

ISSN 0858 - 8899

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 6 KHON KAEN

- ❖ การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการให้ยาในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวาน
- ❖ การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น
- ❖ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ปี 2554
- ❖ ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร
- ❖ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
- ❖ กรณีศึกษา:ผู้ป่วยโรคคอติบในโรงพยาบาลเลย ช่วงเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน พ.ศ.2555
- ❖ การประเมินผลนโยบายต่อการขับเคลื่อนโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2555

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 6 KHON KAEN

เจ้าของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
181/37 ซอยราชประชา ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-222818-9 โทรสาร 043-226164

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัยและผลิตภัณฑ์ทางวิชาการในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ
2. เพื่อส่งเสริมการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ที่ปรึกษาากิตติมศักดิ์ นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

ที่ปรึกษา ดร.นายแพทย์ณรงค์ วังศ์บา ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
นางธวัชรัตน์ แสงหาญ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
นางศรีสุนทร วิริยะวิภาต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

บรรณาธิการบริหาร แพทย์หญิงนงลักษณ์ เทศนา นายแพทย์เชี่ยวชาญ

บรรณาธิการวิชาการ แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ

หัวหน้ากองบรรณาธิการ นางศิมาลักษณ์ ดิธีสวัสดิ์เวทย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดการ นางนราสินี สติมัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ผู้ช่วยผู้จัดการ นางสาวปวีณา จังภูเขียว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาววิลาสินี โพธิ์วัฒน์ นักกีฏวิทยา

กองบรรณาธิการ นางวันทนา กลางรัมย์ นางลลิตา หลายทวีวัฒน์

นางกนกพร พนิจลีกร ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาตร์ ดร.วาสนา สอนเพ็ง

ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ นายเสรี สิงห์ทอง นางอรรณณ แฉ่มจันทร์

นายกองแก้ว ยะอุป นายบุญเทียน อาสารินทร์ นางสาวชุตินา วัชรกุล

นายบุญทวนการ พรหมภักดี

พิสูจน์อักษร นางสาวกมลทิพย์ กฤษฏารักษ์ นางสาวจาพุภรณ์ ชุมพล นางสาวพิรพรรณ วังอุปัดชา

ฐานข้อมูลและสารสนเทศ

นายทวี อารยะสุขวัฒน์ นายธีระพงษ์ สิงห์โตหิน นายสุบรร ภูมิสุทธิ์

กรรมการฝ่ายทะเบียนและเผยแพร่

นางสาวสุกัญญา ขอพรกลาง นายคำตัด เทอมยางหวาย นางสาวพร เกลี่ยกลาง

นายธงชัย เหลาสา นางนิศรา เกิดเรณู นายอภิศักดิ์ ชัยนา

E-mail address: Journal_dpc6@hotmail.com

บรรณาธิการแถลง



สวัสดิ์ค่ะ ท่านผู้อ่านที่นับถือทุกท่าน

ทีมงานวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่นมีความภูมิใจที่จะเรียนให้ทราบว่าเราจะพยายามพัฒนาวารสารให้เข้าสู่ Thai Citation Index (TCI) เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพของงานวิชาการที่รับมาตีพิมพ์เผยแพร่ให้มีความค่าในการอ้างอิงมากขึ้น ในฉบับนี้มีความภูมิใจนำเสนอผลิตภัณฑ์หลักของกรมควบคุมโรค คือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการขับเคลื่อนงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2555 โดยคุณศรีสุนทร วิริยะวิภาต หัวหน้ากลุ่มแผนและประเมินผล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น เรื่องของเบาหวานสองเรื่องเป็นงานวิจัยเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขหนึ่งเรื่องคือ การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการให้ยาในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวาน โดยคุณแพรพรรณ ภูริบัญชา และเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยคุณสุสันต์ อินทวิเชียรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดซึ่งก็น่าสนใจเช่นกัน เรื่องเกี่ยวกับองค์การสองเรื่องจากขอนแก่นและสกลนคร รวมทั้งเรื่องที่อยู่ในกระแสคือการระบาดของโรคคอตีบในจังหวัดเลย รวมทั้งเรื่องอื่นๆครบเครื่อง หวังว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์เชิงวิชาการเต็มอัมมะคะ

แพทย์หญิงนงลักษณ์ เทศนา

บรรณาธิการ

ขอขอบคุณผู้อ่านบทความทางวิชาการ

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ | 11. นางสาวสุมาลี จันทลักษณ์ |
| 2. นางศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ | 12. นางสาวกมลทิพย์ กฤษฏารักษ์ |
| 3. นางกนกพร พินิจลึก | 13. นางพิไลลักษณ์ พลพิลา |
| 4. ดร.เกสร แฉวนอนจัว | 14. นายทรงทรัพย์ พิมพ์ชายน้อย |
| 5. ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี | 15. นางพิรพรรณ ชัยวงศ์ |
| 6. ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ | 17. นางสาวจารุภรณ์ ชุมพล |
| 7. ดร.วาสนา สอนเพ็ง | |
| 8. นางสาวชุติมา วัชรกุล | |
| 9. นายบุญทวนกร พรหมภักดี | |
| 10. นายเชิดพงษ์ มงคลศิลป์ | |

...คำแนะนำ สำหรับผู้เขียน...

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรค หรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ต.ค.-มี.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน เม.ย.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน เม.ย.-ก.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ต.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน ต.ค. ฉบับที่ 2 ภายในเดือน เม.ย.

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ดังนี้

1. ผู้สมัครต้องศึกษาหลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกแบบฟอร์มและตามกติกา

2. ประกาศรับต้นฉบับผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มการสมัครพร้อมเอกสารพิมพ์ต้นฉบับ 3 ชุดและแผ่นบันทึกข้อมูล 1 แผ่น

3. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของต้นฉบับ

4. กองบรรณาธิการวารสารฯ จัดส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาวิชานั้น ๆ อ่านประเมินต้นฉบับ จำนวน 3 ท่านต่อเรื่อง

5. ส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามผลการอ่านประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)

6. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความถูกต้อง และจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น

7. จัดส่งต้นฉบับ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม

8. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสาร

9. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะต้องผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ จึงจะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่อง เพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ

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

รายงานผลการ ปฏิบัติงาน

ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชา

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

ย่อเอกสาร

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง

ควรสั้นกระชับรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้มีชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งอภิธานย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

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 ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย 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, ฉวีวรรณ เขวกีรติวงศ์, 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. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. 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) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลข

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

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

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรงเพ็ชรพลาญ, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนภรณ์. แอลกอฮอล์ กับ อุบัติเหตุบน ทาง ถนน (บทบรรณาธิการ). สาร ศิริราช 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
สำนักงาน ป้องกัน ควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น หรือของ
กองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความ
ของตน



แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาลงวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 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 3 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงนาม..... ผู้เขียน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงนาม..... อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 6 KHON KAEN

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เมษายน - กันยายน 2555 Volume 19 No.2 April - September 2012

สารบัญ

❖ การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการให้ยาในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวาน แพรวพรรณ ภูริบัญชา, บุญทนากร พรหมภักดิ์, พิสมัย สุระกาญจน์	1
❖ การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น รัชนิกร ภูณแจทอง, ชนะพล ศรีฤาชา	17
❖ การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ปี 2554 ปราโมทย์ มาดย์สุริย์	27
❖ ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการปฏิบัติงาน ตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร ธาดา สุนัยจันทร์, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี	41
❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ภัทรพงษ์ เกตุคำชัย, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี	55
❖ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด สุชสันต์ อินทรวีเชียร	65
❖ กรณีศึกษา:ผู้ป่วยโรคคอติบในโรงพยาบาลเลข ช่วงเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน พ.ศ.2555 พัชรภา รัดนพุนัก	76
❖ การประเมินผลนโยบายต่อการขับเคลื่อนโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่ของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2555 ศรีสุนทร วิริยะวิภาด, กังสดาล สุวรรณรงค์, ชุติมา วัชรกุล, สารีข บัญโคตร	84

การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการให้ยาในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวาน The Cost Effective Analysis of lifestyle Modification and Medication intervention to prevent the development of type 2 diabetes in prediabetes

แพรพรรณ ภูริบัญชา วท.ม. (วิทยาการระบาด) *

บุญทนกร พรหมภักดี สม. (ชีวสถิติ) *

พิสมัย สุระกาญจน์ พย.บ. *

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

Praepan Phuribancha M.Sc. (Epidemiology)

Boontanagorn Prompakdee M.P.H. (Biostatistics)

Pissamai Sulakan B.N.S.

