ โดยใช้วิธีการของ Sheffe's พบว่า ลักษณะสถานศึกษาต่างๆมีระดับคะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี

จำนวน 3 คู่ ได้แก่ สถานศึกษาที่เข้าโครงการมีระดับคะแนนความรู้เฉลี่ยของนักเรียนสูงกว่าโรงเรียนที่ไม่เข้าโครงการ และโรงเรียนสังกัดอาชีวศึกษา และโรงเรียนสังกัดอาชีวศึกษา มีระดับคะแนนความรู้เฉลี่ยของนักเรียนสูงกว่าโรงเรียนที่ไม่เข้าโครงการ รายละเอียดดังตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 ระดับความรู้ด้านโรคเอดส์ ของวัยรุ่นจังหวัดเลยจำแนกตามลักษณะสถานศึกษา (สถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่เข้าโครงการและที่ไม่ได้เข้าโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน และสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการอำนวยการอาชีวศึกษา)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม (สถานศึกษา)	91.43	2	45.72	19.643**	<.001
ภายในกลุ่ม (สถานศึกษา)	1608.34	691	2.32		
Total	1699.78	693			

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบรายคู่ จำแนกตามลักษณะสถานศึกษา(สถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษาที่เข้าโครงการ และที่ไม่ได้เข้าโครงการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน และสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการอำนวยการอาชีวศึกษา)

ลักษณะสถานศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ไม่เข้าโครงการ	เข้าโครงการ	อาชีวะ
		6.65	7.49	7.02
1. สพม.ไม่เข้าโครงการ	6.65	-	.849*	.371*
2. สพม.เข้าโครงการ	7.49		-	.478*
3. อาชีวะ	7.02			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล วิจัย และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นจังหวัดเลย มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ ลักษณะสถานศึกษา มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การใช้สารเสพติดประเภทเห่า เบียร์ ไวน์ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด (สารมึนเมา และแอลกอฮอล์) เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาข้อมูลพบว่าวัยรุ่นที่อยู่ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการอำนวยการอาชีวศึกษา มีประสบการณ์ในการมีเพศสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาทั้งที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการ แต่มีประสบการณ์ในการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาที่ไม่ได้เข้าโครงการฯ สอดคล้องกับงานวิจัยประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของสุชาติ ตริสิงห์วงศ์⁽¹¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งพบว่าจากการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนสุขศึกษาโดยวิธีปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่าควรมีการจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน โดยเฉพาะในเรื่องปัจจัยที่นำไปสู่ความเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ผลเสียของการใช้แอลกอฮอล์ที่อาจนำไปสู่

ความเสี่ยงด้านเพศอย่างครอบคลุม และต่อเนื่องในสถานศึกษาในทุกสังกัด นอกจากนี้จากการศึกษาที่พบว่านักเรียนที่อยู่ในสถานศึกษาต่างกัน มีระดับอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาข้อมูลพบว่าสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มอื่น แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในสถานศึกษานั้นต้องมีการดำเนินการในทุกระดับชั้น เนื่องจากวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการป้องกันต่าง ๆ ที่ถูกต้องแต่เนิ่น ๆ จะช่วยชะลอการมีเพศสัมพันธ์ลงได้นอกจากนี้ผลการศึกษาที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือพบว่าวัยรุ่นในสถานศึกษาที่มีประเภทการพักอาศัยโดยพักอาศัยกับบิดามารดา/บิดาหรือมารดา มีประสบการณ์การเคยมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่ากลุ่มอื่น จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลให้ความรู้ตลอดจนการสื่อสารเรื่องเพศอย่างถูกต้องและเหมาะสมแก่วัยรุ่น เพราะสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันแรกที่จะช่วยบ่มเพาะวัยรุ่นให้มีภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งได้

และจากการศึกษาที่พบว่าสถานศึกษาที่มีลักษณะต่างกันมีระดับความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า เมื่อพิจารณาข้อมูลพบว่านักเรียนที่อยู่ในสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาที่เข้าร่วมโครงการฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่า

นักเรียนที่สังกัดสำนักงานคณะกรรมการอชีวศึกษา และโรงเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วันวิสาข์ บัวลอย และคณะ⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยผลวิจัยพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา มีความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติข้อมูลแสดงให้เห็นว่าควรมีการขยายผลโครงการจัดกระบวนการสอนเพศศึกษารอบด้านไปยังสถานศึกษาอื่นๆ อย่างครอบคลุม และกิจกรรมหรือการส่งเสริมความรู้ต่างๆ ควรจะต้องมีข้อมูลที่เน้นทั้งการไม่มีเพศสัมพันธ์ (Abstinence) และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทั้งนี้กลุ่มวัยรุ่นที่ยังไม่มีเพศสัมพันธ์ควรเน้นการชะลอหรือไม่มีเพศสัมพันธ์ ส่วนกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ต้องเน้นทางเลือกต่างๆ ในการป้องกัน และการเข้าถึงวิธีการป้องกันต่างๆ ได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีได้รับความกรุณาและคำแนะนำอย่างดียิ่งจาก คุณจุรีรัตน์ ประवालัญญกร และคณะ ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำในการทำงานวิจัยฉบับนี้ทุกขั้นตอน ทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ในการทำงานวิจัย และรู้ถึงคุณค่าของงานวิจัยที่จะช่วยให้การทำงานในหน้าที่รับผิดชอบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทีมงานสหวิชาชีพคลินิกยาต้านไวรัสและคลินิกวัยรุ่น โรงพยาบาลผาขาวทุกท่านที่คอยให้กำลังใจและแบ่งปันความรู้วิชาการที่เป็นประโยชน์ต่างๆ ผู้วิจัย ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. อนามัยเจริญพันธุ์น่าชีวิต [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://www.science.cmru.ac.th>
2. สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ก้าวสู่อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์

- [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/home.html>
3. กรมการปกครอง ทะเบียนราษฎร. ข้อมูลประชากรกลางปี 2557; 2557. (เอกสารอัดสำเนา)
 4. สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/home.html>
 5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. รายงานสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชนจังหวัดเลย; 2556-2557; 2557. (เอกสารอัดสำเนา)
 6. สุชิน เหลืองอุทัยรัตน์. รายงานสถานการณ์เอดส์จังหวัดเลย; 2556.
 7. สุชิน เหลืองอุทัยรัตน์. รายงานสถานการณ์การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จังหวัดเลย; 2556.
 8. สมศักดิ์ สีดากุลฤทธิ์. รายงาน Child watch; 2552.
 9. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเลย เขต 19. รายงานผลการดำเนินงานเตรียมความพร้อมสถานศึกษาเพื่อจัดกระบวนการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน ปีที่ 1; 2554.
 10. องค์การแพธ. คู่มือการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษา [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://www.http://www.teenpath.net>
 11. สุชาติา ตรัสสิงห์. งานวิจัยประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/>
 12. วันวิสาข์ บัวลอย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก <https://www.tci-thaijo.org/>

บริบททางสังคมและวิถีชุมชนของชาวบ้านแถบลุ่มน้ำชี กับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

Way of life the Opisthorchiasis prevention and control in the Chi river basin

บุญทนกร พรหมภักดี ส.ม. (ชีวสถิติ)

นันทัน วิรุฬหเดช พย.บ.

นิภาพร ห่องบุตรศรี พย.บ.

โกวิท สีสต์ ร.บ.

Boontanakorn Prompukdee M.P.H. (Biostatistics)

Nutthanan Wiruthadej B.N.S.

Nipaporn Rhongbutsri B.N.S.

Kowit Sisod B.P.A.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

The Office of Disease Prevention and Control 6th Khon Kaen

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอข้อสรุปเชิงทฤษฎีการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบริบททางสังคมและวิถีชุมชนของชาวบ้านแถบลุ่มน้ำชีกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสร้างข้อสรุปเชิงทฤษฎี การเลือกสนามหรือพื้นที่วิจัยเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากต่อการได้มาซึ่งข้อมูลที่ตรงและเพียงพอสำหรับอธิบายปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยกำหนดสนามวิจัยพิจารณาจากหมู่บ้านหรือชุมชนที่ตั้งอยู่ในลุ่มน้ำชี มีวิถีชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับลุ่มน้ำชี และประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนมีอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับต่ำคือ เป็นหมู่บ้านหนึ่งในอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนาและการอภิปรายกลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสาร ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีแปลความ และตีความหมาย จัดเรียงข้อมูล แยกแยะ จัดกลุ่มข้อมูลและสร้างมโนทัศน์ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการวิจัย พบว่า

1. ลักษณะของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ 1) สภาพหมู่บ้าน ประกอบด้วย ประวัติหมู่บ้าน ที่ตั้งหมู่บ้าน แหล่งน้ำ และการคมนาคม 2) กระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย การสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพชาวบ้านของ อสม. การจัดทำผังเครือญาติ และแผนที่เดินดินของ อสม. 3) พฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย การกินยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานของหมู่บ้าน ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน และปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม.

3. ประเด็นเงื่อนไขเชิงบริบท ได้แก่ ประวัติหมู่บ้าน สภาพทั่วไปของหมู่บ้าน สภาพด้านสังคมและวัฒนธรรม สภาพทางด้านเศรษฐกิจ สภาพการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และเงื่อนไขสอดคล้องแทรกประกอบด้วย พฤติกรรมบริโภคอาหารเสี่ยง ได้แก่ อาหารประเภทปลาดิบที่ปรุงกินได้ทันที อาหารประเภทปลาดิบที่ต้องนำไปหมัก และอาหารประเภทสุก ๆ ดิบ ๆ และการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ

4. ผลสืบเนื่องที่เกิดขึ้นจากการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของชาวบ้าน ประกอบด้วย ผลสืบเนื่องจากพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ มีการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสม นำไปสู่การลดการบริโภคอาหารโรคพยาธิใบไม้ตับและไม่ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับของชาวบ้าน

คำสำคัญ: โรคพยาธิใบไม้ตับ บริบททางสังคมและวิถีชุมชน ลุ่มน้ำชี

Abstract

The objectives of this study were understanding to study the understanding of opisthorchiasis prevention and control in community, way of life in the Chi River Basin and consequences of community as a study for finding theoretical conclusion that would lead to the creation of theory form the basic. The Research was a qualitative research. The research instruments were: 1) indepth interview 2) focus group and group discussion 3) participate and non participate observation 4) document. The data were by analyzed using content analysis document, and holding conversation group. The analysis of data was done by interpretation of meaning of data then creating concept based on theoretical sensitivity and finally by using computer program in analyzing data. The research findings as follows:

1. The prevention and control in community is mainly 3 characterized; 1) the village consists of a village history, water resources, and transportation 2) on going prevention and control in community includes a survey of health status, the family genogram chart, and map neighbors of the walk by volunteers of the village 3) Prevention behaviors include persons who had been cured of opisthorchiasis, and reduce habits eating raw fish.
2. The factors that affect opisthorchiasis prevention and control in community are related to basic factors of the village, community leaders, and working with village health volunteer.
3. Community context condition consists of the village history, the General village, social and culture, economics, political, The condition of intervention consists of behavior of eating raw fish
4. The consequences from the opisthorchiasis prevention and control in community consists of the improving of behavior awareness lead to changing consumption behavior of avoid eating raw fish and decrease opisthorchiasis incidence.

Keywords: opisthorchiasis, way of life, Chi river basin.