Office of Disease Prevention and Control no.6 Khon Kaen

บทคัดย่อ

การประเมินต้นทุนประสิทธิผล ของมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ในประชากรกลุ่มเสี่ยง จำนวน 10,000 ราย ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการให้ยา metformin โดยอาศัย decision tree analysis model ด้วยการคิดต้นทุนในการให้บริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน และประสิทธิผลของมาตรการคิดจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดจากการได้รับมาตรการป้องกันในประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาเป็นข้อมูลทุติยภูมิ ที่สืบค้นจากเอกสารผลงานวิจัยและฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์

ผลการวิเคราะห์ต้นทุนเปรียบเทียบกับประสิทธิผลพบว่า การให้มาตรการด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย มีความคุ้มค่าสูงสุดต่อการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน โดยป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงได้ 8,560 ราย ด้วยต้นทุน 5,872.6 ดอลลาร์สหรัฐ การให้ยา metformin 7,830 ราย ด้วยต้นทุน 8,456.06 ดอลลาร์สหรัฐ และผลการวิเคราะห์ความไวโดยใช้ค่าความน่าจะเป็นต่ำสุดและสูงสุดของต้นทุนของการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย พบว่าเมื่อเปลี่ยนแปลงต้นทุนมาตรการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกายให้สูงขึ้นเกิน 72,000 ดอลลาร์สหรัฐจะส่งผลให้การใช้ยา metformin มีความคุ้มค่าประสิทธิผลมากกว่ามาตรการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ส่วนผลการวิเคราะห์ความไวของตัวแปรอื่นๆ ไม่พบความแตกต่าง

การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลนี้อยู่ภายใต้บริบทหรือมุมมองด้านการสาธารณสุขของประชากรโดยรวม หากเป็นมุมมองรายบุคคลแล้วการให้ยา metformin อาจมีความจำเป็นในรายบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นเบาหวานจากประวัติเบาหวานในครอบครัวและค่าดัชนีมวลกายที่สูงมากอย่างชัดเจน ซึ่งนอกจากการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายแล้ว อาจพิจารณาให้ยา metformin ร่วมด้วย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยต้นทุนประสิทธิผลอย่างเป็นระบบของมาตรการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา metformin ในประเทศไทย เพื่อนำมาจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือโครงการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง จะนำมาซึ่งการลดภาระงบประมาณของประเทศโดยรวมในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่อไป

คำสำคัญ : การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล เบาหวาน การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การให้ยา

Abstract

Assessment of cost effectiveness to prevent diabetes mellitus in prediabetes populations compared two interventions between lifestyle modification and metformin treatment by decision tree analysis model. The cost of providing services to prevent diabetes mellitus and the number of new diabetes mellitus patients occurred in each intervention was secondary data from systematic literature review in medical journal database.

Lifestyle modification that composed of received diabetes knowledge, dietary control and exercise was the most cost effectiveness intervention to prevent diabetes mellitus. Prevention of diabetes mellitus in the populations at risk 8,560 cases with cost of 5,872.6 US. dollars for lifestyle modification and 7,830 cases with cost of 8,456.06 US. dollars for metformin treatment. By using sensitivity analysis, if the cost of lifestyle modification was more than 72,000 US. dollars then metformin treatment was the most cost effectiveness intervention.

This study presented public health aspects of pre-diabetes populations as a whole. metformin treatment may be necessary in high risk patients with family history of diabetes mellitus and high Body Mass Index significantly. So, we need study that compare cost effectiveness between lifestyle modification with and without metformin treatment for policy advocacy to prevent diabetes mellitus in high risk populations.

Key word : Cost Effectiveness Analysis, Diabetes, Lifestyle Modification, Medication

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบันและก่อให้เกิดการตายของผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนในหลอดเลือดแดงขนาดเล็กและหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ซึ่งได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา (retinopathy) ไต (nephropathy) ระบบประสาท (neuropathy) และโรคหลอดเลือดสมอง โดยสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้คาดคะเนความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน โดยคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจาก 220 ล้านคนในปี ค.ศ. 2000 เป็น 300 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025 โดยประมาณการว่าประเทศกำลังพัฒนาในแถบทวีปเอเชียจะมีอัตราเพิ่มสูงที่สุด⁽²⁾ ในจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด ประมาณร้อยละ 90 จะเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเบาหวานชนิดนี้เป็นปัญหาสำคัญอย่างมากในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งขาดแคลนทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข ในการป้องกันโรคและการให้การรักษาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างเพียงพอ⁽³⁾

ถึงแม้ว่าจะมียาที่ใช้รักษาโรคเบาหวานมากกว่า 12 ชนิด ในปัจจุบันมีบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญ

ผู้ป่วยรับทราบและตระหนักถึงความร้ายแรงของโรคที่เป็นอยู่ แต่ยังคงพบว่าการรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก็ยังคงอยู่และคงเป็นปัญหาต่อไป ดังนั้นจึงมีความพยายามหาวิธีการในการป้องกันแก่ผู้ที่มีความผิดปกติทาง metabolic ซึ่งมีแนวโน้มสูงที่จะเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต⁽⁴⁻⁸⁾ โดย American Diabetes Association (ADA) Recommendation ปี ค.ศ. 2004 ได้กำหนดให้ผู้ที่มีการระดับน้ำตาลแบบสุ่ม (fasting plasma glucose, FPG) ในเลือดสูงกว่าระดับน้ำตาลปกติแต่ไม่เกินค่าระดับน้ำตาลที่จัดเป็นโรคเบาหวาน เรียกว่ามีภาวะ impaired fasting glucose (IFG) โดยมีระดับน้ำตาล IFG = 100-125 mg/dl (5.6-6.9 mmol/l) และ/หรือผู้ที่ทดสอบความทนต่อกลูโคสด้วยการให้รับประทานน้ำตาลกลูโคส 75 g. แล้วเจาะระดับน้ำตาลหลังจากรับประทาน 2 ชั่วโมง (oral glucose tolerance test, OGTT) และมีภาวะ impaired glucose tolerance (IGT) โดยมีระดับน้ำตาล OGTT = 140-199 mg/dl (7.8-11.1 mmol/l) เรียกผู้ที่มีภาวะเหล่านี้ว่า prediabetes⁽¹⁾

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (ADA) ได้กล่าวถึงการคัดกรองผู้ป่วยว่า ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง ควรพิจารณาตรวจหาโรคเบาหวานด้วย⁽⁴⁾ ซึ่งจากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว เมื่อจำแนกออกเป็น

สองส่วน พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงส่วนหนึ่งที่สามารถให้การแก้ไขปัจจัยเสี่ยงนั้น เรียกว่า modifiable risk factors ซึ่งถ้าหากสามารถจำกัดปัจจัยเสี่ยงนี้ได้ก็จะช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ผู้ที่มีภาวะ prediabetes นี้ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถให้การแก้ไขหรือรักษาได้ซึ่งมีหลายงานวิจัยที่น่ากลุ่มผู้ที่มีภาวะ prediabetes โดยเฉพาะผู้ที่มี IFG ทำการศึกษาโดยให้การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) หรือการให้ยาเพื่อป้องกันหรือชะลอโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ออกไป และจากข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาโดย the third National Health and Nutrition Examination Survey (NHNESIII) ระหว่างปี ค.ศ. 1988-1994 และ NHNESIII ค.ศ. 2000 รายงานว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินอายุระหว่าง 45-74 ปี ประมาณ 12 ล้านคน จะมีภาวะ prediabetes และในอีก 5-6 ปีข้างหน้า ในจำนวนนี้ผู้ที่มี IGT หรือ IFG อย่างใดอย่างหนึ่งจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 20-34 และผู้ที่มีทั้ง IGT และ IFG จะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 38-65 นอกจากนี้ยังได้คาดการณ์ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้นเป็น prediabetes มา 5 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัย⁽⁹⁻¹¹⁾

ซึ่งการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่นานาประเทศกำลังให้ความสนใจ จากการศึกษาหลาย ๆ งานวิจัยในปัจจุบันได้แสดงให้เห็นว่าผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มที่มีภาวะ prediabetes ด้วยการออกกำลังกายที่ไม่มากนักแต่สม่ำเสมอ และการควบคุมน้ำหนักจะช่วยป้องกันการเป็นโรคเบาหวานได้มากกว่าร้อยละ 50 นอกจากนี้การใช้ยากลุ่มต่าง ๆ ก็มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่ามีส่วนช่วยชะลอโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เช่นกัน ซึ่งการใช้ยาก็ยังคงต้องมีการศึกษา เพื่อหาประสิทธิภาพที่คุ้มค่ารายจ่ายและความปลอดภัยในการใช้ยาเหล่านั้น ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อเปรียบเทียบต้นทุนประสิทธิผลระหว่างการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในกลุ่ม prediabetes ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Life style modification) และการให้ยา เพื่อนำผลการศึกษาเป็นข้อเสนอต่อผู้บริหารเพื่อพิจารณากำหนดนโยบายป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในกลุ่ม prediabetes ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness) ของมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ในประชากรกลุ่มเสี่ยง (pre-diabetes) ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการให้ยา Metformin

ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากไม่มีข้อมูลการศึกษาอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยงในประเทศไทย จึงใช้ข้อมูลค่าความน่าจะเป็นของประชากรที่ศึกษา รวมทั้งต้นทุนค่าใช้จ่ายของแต่ละมาตรการ ที่รวบรวมได้จากการศึกษาในต่างประเทศ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการทำ systematic review โดย content เกี่ยวข้องกับต้นทุนประสิทธิผลการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในกลุ่ม prediabetes เปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการให้ยา โดยอาศัย decision tree analysis model

2. audience for study : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย สคร. ทุกแห่ง กระทรวงสาธารณสุข

3. ประชากรและมาตรการที่ศึกษา

3.1 ประชากรที่ศึกษา

3.1.1 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไปในประเทศไทยที่ผ่านการคัดกรองเบาหวาน จำนวน 10,000 คน

3.1.2 ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไปในประเทศไทยที่ผ่านการคัดกรองเบาหวานมีค่า BMI > 25 kg/m² และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร 6-8 ชม. เท่ากับ 100-125 mg%

3.2 มาตรการที่ศึกษา โดยการเปรียบเทียบมาตรการ ในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน 4 มาตรการ คือ

a. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ด้วยการให้ความรู้และควบคุมการรับประทานอาหาร (ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่ม

ผัก/ผลไม้)

b. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ด้วยการให้ความรู้และการออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์

c. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ด้วยการให้ความรู้และการควบคุมการรับประทานอาหาร (ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก/ผลไม้) และการออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์

d. การรับประทานยา Metformin (รับประทานวันละ 850 mg x 2 ครั้ง) โดยการนัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษา (Follow up) เดือนละครั้ง

3.3 ติดตามประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เพื่อประเมินประสิทธิผลการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ทั้งกลุ่มที่ได้รับยาและกลุ่มที่ไม่ได้รับยา โดยการประเมินค่าดัชนีมวลกายและตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร 6-8 ชม. ภายหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรม 12 เดือน-3 ปี

4. ตัวแบบที่ศึกษา study model

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยอาศัย decision tree analysis model เพื่อเปรียบเทียบมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ด้วยการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ และกลุ่มที่ได้รับยา Metformin (รับประทานวันละ 850 mg x 2 ครั้ง)

4.2 ระยะเวลาในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล (time frame) 1 ปี

4.3 ติดตามประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานโดยการประเมินค่าดัชนีมวลกาย และตรวจหาค่าระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร 6-8 ชม. ภายหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรม 12 เดือน - 3 ปี

4.4 ระยะเวลาที่มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในกลุ่ม prediabetes(time horizon) 5-1 ปี

5. propose decision tree

ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวาน (prediabetes) ที่ผ่านการคัดกรองเบาหวานมีค่า BMI > 25 kg/m² และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร 6-8

ชม. เท่ากับ 100-125 mg% จะได้รับมาตรการในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ทั้ง 4 มาตรการ

ผลลัพธ์ (main outcome) จำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวาน (prediabetes) ที่สามารถป้องกันไม่ให้เป็นผู้ป่วยเบาหวาน โดยกำหนดนิยามการเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ดังนี้

- กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวาน (prediabetes) : กลุ่มประชากรอายุ > 35 ปี ที่ผ่านการคัดกรองเบาหวานมีค่า BMI > 25 kg/m² และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร 6-8 ชม. เท่ากับ 100-125 mg%

- กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (diabetes) : กลุ่มประชากรอายุ > 35 ปี ที่ผ่านการคัดกรองเบาหวาน และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหาร 6-8 ชม. > 126 mg%

6. วิธีการสืบค้นข้อมูล ในการศึกษาจะทำการสืบค้นรายงานวิจัย ดังนี้

6.1 สืบค้นงานวิจัย

6.1.1 การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์(computerized searching) โดยสำรวจจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และบริการสืบค้นออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต ใช้คำสำคัญในการสืบค้น (key words)

1) ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางด้านการแพทย์ (evidence base medicine) ทั้งในและต่างประเทศ โดยค้นจาก ฐานข้อมูล cochrane library และ PubMed

2) ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั่วไป ได้แก่ www.google.com พบว่า มีจำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ซึ่งคณะผู้วิจัยได้คัดเลือกอ่านเฉพาะเรื่องที่เข้าได้กับการศึกษา

3) การสืบค้นรายงานวิจัยที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ (searching for unpublished materials)

6.1.2 คัดเลือกงานวิจัยที่ตรงตามเรื่องที่ต้องการศึกษา

6.2 อ่านงานวิจัยอย่างละเอียดเพื่อนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และบันทึกลงในแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล

6.3 ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่อง พร้อมทั้งทำการปรึกษาสำหรับการหาวิธีปรับข้อมูลให้เป็นค่าเดียวกัน

7. ตัวแปรและการวัดตัวแปร ตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

7.1 ตัวแปรหลักที่สนใจ ได้แก่

ความคุ้มค่าของมาตรการระหว่างวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอาหารและออกกำลังกายกับการให้ยา metformin

7.2 ตัวแปรรอง ได้แก่

7.2.1 ต้นทุนประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอาหาร+ออกกำลังกาย

7.2.2 ต้นทุนประสิทธิผลของมาตรการการให้ยาในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวาน

7.2.3 อัตราอุบัติการณ์การคงเดิมของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานที่ใช้มาตรการวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอาหาร+ออกกำลังกาย