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลการประชุมสัมมนาทางชาติ “96 ปีโรคพยาธิใบไม้ในตับ” พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยสูงติดอันดับ 1 ของโลก โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 85 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ พฤติกรรมการบริโภคของคนในพื้นที่ ที่นิยมรับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืด สุก ๆ ดิบ ๆ จึงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคท่อน้ำดีหลายชนิดรวมทั้งโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงเป็นอันดับหนึ่งของโลก โดยมีอัตราการตายกว่า 80 คนต่อวัน ถึงแม้จะมีการควบคุมโรคมานานกว่า 30 ปี แต่โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดียังคงมีผู้ป่วยสูง⁽¹⁾

จากข้อมูลการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับของหน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่ปี 2002 – 2009 พบว่า โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่พบสูงที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งอื่น ๆ มะเร็งช่องปาก มะเร็งต่อมไทรอยด์ มะเร็งลำไส้ และมะเร็งรังไข่ ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีผู้ป่วยสูงสุด 10 อันดับแรก คือ จังหวัดขอนแก่น รองลงมาคือ มหาสารคาม กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด ชัยภูมิ เลย อุดรธานี หนองคาย สกลนคร และบุรีรัมย์⁽²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาอัตราชุกในพื้นที่เสี่ยงของจังหวัดขอนแก่น จำนวน 56 หมู่บ้าน ใน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบ้านไผ่ อำเภอมัญจาคีรี และอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ที่อยู่ใกล้แม่น้ำชี พบว่า หมู่บ้านที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเรียงจากมากที่สุด ใน 3 อันดับ คือ หมู่บ้านโนนแสนสุข หมู่บ้านป่าแดง

หมู่บ้านโสกจาน หมู่บ้านศิลา หมู่บ้านทุ่งมน มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 100 รองลงมาคือ หมู่บ้านหนองแวงไร่ มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 92.1 และหมู่บ้านโสกลิ่งร้อยละ 82.7 แสดงว่า พื้นที่ในเขตลุ่มน้ำ โดยเฉพาะน้ำชีมีอัตราชุกของพยาธิใบไม้ตับค่อนข้างสูงซึ่งได้มีการศึกษารูปแบบหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหา⁽³⁾ จากการศึกษาของ รุจิรา ดวงสงค์ และคณะได้ทำการพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยมีรูปแบบในการพัฒนา คือ การให้ความรู้ซึ่งมีขั้นตอนในการพัฒนา 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 3) ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และ 4) การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ⁽⁴⁾ รัชนิวรรณ แก้วโพเนพัก ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมาเรียมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งมีขั้นตอนในการพัฒนา คือ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 4) การรับรู้ผลลัพธ์จากการปฏิบัติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ⁽⁵⁾ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้พัฒนาโมเดลในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้หมู่บ้านที่มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงรอบแ่งละว้า อำเภอบ้านไผ่ เป็นพื้นที่ต้นแบบภายใต้โครงการที่เรียกว่า “โครงการละว้า” มีโครงการย่อยที่ทำการศึกษายพยาธิใบไม้ตับทั้งในคนและสัตว์ นิเวศวิทยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เพื่อเป็นโครงการต้นแบบในการหาแนวทางการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแบบบูรณาการโดยชุมชนมีส่วนร่วม จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ได้รูปแบบหลากหลาย การสร้างเครือข่ายสำหรับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การใช้โปรแกรมสุขศึกษาในการมุ่งใจเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและการพัฒนาโมเดลแบบบูรณาการจากพื้นที่เสี่ยงทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ⁽⁶⁾ จากการศึกษาของ เขมจิรา การเกิดกลาง ที่ประมาณ

ค่าความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยคำนึงถึงอคติจากการเลือกเป็นตัวอย่างในพื้นที่ลุ่มน้ำชีจังหวัดขอนแก่น พบว่าอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับค่อนข้างต่ำในพื้นที่บริเวณโดยรอบลุ่มน้ำชีในพื้นที่อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น⁽³⁾

จากข้อมูลอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับค่อนข้างต่ำดังกล่าว พบว่า พื้นที่ดังกล่าวตั้งอยู่ในพื้นที่เสี่ยงที่อยู่รอบ ๆ ลุ่มน้ำชีโดยเฉพาะบริเวณแ่งละว้า แต่พื้นที่ดังกล่าวกลับพบอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับต่ำเมื่อเทียบกับพื้นที่ใกล้เคียง จึงเป็นที่มาของการศึกษาที่ส่งผลให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจศึกษาปรากฏการณ์ดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้วิธีวิทยาการเพื่อใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าว และวิธีวิทยาการที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนารูปแบบการสร้างองค์ความรู้สำหรับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับจากพื้นที่ที่มีอัตราการติดเชื้อต่ำคือ การลงไปดูพื้นที่วิจัยจริงแล้วนำสิ่งที่ได้มาเป็นข้อเสนอแนะซึ่งอาจจะอิงวิธีการวิจัยที่เรียกว่า การสร้างทฤษฎีฐานรากหรือ Grounded Theory โดยวิธีการศึกษาดังกล่าวนั้นหรือให้ความสำคัญกับปรากฏการณ์อาศัยวิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ และแนวทางที่จะหาคำตอบว่าเหตุใดพื้นที่ดังกล่าวจึงพบอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับต่ำเมื่อเทียบกับพื้นที่ใกล้เคียง พื้นที่ดังกล่าวมีองค์ความรู้อะไรทำให้เกิดผลเช่นนั้น โดยการศึกษาจากการสร้างทฤษฎีฐานรากเป็นวิธีวิทยาการที่ทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่ในเชิงทฤษฎีจากบริบทวิถีชีวิตในชุมชนซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนให้เกิดความลุ่มลึกและรอบด้าน จำเป็นต้องใช้วิธีการที่ใช้ในการศึกษาจึงต้องมีความยืดหยุ่นสูงตามบริบทเฉพาะของหมู่บ้าน ซึ่งวิธีการศึกษาที่ได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสมคือ วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ⁽⁷⁾ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับค่านิยม ความคิด ความเชื่อ และทัศนคติอยู่เบื้องหลัง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของคน รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของผู้คนในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จึงเลือกใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีฐานรากมาเป็นวิธีการศึกษา ทฤษฎีฐานรากที่สร้างขึ้นนั้นเป็นทฤษฎีที่ได้จากการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมโดยทฤษฎีจะถูกสร้างและได้รับการตรวจสอบ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง

เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ทางสังคมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งศึกษาโดยการสร้างทฤษฎีฐานรากนั้น ต้องอาศัยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์ ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การจัดกลุ่มสนทนา เป็นต้น โดยข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์จะต้องเป็นข้อมูลที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับปรากฏการณ์ในเรื่องที่ศึกษาอย่างรอบด้าน การบันทึกข้อมูลในลักษณะนี้มีกอศัยการบรรยายเหตุการณ์เล่าประสบการณ์ของตน เรื่องเล่าสภาพปรากฏการณ์อย่างละเอียดซึ่งการบรรยายอย่างละเอียดนี้เป็นความพยายามที่จะทำความเข้าใจถึงความหมาย ประสบการณ์และเหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อจะช่วยให้ผู้วิจัยตีความปรากฏการณ์นั้น ๆ ได้ตรงตามความหมายของสิ่งที่เกิดขึ้นตามมุมมองของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์มากที่สุด ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจปรากฏการณ์นั้น ๆ ได้อย่างชัดเจน⁽⁸⁻¹⁰⁾ ซึ่งหลักการสำคัญของการสร้างแนวคิดทฤษฎีคือ ผู้วิจัยจะต้องมีความไวเชิงทฤษฎีต่อการคิดและศึกษาข้อมูลในลักษณะที่จะนำไปสู่การสร้างมโนทัศน์และทฤษฎีซึ่งความไวเชิงทฤษฎีนี้จะต้องมีอยู่ในทุกขั้นตอนของการวิจัยคือ การเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี การสร้างมโนทัศน์เชิงทฤษฎี และการหาข้อสรุปเชิงทฤษฎี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของทฤษฎีฐานราก โดยผู้วิจัยเข้าไปทำการศึกษาปรากฏการณ์ในพื้นที่ โดยประยุกต์หลักทำความเข้าใจปรากฏการณ์จากมุมมองของคนในปรากฏการณ์นั้น โดยมีกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีการจำแนกข้อมูลออกเป็นหมวด และการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ เพื่อนำเสนอเป็นข้อสรุปเชิงปรากฏการณ์ที่ต้องการคำอธิบาย และสะท้อน เพื่อให้ได้ทฤษฎีที่ถูกสร้างมาจากข้อมูลที่เป็นปรากฏการณ์จริงมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีคำถามการวิจัยคือ บริบททางสังคมและวิถีชีวิตของชาวบ้านแถบลุ่มน้ำชีกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นอย่างไร คาดว่า ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางสำหรับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตลุ่มน้ำชีในสภาวะแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเสนอข้อสรุปเชิงทฤษฎีการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบริบททางสังคมและวิถีชุมชนของชาวบ้านแถบลุ่มน้ำชีกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเสนอข้อสรุปการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในชุมชน โดยมีรายละเอียด

1. พื้นที่วิจัย เป็นหมู่บ้านหรือชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ที่ตั้งอยู่ในลุ่มน้ำชี และเป็นหมู่บ้านที่มีอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับต่ำ

2. กลุ่มเป้าหมาย เป็นชาวบ้านในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จำนวน 85 คน จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มอายุ 20 – 29 ปี 2) กลุ่มอายุ 30 – 39 ปี 3) กลุ่มอายุ 40 – 49 ปี และ 4) กลุ่มอายุ 50 – 60 ปี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบลงภาคสนาม ซึ่งสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างละเอียดและครบถ้วน ผู้วิจัยใช้วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 วิธีหลัก ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม ประกอบด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การจัดกลุ่มสนทนา และการศึกษาเอกสาร

4. การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ประมวลผลข้อมูล ที่มิวิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลว่ามีกรณีซ้ำหรือยัง ถ้าข้อมูลซ้ำแล้วมิวิจัยยุติการเก็บข้อมูล จากนั้นทำการนำเข้าสู่ข้อมูลโดยบันทึกด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แสดงด้วยค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ

4.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นเครื่องมือช่วยในการจัดเรียงข้อมูล แยกแยะ และจัดกลุ่มข้อมูล

ผลการศึกษา

1. ลักษณะของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

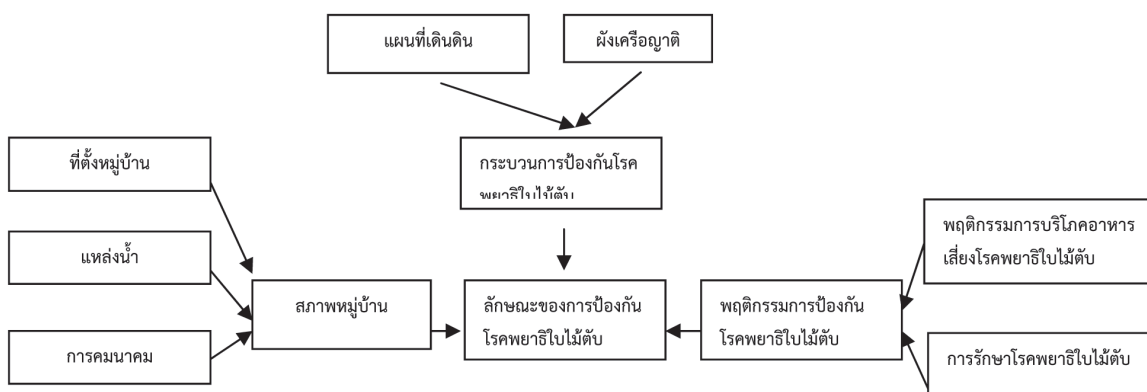
การทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชาวบ้านมีหลายประเด็น ได้แก่ ประเด็นสภาพหมู่บ้าน ประกอบด้วย ประวัติหมู่บ้าน สภาพทั่วไปของหมู่บ้าน สภาพด้านสังคมและวัฒนธรรม สภาพทางด้านเศรษฐกิจ และสภาพการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ประเด็นกระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย การสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพชาวบ้านของ อสม. การจัดทำผังเครือญาติและแผนที่เดินดินของ อสม. ประเด็นพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย การกินยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการบริโภคอาหารเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ประเด็นเป้าหมายการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ แนวทางการลดการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ พื้นที่ต้นแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตั้งแผนภาพที่ 1