7.2.4 อัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยงที่ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ใช้มาตรการวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอาหาร+ออกกำลังกาย

7.2.5 อัตราอุบัติการณ์ของกลุ่มเสี่ยงที่ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มที่ใช้มาตรการวิธีการให้ยา Metformin

8. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้บันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล ในรูปแบบตารางค่าตัวแปรที่ต้องการศึกษา

9. การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

9.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอ่านรายงานวิจัยแต่ละเรื่องแล้วบันทึกข้อมูล ลงในตารางบันทึกข้อมูล

9.2 ปรีกษาและประชุมทีมวิจัยเพื่อทำการพิจารณาแก้ไขและหาวิธีรวมข้อมูล เมื่อพบว่าข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่องมีค่าที่ไม่สอดคล้อง

10. การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ จะทำการประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อ

ตอบคำถามหลักของงานวิจัย ดังนี้

10.1 การประมวลผลข้อมูล

ทำการสืบค้นรายงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำการศึกษาระดับนานาชาติมาเปรียบเทียบมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการให้ยาในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานทั้งในและต่างประเทศ พร้อมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูล

10.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม decision tree age โดยใช้โมเดล decision tree model มีขั้นตอนดังนี้

10.2.1 cost-effectiveness ratio (CER)

เป็นการคิดอัตราส่วนของต้นทุนที่ใช้ในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) 1 ชีวิตที่สามารถป้องกันได้ โดยคำนวณจาก costs/outcomes

costs (ต้นทุน) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ในแต่ละมาตรการ ทั้ง direct cost และ indirect cost

outcomes (ผลลัพธ์) ได้แก่ จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ที่ไม่ป่วยเป็นเบาหวาน (diabetes) หลังจากการได้รับการป้องกันในแต่ละมาตรการ

จะแสดงผลการวิเคราะห์สองชนิด คือ average ratio และ marginal หรือ incremented ratio

- average CER คือ ต้นทุนกิจกรรมทั้งหมดหารด้วยผลลัพธ์ (ประสิทธิผล) ของมาตรการ

- incremental CER คือ ต้นทุนที่จะต้องปรับจากมาตรการที่หนึ่งไปยังมาตรการที่สอง หารด้วยส่วนต่างของผลลัพธ์ของมาตรการหนึ่งและสอง

การแปรผล cost-effectiveness ratio (CER) จะเกิดคุ่มค่าหรือมาตรการที่ควรเลือก พิจารณาจาก

- 1) ต้นทุนถูกกว่า ประสิทธิภาพไม่ด้อยกว่า
- 2) ต้นทุนแพงกว่า ประสิทธิภาพสูงกว่า แต่คุ่มค่าที่จะจ่ายเพิ่ม
- 3) ต้นทุนถูกกว่า ประสิทธิภาพต่ำกว่า แต่ก็ยังดีกว่ามาตรการอื่นที่ไม่คุ้มค่าที่จะจ่ายเพิ่ม

4) ต้นทุนถูกกว่า ประสิทธิภาพดีกว่า

10.2.2 วิเคราะห์ค่าความไว (sensitivity analysis : SA) เป็นการเปลี่ยนแปลงค่าตัวแปรหลักในการหา CER เพื่อบอกผลกระทบจากผลลัพธ์ของมาตรการ มีวิธีการวิเคราะห์หลายอย่าง เช่น threshold analysis ใช้หาว่าผลลัพธ์ของมาตรการที่นำมาเปรียบเทียบจะเท่ากันที่ตัวแปรรวมเป็นเท่าไร เพื่อบอกว่ามาตรการที่หนึ่งเริ่มได้ผลเท่ากับมาตรการที่สอง เมื่อค่าตัวแปรเปลี่ยนไปเท่าไร ซึ่งในการศึกษานี้ ได้ทำการวิเคราะห์ความไวด้วยการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการควบคุมอาหาร+ออกกำลังกาย

(cDiex)

10.2.3 วิธีการที่ใช้ปรับต้นทุน ให้เป็นต้นทุนของปีที่ทำการศึกษา

โดยการหาข้อมูล (present value) ของต้นทุนที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาต่าง ๆ และปรับให้อยู่บนพื้นฐานเดียวกัน ตามอัตราเงินเฟ้อ (Inflation rate) ในปัจจุบัน ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลต้นทุนที่ได้จากการสืบค้นจากเอกสารวิชาการต่างประเทศ ซึ่งเป็นค่าเงินดอลลาร์สหรัฐ และได้ปรับด้วยอัตราเงินเฟ้อของสหรัฐอเมริกาตามสูตร ดังนี้

$$\frac{\text{ราคาต้นทุนปีที่ทำการศึกษา} * \text{ค่าเฉลี่ยอัตราเงินเฟ้อในปีปัจจุบัน}}$$

$$\text{อัตราเงินเฟ้อปีที่ทำการศึกษา}$$

โดยพบว่าอัตราเงินเฟ้อของสหรัฐอเมริกา ใน ปี 2002 เท่ากับ 1.6 %

ปี 2005 เท่ากับ 3.4 %

ปี 2011 เท่ากับ 2.9 %

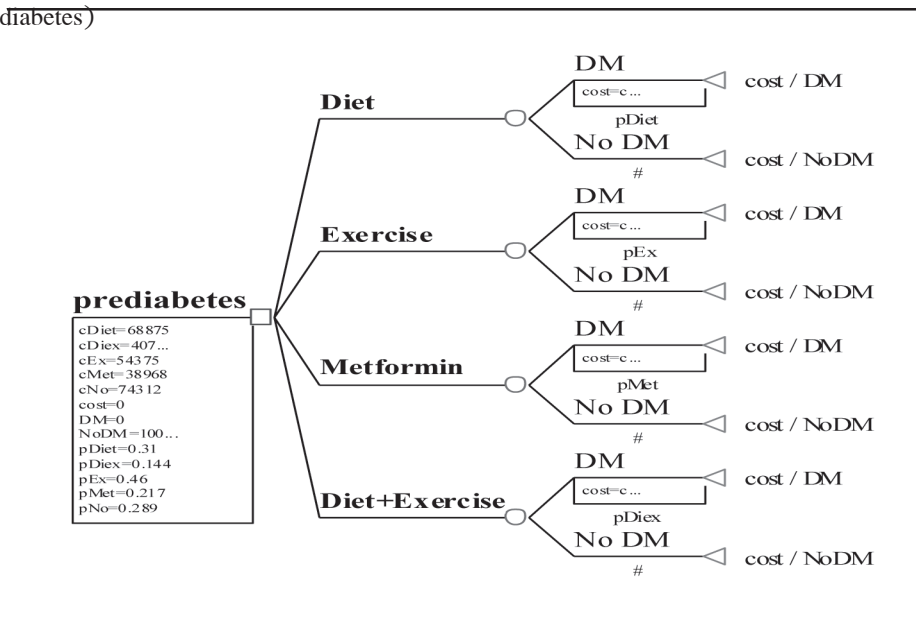
10.2.4 การวิเคราะห์ค่าต้นทุน

ต้นทุน ทั้งหมดประกอบด้วย

1) ค่าจัดบริการในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหาร การให้ความรู้ ร่วมกับการออกกำลังกาย และการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย

2) ค่าบริการให้ยาที่ใช้ในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน

10.2.5 การวิเคราะห์ค่าประสิทธิผล วิเคราะห์จากจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ที่ไม่ป่วยเป็นเบาหวาน (diabetes)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

นิยามของตัวแปรที่ใช้ใน decision tree model

1. pDiet หมายถึง อัตราการเกิดภาวะเบาหวาน (cumulative incidence) ในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ที่ได้รับมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมการรับประทานอาหาร(ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก/ผลไม้)