2. ปัจจัยพื้นที่ที่มีผลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

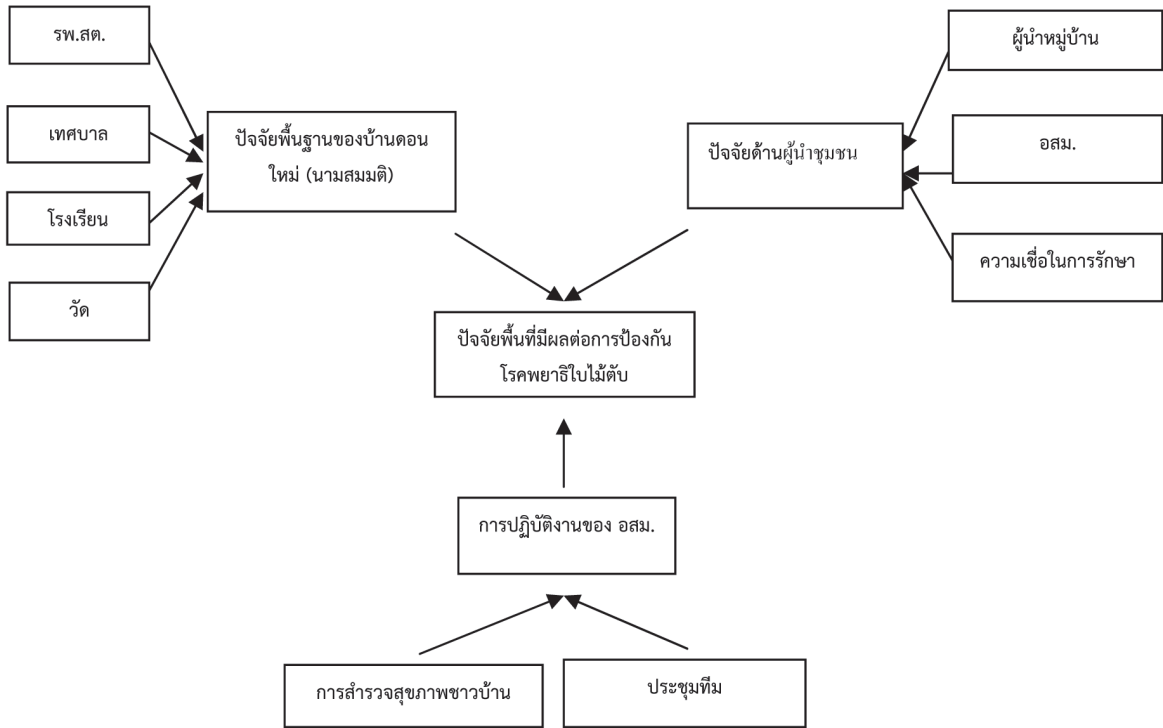
จากการศึกษาปรากฏการณ์พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหมู่บ้านหรือชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย ปัจจัยพื้นฐานของหมู่บ้าน ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน และการปฏิบัติงานของ อสม. ดังแผนภาพที่ 2

3. เงื่อนไขเชิงบริบทและเงื่อนไขสอดแทรก

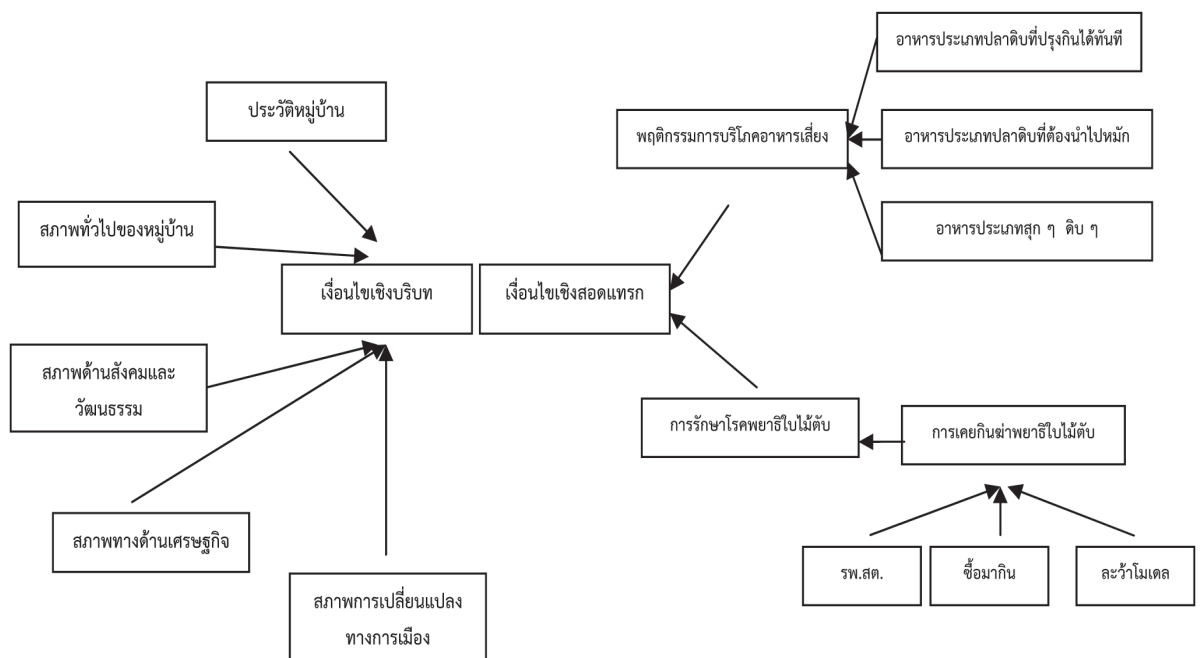
จากการศึกษาปรากฏการณ์พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของบ้านดอนใหม่ (นามสมมติ) ประเด็นเงื่อนไขเชิงบริบท ประกอบด้วย ประวัติหมู่บ้าน สภาพทั่วไปของหมู่บ้าน สภาพด้านสังคมและวัฒนธรรม สภาพทางด้านเศรษฐกิจ สภาพการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และเงื่อนไขสอดแทรก ประกอบด้วย พฤติกรรมในการบริโภคอาหารเสี่ยง ได้แก่ อาหารประเภทปลาดิบที่ปรุงกินได้ทันที อาหารประเภทปลาดิบที่ต้องนำไปหมักและอาหารประเภทสุก ๆ ดิบ ๆ และการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การเคยกินฆ่าพยาธิใบไม้ตับ ดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของชาวบ้าน



แผนภาพที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของชาวบ้าน



แผนภาพที่ 3 เงื่อนไขเชิงบริบทและสอดแทรกการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของชาวบ้าน

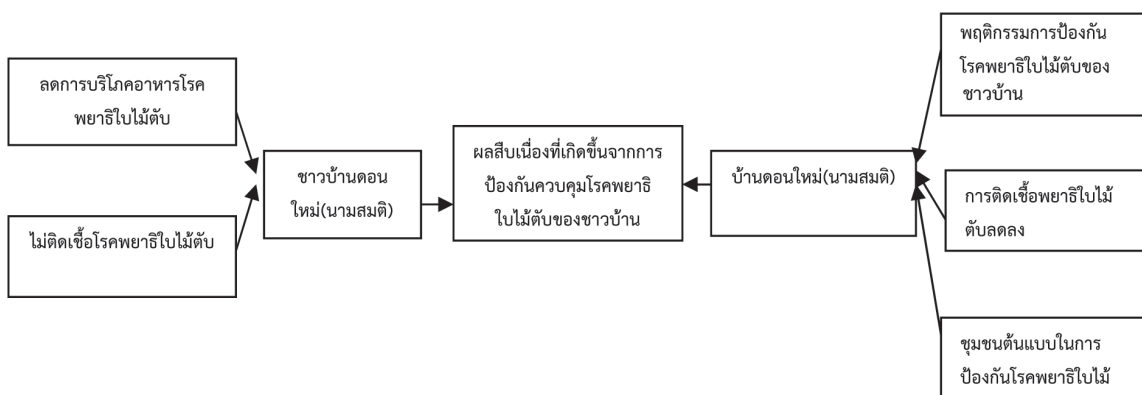
4. ผลสืบเนื่องที่เกิดขึ้นจากการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของชาวบ้าน

ผลสืบเนื่องจากพฤติกรรมกำหนัดการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหมู่บ้านหรือชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ได้ก่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมกำหนัดการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสม นำไปสู่การลดการบริโภคอาหารโรคพยาธิใบไม้ตับ ไม่ติดเชื้โรคพยาธิใบไม้ตับของชาวบ้านหรือชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาปรากฏการณ์พฤติกรรมกำหนัดการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหมู่บ้านหรือชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น ทำให้หมู่บ้านหรือชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น พฤติกรรมกำหนัดการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชาวบ้าน การติดเชื้พยาธิใบไม้ตับลดลงและเป็นชุมชนต้นแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังแผนภาพที่ 4

วิจารณ์ผล

จากผลการศึกษาบริบททางสังคมและวิถีชุมชนของชาวบ้านแถบลุ่มน้ำชีกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยประยุกต์ใช้การวิจัยทฤษฎีฐานรากซึ่งสามารถนำมาสร้างข้อสรุปเชิงทฤษฎี ตามแนวคิดของ Locke ที่กล่าวถึงการศึกษาที่ใช้รูปแบบเชิงทฤษฎีสาเหตุและผลสืบเนื่องที่เกิดขึ้น (causal-consequence theoretical framework) หรือ รูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลหรือแผนภาพทฤษฎี หรือรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างปรากฏการณ์หลัก เงื่อนไขเชิงสาเหตุ

เงื่อนไขเชิงบริบท เงื่อนไขสอดแทรก และผลสืบเนื่องที่เกิดขึ้น⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ Strauss & Corbin ยังได้กล่าวถึง การนำรูปแบบนี้มาใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่อการวิจัยจะเป็นรูปแบบที่ก่อให้เกิดแนวคิดที่ชัดเจนทั้งใน “การตั้งคำถามการวิจัย” และใน “การหาคำตอบเพื่อตอบคำถามงานวิจัย” กรณีที่เป็นการตั้งคำถามการวิจัยจะทำให้แนวคิดที่ชัดเจนเกี่ยวกับการตั้งคำถามการวิจัยในเชิงเหตุผลสัมพันธ์ ดังนี้ 1) ปรากฏการณ์หลักมีลักษณะเป็นอย่างไร/มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างไร (core phenomenon) เกิดจากสาเหตุอะไร (causal conditions) 2) ปรากฏการณ์หลัก (core phenomenon) มีอิทธิพลให้เกิดการกระทำอะไร/มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างไร (action/interaction) โดยมีเงื่อนไขเชิงบริบท (contextual conditions) และเงื่อนไขสอดแทรก (intervening conditions) อะไรที่มีอิทธิพลต่อการกระทำ/ปฏิสัมพันธ์ (action/interaction) และ 3) การกระทำ/ปฏิสัมพันธ์ (action/interaction) ได้ก่อให้เกิดผลสืบเนื่อง (consequences) อะไรบ้าง สำหรับกรณีที่หาคำตอบเพื่อตอบคำถามการวิจัย จะทำให้แนวคิดการสรุปหรือนำเสนอผลการวิจัยที่เป็น “ทฤษฎีเชิงกระบวนการ” (process theory) ที่มีองค์ประกอบของทฤษฎีตามคำถามการวิจัยนั้น คือ 1) ลักษณะของปรากฏการณ์หลัก (core phenomenon) และสาเหตุทำให้เกิดปรากฏการณ์หลัก (causal conditions) 2) การกระทำ / ปฏิสัมพันธ์ ที่เกิดขึ้นจากอิทธิพลของปรากฏการณ์หลัก เงื่อนไขเชิงบริบท และเงื่อนไขสอดแทรก 3) ผลสืบเนื่องที่เกิดขึ้น (consequences) จากการกระทำ/ปฏิสัมพันธ์⁽¹²⁾ โดยการศึกษาครั้งนี้พบ