2. pEx หมายถึง อัตราการเกิดภาวะเบาหวาน (cumulative incidence) ในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ที่ได้รับมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการออกกำลังกาย อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์

3. pDiex หมายถึง อัตราการเกิดภาวะเบาหวาน (cumulative incidence) ในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ที่ได้รับมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมการรับประทานอาหาร (ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก/ผลไม้) และการออกกำลังกาย อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์

4. pMet หมายถึง อัตราการเกิดภาวะเบาหวาน (cumulative incidence) ในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ที่ได้รับมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ด้วยการรับประทานยา metformin (รับประทานวันละ 850 mg x 2 ครั้ง)

5. pNo หมายถึง อัตราการเกิดภาวะเบาหวาน (cumulative incidence) ในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ที่ไม่ได้รับมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน

6. cDiet หมายถึง ต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ด้วยการให้ความรู้ และควบคุมการรับประทานอาหาร (ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก/ผลไม้)

7. cEx หมายถึง ต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ด้วยการให้ความรู้ และการออกกำลังกาย อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์

8. cDiex หมายถึง ต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ด้วยการให้ความรู้ + การควบคุมการรับประทานอาหาร (ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก/ผลไม้) และการออกกำลังกาย อย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์

9. cMet หมายถึง ต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ที่ได้รับประทานยา metformin (รับประทานวันละ 850 mg x 2 ครั้ง)

ผลการศึกษา

ผลจากการสืบค้นข้อมูลและรวบรวมตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา เพื่อคัดเลือกค่าความน่าจะเป็นของตัวแปร และต้นทุนของแต่ละมาตรการ สำหรับใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงค่าความน่าจะเป็นของตัวแปรที่ศึกษา

parameters	base case	range		references
	value	Low	high	
pDiet	31 %			Pan X. et al. (12)
pEx	46 %			Pan X. et al. (12)
pDiex	14.4 %	10.6 %	42 %	Pan X. et al. (12) Eriksson K (13) (DPP) study (15) Sheila A Doggrell (1) N. Eng.J. Med (2002) A. Ramachandran (16)
pMet	21.7 %	8 %	40.5 %	(DPP) study (15) William H. (17) A. Ramachandran (16)
pNo	28.9 %	28.6 %	67.7 %	Pan X. et al. (12) Eriksson K et al (13) Tuomilehto J.et al.(14) (DPP) study (15) A. Ramachandran (16)

ตารางที่ 2 แสดงต้นทุนในการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes)

parameters	cost	References
cDiet : ต้นทุนในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle modification) ด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหาร	\$ 38,000/DALY *	M.Y. Bertram (18) (ปรับ inflation rate = \$ 68,875)
cEx : ต้นทุนในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle modification) ด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการออกกำลังกาย	\$ 30,000/DALY *	M.Y. Bertram (18) (ปรับ inflation rate = \$ 54,375)

ตารางที่ 2 แสดงต้นทุนในการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) (ต่อ)

parameters	cost	References
cDiex : ต้นทุนในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle modification)	\$ 22,500/DALY *	M.Y. Bertram (18) (ปรับ inflation rate = \$ 40,781)
ด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย	\$ 1,100 /QALY	William H. (17)
	\$ 8,800 /QALY	William H. (17) กรณีที่ใช้มุมมองทางสังคม (societal perspective)
	\$ 1,052	
	\$ 4,500 /person	Ramachandran (16) Romesch (20)
cMet : ต้นทุนในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ด้วยการให้ยา metformin	\$ 21,500/DALY *	M.Y. Bertram (18) (ปรับ inflation rate = \$ 38,968)
	\$ 31,300 /QALY	William H. (17)
	\$ 29,900 /QALY	William H. (17) กรณีที่ใช้มุมมองทางสังคม (societal perspective)
	\$ 1,095	
	\$ 1,800 /QALY	A. Ramachandran (16) (DPP) study (15)

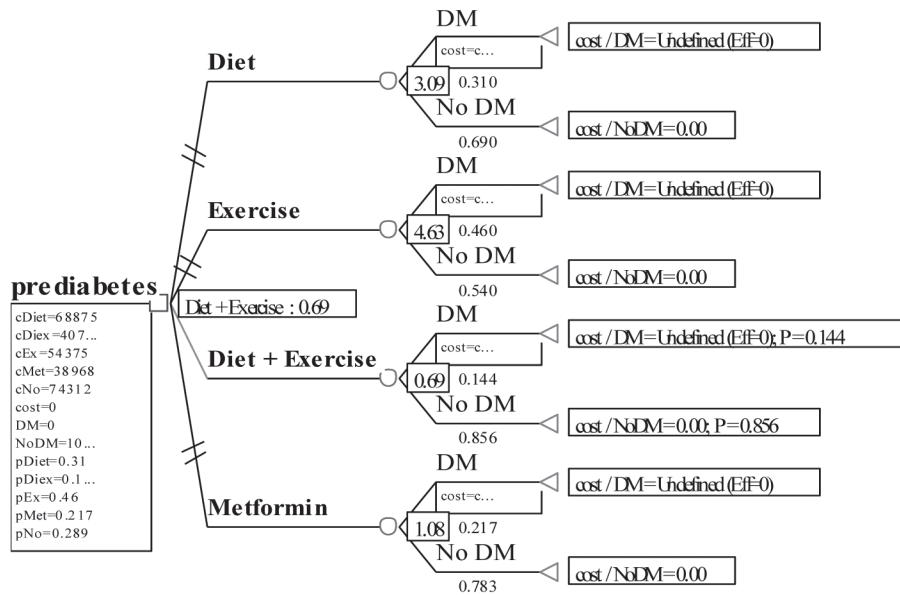
หมายเหตุ * ค่าต้นทุนที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล

จากการทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์จากค่าความน่าจะเป็นของตัวแปร และค่าใช้จ่ายในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน 4 มาตรการ คือ

1. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหาร
2. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการออกกำลังกาย
3. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย
4. การให้ยา metformin 850 mg วันละ 2 ครั้ง ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวาน (prediabetes) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของการใช้มาตรการ พบว่า การให้ intervention ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (life style modification) ด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย จะสามารถป้องกันไม่ให้เป็นเบาหวานได้ 8,560 คน ซึ่งดีกว่ามาตรการให้ metformin มาตรการการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการควบคุมอาหาร หรือ มาตรการการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการออกกำลังกายอย่างเดียว (ภาพที่ 2) เพราะทำให้คนมีสุขภาพดีมากกว่าการให้ metformin 730 คน และการให้ metformin จะป้องกันไม่ให้เป็นเบาหวานได้ 7,830 คน ซึ่งดีกว่าการควบคุมการรับประทานอาหารอย่างเดียว หรือการออกกำลังกายอย่างเดียว เพราะทำให้คนมีสุขภาพดีมากกว่า 930 คน และ 1,500 คน ตามลำดับ (ตารางที่ 3)



ภาพที่ 2 ภาพแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย decision tree age

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานด้วยมาตรการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหาร ให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย ให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย และการให้ยา metformin

rank	node	value	marginal value
1	diet + exercise	8,560.00	
2	metformin	7,830.00	730
3	diet	6,900.00	930
4	exercise	5,400.00	1,500.00

การวิเคราะห์ต้นทุนจากการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน พบว่า มาตรการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการควบคุมอาหาร+ออกกำลังกาย มีต้นทุนถูกที่สุด คือ 5,872.6 ดอลลาร์สหรัฐ ส่วนมาตรการให้ยา

metformin มีต้นทุนรองลงมาคือ 8,456.06 ดอลลาร์สหรัฐ และต้นทุนสูงกว่าถ้าให้มาตรการควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างเดียว เท่ากับ 21,351.25 และ 25,012.5 ดอลลาร์สหรัฐ ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

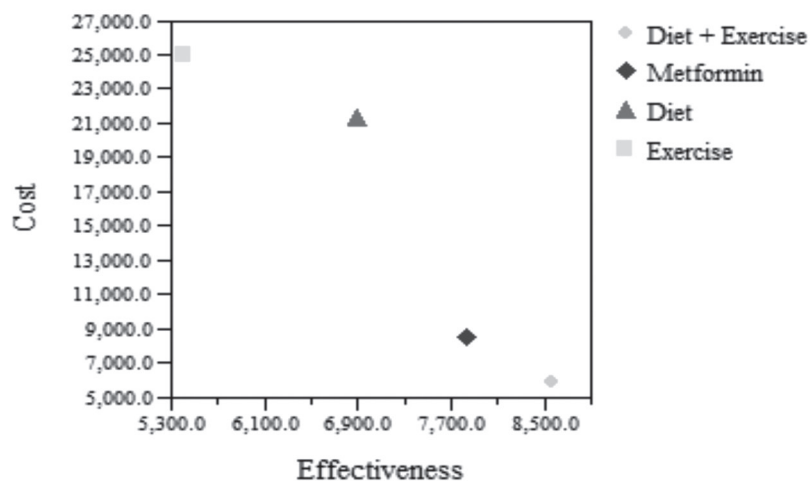
ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายของการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานด้วยมาตรการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหาร ให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย ให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย และการให้ยา metformin

Rank	node	value	marginal value
1	exercise	25,012.50	
2	diet	21,351.25	3,661.25
3	metformin	8,456.06	12,895.19
4	diet + exercise	5,872.46	2,583.59

การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้วยมาตรการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วย (life style modification) ด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหาร การให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย การให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย และการให้ยา metformin 850 mg วันละ 2 ครั้ง พบว่ามาตรการที่ cost effectiveness มากที่สุดคือ มาตรการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย กล่าวคือ การให้ความรู้ร่วมกับ

การควบคุมอาหารและออกกำลังกาย จะมีค่าใช้จ่ายคิดเป็นเงิน 5,872.5 ดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งป้องกันไม่ให้กลุ่มเสี่ยงเป็นเบาหวาน จำนวน 8,560 คน โดยที่จะป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้ป่วยเป็นเบาหวาน 1 คน จะมีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 0.69 ดอลลาร์สหรัฐ โดยมาตรการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหาร การให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย และการให้ยา metformin จะถูก dominated เนื่องจากมีมาตรการอื่นที่ดีกว่า ดังภาพที่ 3 และตารางที่ 5

Cost-Effectiveness Analysis At prediabetes



ภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบต้นทุนและประสิทธิผลที่ป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในแต่ละมาตรการ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ด้วยมาตรการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย ให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย และการให้ยา metformin

Strategy	cost	marg cost	eff	marg eff	c/e	marg c/e
diet + exercise	5,872.50		8,560.00		0.69	
Metformin	8,456.10	2,583.60	7,830.00	-730	1.08	(Dominated)
diet	21,351.30	15,478.80	6,900.00	-1,660.00	3.09	(Dominated)
exercise	25,012.50	19,140.00	5,400.00	-3,160.00	4.63	(Dominated)

ผลการวิเคราะห์ sensitivity analysis

การศึกษานี้ได้คัดเลือกตัวแปรที่จะวิเคราะห์ sensitivity analysis เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของมาตรการที่จะเกิดขึ้น กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปร โดยคัดเลือก 1 ตัวแปรคือ ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย (cDiex)

จากการวิเคราะห์โดยใช้ความน่าจะเป็นของต้นทุนในการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย (cDiex) ที่ 30,000-100,000 ดอลลาร์สหรัฐ พบว่า ต้นทุนในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) ที่ต่ำกว่า 72,000 ดอลลาร์สหรัฐ มาตรการที่ดีที่สุดคือ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงต้นทุนของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจาก 30,000 ดอลลาร์สหรัฐ เป็น 72,000 ดอลลาร์สหรัฐ ขึ้นไป มาตรการที่มีความคุ้มค่ามากที่สุดคือ การให้ยา metformin 850 mg วันละ 2 ครั้ง ดังตารางที่ 6

สรุป และอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness) ของมาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการให้ยา metformin โดยอาศัย decision tree analysis model ในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes) จำนวน 10,000 ราย และจากการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการให้มาตรการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่า มาตรการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (lifestyle modification) ด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย จะป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงได้มากที่สุดคือ 8,560 ราย การให้ยา metformin ป้องกันได้ 7,830 ราย การให้ความรู้และควบคุมอาหาร ป้องกันได้ 6,900 ราย ส่วนการให้ความรู้และการออกกำลังกาย ป้องกันได้ 5,400 ราย (ตารางที่ 5) สำหรับผลการวิเคราะห์ต้นทุนของมาตรการในกลุ่มที่ศึกษา พบว่า มาตรการให้ความรู้ร่วมกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย มีต้นทุนต่ำที่สุดคือ 5,872.46 ดอลลาร์สหรัฐ (ตารางที่ 6) จึงเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่าต่อประสิทธิผล (cost effective) สูงที่สุดเมื่อเทียบกับมาตรการอื่นไม่ว่าจะเป็นการให้ยา metformin หรือการควบคุมอาหาร หรือการออกกำลังกาย โดยเมื่อวิเคราะห์

ตารางที่ 6 การทำ sensitivity analysis โดยใช้ต้นทุนในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ในประชากรกลุ่มเสี่ยง (prediabetes)

cDiex	Strategy	cost	marg cost	eff	marg eff	c/e	marg c/e
30000	diet + exercise	4,320.00		8,560.00		0.5	
	Metformin	8,456.06		7,830.00		1.08	(dominated)
	diet	21,351.25		6,900.00		3.09	(dominated)
	exercise	25,012.50		5,400.00		4.63	(dominated)
44000	diet + exercise	6,336.00		8,560.00		0.74	
	metformin	8,456.06		7,830.00		1.08	(dominated)
	diet	21,351.25		6,900.00		3.09	(dominated)
	exercise	25,012.50		5,400.00		4.63	(dominated)
58000	diet + exercise	8,352.00		8,560.00		0.98	
	metformin	8,456.06		7,830.00		1.08	(dominated)
	diet	21,351.25		6,900.00		3.09	(dominated)
	exercise	25,012.50		5,400.00		4.63	(dominated)
72000	metformin	8,456.06		7,830.00		1.08	
	diet + exercise	10,368.00	1,911.94	8,560.00	730	1.21	2.62
	diet	21,351.25		6,900.00		3.09	(dominated)
	exercise	25,012.50		5,400.00		4.63	(dominated)
86000	metformin	8,456.06		7,830.00		1.08	
	diet + exercise	12,384.00	3,927.94	8,560.00	730	1.45	5.38
	diet	21,351.25		6,900.00		3.09	(dominated)
	exercise	25,012.50		5,400.00		4.63	(dominated)
100000	metformin	8,456.06		7,830.00		1.08	
	diet + exercise	14,400.00	5,943.94	8,560.00	730	1.68	8.14
	diet	21,351.25		6,900.00		3.09	(dominated)
	exercise	25,012.50		5,400.00		4.63	(dominated)