แผนภาพที่ 4 ผลสืบเนื่องที่เกิดขึ้นจากการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับชาวบ้าน

ลักษณะของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย สภาพหมู่บ้าน กระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ปัจจัยพื้นที่ มีผลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ปัจจัย พื้นฐานของหมู่บ้าน ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน และปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม. ประเด็นเงื่อนไขเชิงบริบท ได้แก่ ประวัติหมู่บ้าน สภาพทั่วไปของหมู่บ้าน สภาพด้านสังคม และวัฒนธรรม สภาพทางด้านเศรษฐกิจ สภาพการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และเงื่อนไขสอดแทรก ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารเสี่ยง ได้แก่ อาหารประเภทปลาดิบที่ปรุงกินได้ทันที อาหารประเภท ปลาดิบที่ต้องนำไปหมัก และอาหารประเภทสุก ๆ ดิบ ๆ และการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ และผลสืบเนื่องที่เกิดขึ้นจากการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของชาวบ้าน ได้แก่ ให้มีการปรับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสม นำไปสู่การลดการบริโภคอาหารโรคพยาธิใบไม้ตับและไม่ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับของชาวบ้าน

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาบริบททางสังคมและวิถีชุมชนของชาวบ้านแถบลุ่มน้ำชีกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเสนอข้อสรุปการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชน รวมทั้งอธิบายสภาพแวดล้อมของหมู่บ้านที่ทำการศึกษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการทางคุณภาพ ได้แก่ การสังเกต การสนทนากลุ่ม การอภิปรายกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ปี 2 เดือน สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 5

ข้อเสนอแนะ

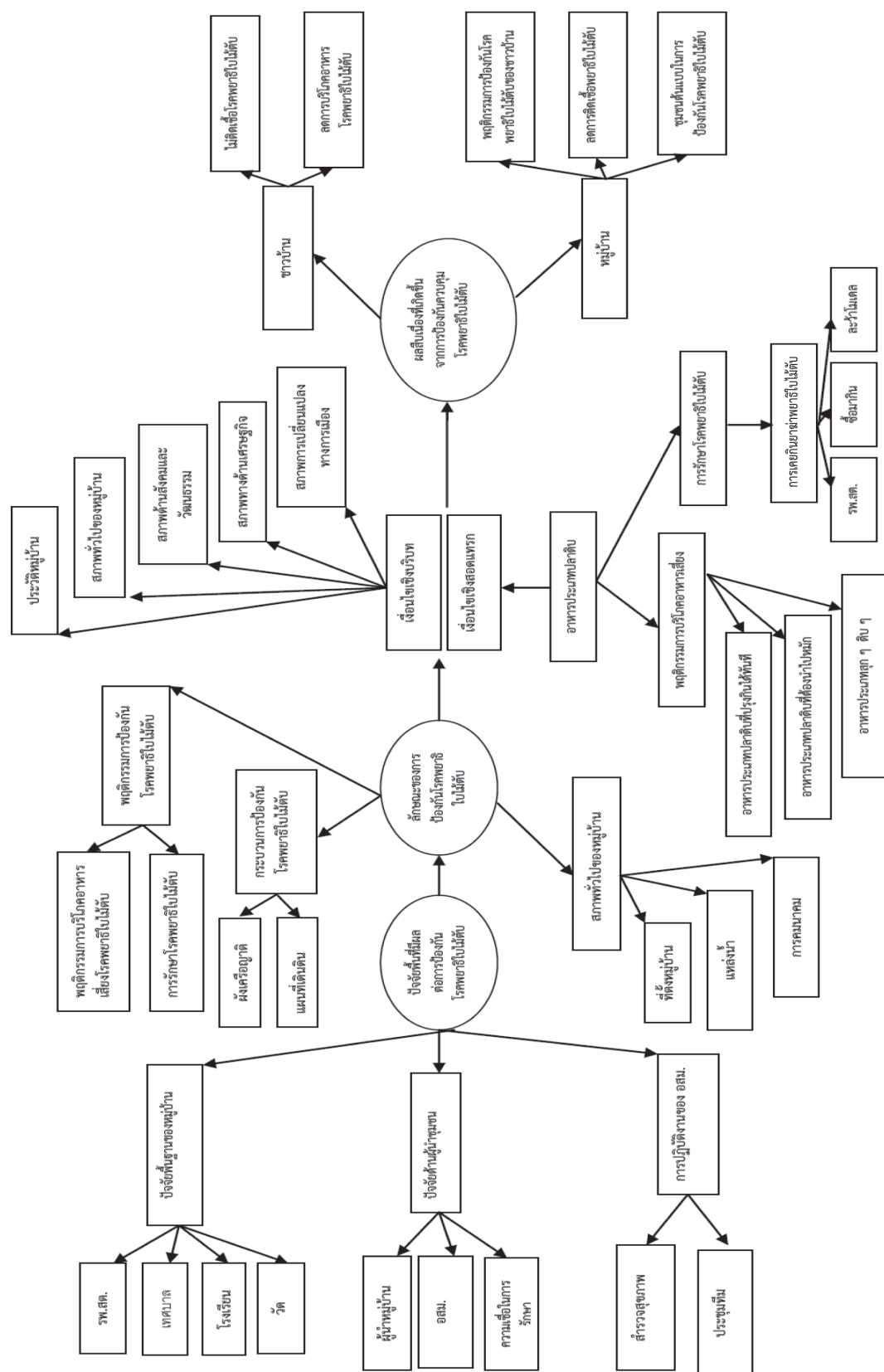
1) คุณลักษณะของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น การดำเนินงานของ อสม. เป็นต้น มีผลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการพัฒนา อสม. ให้เป็นแบบอย่างทั้งด้านความรู้ การปฏิบัติ ทักษะ และทัศนคติ เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีในการดำเนินงาน เพื่อลดอัตราการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับและเป็นชุมชนต้นแบบ

2) ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มีหลายประการ แต่ปัจจัยที่เป็นจุดแข็งของชุมชนดังกล่าวคือปัจจัยจากภายในหมู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านพื้นฐานของหมู่บ้าน ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน และปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม. โดยเฉพาะปัจจัยด้านการปฏิบัติงานของ อสม. มีความสำคัญต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากภายนอกทั้งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล โรงเรียน มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรสนใจปัจจัยภายในหมู่บ้าน เช่น การปฏิบัติงานที่เข้มแข็ง ทีม อสม. และผู้นำชุมชน เป็นต้น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภายในสู่ภายนอกชุมชน

3) เงื่อนไขที่สำคัญในการนำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนที่ให้อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับค่อนข้างน้อยนั้น บริบทของชุมชน การดำเนินงานของ อสม. ในการสร้างความตระหนักกลัวในการบริโภคอาหารปลาดิบที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ตลอดจนพฤติกรรมการกินปลาดิบของชาวบ้าน มีความสำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรออกแบบและวางแผนนำเงื่อนไขดังกล่าวไปสร้างให้ชุมชนจัดการปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับเอง

4) การเลือกศึกษาปรากฏการณ์การป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลที่มีขอบเขตระยะเวลายาวนานเกินไป การวิจัยในครั้งต่อไปอาจกำหนดช่วงเวลาให้สั้นลง นอกจากนี้ อาจทำวิจัยลักษณะเดิมซ้ำอีกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อสรุปเชิงทฤษฎีที่คมชัดมากยิ่งขึ้น หรือวิจัยเพื่อการยืนยันผลการวิจัยนี้โดยนำโมโนทัศน์ที่เป็นข้อสรุปเชิงทฤษฎีไปกำหนดเป็นตัวแปรการทดสอบในรูปแบบวิธีวิจัยเชิงปริมาณต่อไป

5) การเลือกหมู่บ้านที่ใช้เป็นพื้นที่การวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ เป็นหมู่บ้านที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับต่ำที่สุดในขณะที่มีพื้นที่ตั้งอยู่แก่ละว้าซึ่งถือว่าเป็นพื้นที่เสี่ยง ซึ่งถือได้ว่าเป็นหมู่บ้านที่มีแนวปฏิบัติที่ดี (Good practices) หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้มีการจัดการความรู้ (Knowledge management) โดยนำข้อสรุปเชิงทฤษฎีที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปขยายผลต่อการป้องกันการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนอื่น ๆ ต่อไป



แผนภาพที่ 5 ข้อสรุปเชิงทฤษฎีบริบททางสังคมและวิถีชุมชนของชาวบ้านแถบลุ่มน้ำตกการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.โยธิน แสงดี อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย นายแพทย์ณรงค์ วงศ์บา อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ท้ายที่สุด ต้องขอบคุณชาวบ้านทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข . รายงานการประชุมสมมนา นานาชาติ 96 ปีโรคใบไม้ในตับ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 ตุลาคม 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://www2.krobkruakao.com> 9A.html
- Hospital-based Tumor Registry, Srinagrind Hospital, Khon Kaen University. Statistical Report 2009. Cancer Unit, Faculty of Medicine Khon Kaen Univesity; 2010.
- เชมจิรา การเกิดกลาง. การประมาณค่าความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับโดยคำนึงถึงอคติจากการเลือกเป็นตัวอย่าง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
- รุจิราดวงรงค์, จุฬารักษ์โสตะ, พรณี บัญชรหัตถกิจ, ไพบูลย์ สิทธิถาวร, สุพรรณ ศรีอำพร. โครงการพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ตำบลทุ่งชมพู อำเภอกู่เวียง จังหวัดขอนแก่น. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
- รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก. ประสิทธิภาพของโปรแกรม สุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
- บรรจบ ศรีภา. อุบัติการณ์โรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี. วารสารสำนักบริหารการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2550; 2(3): 13-5.
- Pang SK. School Values and Teachers' Feelings: A LISREL Model. J Educ Admin 1996, 34(2): 64-83.
- นภาพร หะวานนท์, พิสมัย รัตนโรจน์สกุล, เกตมณี มากมี, อธิวัฒน์ วรธนัทย์. เรียนรู้กระบวนการสร้างทุนทางสังคมของชุมชน. กรุงเทพฯ: ศูนย์นวัตกรรม การเรียนรู้ตลอดชีวิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2549.
- ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2549.
- Creswell JW. Educational research: Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research. 3rd ed. New Jersey: Pearson Prentice hall; 2008.
- Locke K. Grounded theory in management research. Thousand Oaks, CA: Sage; 2001.
- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. California: Sage; 1998.