ความไว (sensitivity analysis) จะพบว่า มาตรการการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย จะยังเป็นมาตรการที่คุ้มทุนที่สุดเมื่อต้นทุนของมาตรการนี้ต่ำกว่า 72,000 ดอลลาร์สหรัฐ แต่ถ้าต้นทุนของมาตรการนี้สูงขึ้นตั้งแต่ 72,000 ดอลลาร์ขึ้นไป การให้ยา metformin จะเป็นมาตรการที่คุ้มทุนที่สุดในการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ DPP study⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต จะได้ผลดีกว่าการให้ยา metformin ในกลุ่มผู้สูงอายุและในคนที่มีค่า BMI น้อย ส่วนการให้ยา metformin จะได้ผลดีกว่าการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในกลุ่มที่อายุน้อย และมีค่า BMI ที่สูง และการศึกษาของ M. Y. Bertram⁽¹⁸⁾ ด้วยการประเมินต้นทุนประสิทธิผลของโปรแกรมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและติดตามการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในชาวออสเตรเลีย โดยเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายกับปีชีวิตที่ปรับด้วยความพิการ/ปีสุขภาวะ (DALY) พบว่า การควบคุมอาหารและออกกำลังกายให้ผลคุ้มค่ามากที่สุด

ผลการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลนำไปใช้ในประมาณการจัดสรรงบประมาณ และการพิจารณามาตรการที่เป็นทางเลือกที่คุ้มทุนที่สุด เพื่อจัดทำนโยบายหรือโครงการเพื่อลด หรือป้องกันการเกิดภาวะเบาหวาน ซึ่งเป็นภาระด้านงบประมาณ (18,22) แต่มีข้อจำกัดของการศึกษานี้ที่พึงระวังในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบาย คือ ค่าของตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ใน decision tree analysis model นี้ นำมาจากผลการศึกษาที่ต่างสถานที่ต่างเวลา และลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าคณะผู้วิจัยได้พยายามคัดเลือกการศึกษาที่มีระเบียบวิธีการวิจัยและการคัดกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันให้น้อยที่สุด อีกทั้งกรณีการให้ยา Metformin ซึ่งในปัจจุบันนี้มีการผลิตยาที่เป็น generic drug ทำให้ต้นทุนของการใช้ยาลดลงจนอาจถึงจุดที่ทำให้คุ้มทุนเมื่อเทียบกับมาตรการอื่นๆ ซึ่งการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลนี้อยู่ภายใต้บริบทหรือมุมมองด้านการสาธารณสุขของประชากรโดยรวม หากเป็นมุมมองราย

บุคคลแล้ว การให้ยา metformin อาจมีความจำเป็นในรายบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นเบาหวานจากประวัติเบาหวานในครอบครัว และ BMI ที่สูงมากอย่างชัดเจน ซึ่งนอกจากการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายแล้ว อาจพิจารณาให้ยา metformin ร่วมด้วยในระยะแรก⁽²³⁾

เนื่องด้วยบริบททางสังคม ลักษณะทางกายภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวาน รวมถึงพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของประชาชนชาวไทยมีความแตกต่างจากประชากรที่นำมาศึกษาในการวิจัยของต่างประเทศ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยต้นทุนประสิทธิผลอย่างเป็นระบบของมาตรการให้ความรู้ ร่วมกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ทั้งที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา metformin ในประเทศไทย เพื่อนำมาจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือโครงการป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง จะนำมาซึ่งการลดภาระงบประมาณของประเทศโดยรวมในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ ที่ให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับวิธีดำเนินการศึกษา การสืบค้นข้อมูล และการปรับค่าต้นทุน ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2004; 27(suppl1) : S5-S14.
2. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025. Diabetes care 1998; 21 : 1414-31.
3. Davies MJ, Tringham JR, Troughton J, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus: a review of the evidence and its application in a UK setting. Diabet Med 2004;21:403-14.

4. American Diabetes Association. Prevention or delay of type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2004 ; 27(suppl1) : S47-S54.
5. UK prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352: 837-53.
6. UK prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with Metformin on complications in overweight patients with type2 diabetes(UKPDS34). *Lancet* 1998;352:854-65.
7. Reichard P, Nilsson BY, Rosenqvist U. The effect of long-term intensified insulin treatment on the development of microvascular complications of diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993;329: 304-9.
8. Campbell RK, White JR. ASHP therapeutic position statement on strict glycemic control in patients with diabetes. *Am J Health-Syst Pharm* 2003;60:2357-62.
9. Unwin N, Shaw J, Zimmet P, et al. Impaired glucose tolerance and impaired fasting glycemia: the current status on definition and intervention. *Diabet Med* 2002;19:708-23.
10. Harris M, Flegal K, Cowie C, et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults: the third national health and nutrition examination survey, 1988-1994. *Diabetes Care* 1998;21:518-24.
11. Benjamin SM, Valdez R, Rolka DB, et al. Estimated number of adult with pre-diabetes in the U.S. in 2000. *Diabetes Care* 2003;26:645-49.
12. Pan X, Li G, Hu Y, et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. *Diabetes Care* 1997;20:537-44.
13. Eriksson K, Lindgarde F. Prevention of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise: the 6-year Malmo feasibility study. *Diabetologia* 1991;34:891-8.
14. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson J, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by change in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Eng J Med* 2001;344:1343-50.
15. Diabetes Prevention Programme research group : Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346:393-403.
16. A. Ramachandran, C. Snehalatha, S. Mary, B. Mukesh, A.D. Bhaskar, V. Vijay. The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1).*Diabetologia* (2006) 49 : 289-297.
17. William H. Herman, Thomas J. Hoerger, Michael Brandle, et al. The cost-effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. 1 March 2005, *Annals of Internal Medicine*; volume 142, number 5 : p 323-332. (www.annals.org)
18. M.Y. Bertram. S.S. Lim, J.J. Barendregt and T. Vos. Assessing the cost-effectiveness of drug and lifestyle intervention following opportunistic screening for pre-diabetes in primary care. *Diabetologia* (2010) 53 : 875-881.
19. Eastman RC, Javit JC, Herman WH, et al. Model of complication of NIDDM. II. Analysis of the health benefits and cost-effectiveness of treating NIDDM with the goal of normoglycemia.

- Diabetes Care. 1997 May ;20(5) :685-6.
20. Romesh Khardori, George T Griffing. Type 2 DM. <http://emedicine.medscape.com/article/117853:overview>.
21. The CDC Diabetes Cost-Effectiveness Group. Cost-effectiveness of intensive glycemic control, intensified hypertension control, and serum cholesterol level reduction for type 2 diabetes, JAMA 2002 ; 287 : 2542-2551.
22. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2007. Diabetes care , 2008 March vol.31 no.3 ; 596-615.
23. Patti Urbanski, Anne Wolf, William H. Herman. Cost-effectiveness Issues of Diabetes Prevention and treatment. Journal of the American Dietetic Association Volume 108, Issue 4, Supplement, Pages S6-S11, April 2008.

การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น Organizational Support Affecting The Performance of Committee Members of The Strong and Sustainable Disease and health hazard Prevention and Control District in Khon Kaen Province.

รัชนิกร กุญแจทอง ส.ม. (บริหารสาธารณสุขศาสตร์)*

Ratchaneekorn Koonjaetong M.P.M. (Public Health)

ชนะพล ศรีฤชา ปร.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)**

Chanaphol Sriruecha Ph.D. (Medical and Health Social Science.)

* สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

The office of DPC6, Khon Kaen province.

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The faculty of Public Health, khon Kaen University.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนจากองค์กรที่มีต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น จำนวนประชากร 784 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ และสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเพื่อสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.93 และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 – 31 มีนาคม 2555 แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 39.28 ปี (S.D. = 7.83) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 75.00 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 76 รายได้เฉลี่ย 23,427.87 บาท (S.D. = 7,977.69) ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคเฉลี่ย 14.09 ปี (ค่ามัธยฐาน = 15 ปี, ต่ำสุด 2 ปี, สูงสุด 38 ปี) การสนับสนุนจากองค์กรในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.76 (S.D. = 0.73) ผลการปฏิบัติงาน พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.91 (S.D. = 0.76) การสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านบุคลากร สามารถร่วมพหุคูณผลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการฯ ได้ร้อยละ 64.90 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่พบส่วนใหญ่คือด้านงบประมาณ ซึ่งควรมีการบริหารจัดการงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ ด้านบุคลากรควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่าควรมีการวางแผนการจัดการ ดูแล บำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์ให้เหมาะสม

คำสำคัญ: อำเภอกควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน การสนับสนุนจากองค์กร

Abstract

This research was based on cross-sectional descriptive study. The objective was to investigate the organizational support affecting the performance of committee members of The Strong and Sustainable Disease and health hazard Prevention and Control District in Khon Kaen Province. The population was 784 of Committee Members of The Strong and Sustainable Disease and health hazard Prevention and Control District. The samples were 100 members. The data were collected by using questionnaires, and in-dept interview. The study found that the factors that could significantly predict the high performance were man and materials at the level 64.90 %. The results also showed that the organizational support was at the high level, the average was 3.76 (S.D. = 0.73) which was related to the high performance (mean = 3.91, S.D. = 0.76). The problem and obstacle with regard to the performance was the organizational budget, suggestion should be efficient budgetary management, man suggestion should be development disease surveillance prevention and control and material problems suggestion should be suitably material management.

Key Words: The Strong and Sustainable Disease Prevention and Control, Organizational support

บทนำ

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมด้านโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อ โรคจากพฤติกรรมสุขภาพ การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งภัยธรรมชาติที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จากการจัดอันดับโรคที่เป็นปัญหาของประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทยโดยใช้เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Disease) วัดปีสุขภาวะและปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years; DALYs) จากโรคและการบาดเจ็บของประชากร เพื่อสะท้อนและเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพทั้งการป่วย พิการ และตาย โดยจากการศึกษาในปี พ.ศ. 2542 - 2547 พบว่า DALYs ในกลุ่มโรคติดต้อมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ DALYs ในกลุ่มโรคไม่ติดต้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2547 พบว่าประชาชนไทยมีความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งสิ้น 9.9 ล้าน/ปี และเมื่อจำแนกรายกลุ่มโรค พบว่าเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต้อมีร้อยละ 65 กลุ่มโรคติดต้อมีร้อยละ 21 และกลุ่มการบาดเจ็บร้อยละ 14 โดยโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของเพศชายและเพศหญิงได้แก่ เอชไอวีและเอดส์ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน⁽¹⁾ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมีทั้งโรคติดต่อและโรค

ไม่ติดต่อ ซึ่งแม้ว่าประเทศไทยจะมีปัญหาโรคติดต่อน้อยลงแต่แนวโน้มของปัญหาก็เปลี่ยนไป ทวีความรุนแรงและเกิดปัญหาซับซ้อนยิ่งขึ้น นอกจากนี้แล้วปัญหาโรคไม่ติดต้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในอนาคต โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการป้องกันควบคุมโรคเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข โดยเริ่มต้นจากระดับชุมชน หมู่บ้าน ประชาชน ระดับตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอและจังหวัดโดยหน่วยราชการส่วนภูมิภาค การสร้างความเข้มแข็งในระดับหมู่บ้าน ตำบลเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่นำไปสู่ความยั่งยืนในการป้องกันควบคุมโรค โดยจังหวัดเป็นระดับที่สนับสนุนอำเภอ ส่วนอำเภอเป็นระดับสนับสนุนท้องถิ่นต่อไป⁽²⁾

โครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนเป็นแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ที่กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคกำหนดขึ้นเพื่อสนับสนุน ผลักดันความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับจังหวัดให้เกิดระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ทันสถานการณ์และให้มีการดำเนินงานโดยคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอในการดำเนินงานขับเคลื่อน

งานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน มีหน้าที่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพและกำหนดแนวทางแก้ไขรวมทั้งมอบหมายผู้รับผิดชอบดำเนินงาน 2) จัดทำแผนงานโครงการ วางแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคให้เกิดประสิทธิภาพและต่อเนื่องตลอดเวลา 3) เผยแพร่ผลการวิเคราะห์ให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายรับทราบ 4) เฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน และควบคุมโรค 5) ดำเนินการประชุมคณะกรรมการและรายงานการประชุมอย่างสม่ำเสมอ 6) สนับสนุนด้านวิชาการและด้านบุคลากรในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค 7) จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ เคมีภัณฑ์ที่จำเป็นในการควบคุมป้องกันโรคให้พร้อมตลอดเวลา 8) สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคอย่างถูกต้องและทั่วถึง 9) เป็นผู้ประสานในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค 10) ติดตามผลการดำเนินงานตลอดจนปัญหาอุปสรรค การดำเนินงาน การดำเนินงานตามนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจะประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้นมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ตามแนวคิดของเซอร์เมอร์ธอร์น และคณะ⁽³⁾ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล (Individual Attributes) ร่วมกับความพยายามในการทำงาน (Work Effort) และการสนับสนุนจากองค์กร (Organizational Support) ซึ่งประกอบด้วยทรัพยากรที่เป็นปัจจัยสำคัญของการจัดการอยู่ 4 ประการ ได้แก่ บุคคล (Man) งบประมาณหรือเงิน (Money) เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ ทั้งด้านการปฏิบัติงานและใช้สนับสนุนการปฏิบัติงาน (Material) และการบริหารจัดการ (Management)⁽⁴⁾

งานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเป็นหลัก ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้และเป็นแนวทางในการให้การสนับสนุนการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้ม

แข็งแบบยั่งยืนของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การสนับสนุนจากองค์กร (Organizational Support) หมายถึง องค์ประกอบที่มีส่วนสนับสนุนการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ

คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง คณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มาจากบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีคำสั่งแต่งตั้งจากนายอำเภอ ปีงบประมาณ 2554

การปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง งานตามบทบาทหน้าที่ที่คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอต้องปฏิบัติ เพื่อขับเคลื่อนให้เป็นอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ได้แก่ ดำเนินการประชุมคณะกรรมการเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพ กำหนดแนวทางแก้ไขรวมทั้งมอบหมายผู้รับผิดชอบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค จัดระบบระบาดวิทยาของอำเภอ สนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการ วางแผนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ดำเนินการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน

อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน หมายถึง อำเภอที่มีการดำเนินงานครอบคลุมตามคุณลักษณะที่กำหนด 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ด้านการมีระบบระบาดวิทยาในระดับอำเภอ ด้านการวางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ด้านการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุน

งบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม และด้านผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเป็นปัญหาในพื้นที่อย่างน้อยประเด็นละ 1 เรื่อง⁽⁵⁾

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนจากองค์การที่มีต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2554 จำนวน 784 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของจังหวัดขอนแก่น จำนวน 100 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุ⁽⁶⁾ กลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกเลือกจากสาธารณสุขอำเภอหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 2 ชุด

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนจากองค์การ ได้แก่

ด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และด้านการบริหาร มีเกณฑ์การวัดเป็น 5 ระดับ⁽⁷⁾

ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00

ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49

ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49

ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49

ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น มีเกณฑ์การวัดเป็น 5 ระดับ เช่นเดียวกับส่วนที่ 2

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น เป็นคำถามปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) มีทั้งหมด 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจังหวัดขอนแก่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 – 31 มีนาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ใช้อธิบายคุณลักษณะทั่วไป ส่วนสถิติ Simple Linear Regression Analysis ใช้หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis ใช้หาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัย

สุขภาพ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 39.28 ปี (S.D. = 7.83) ต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 57 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 75.00 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 76.00 รายได้เฉลี่ย 23,427.87 บาท (S.D. = 7,977.69) ต่ำสุด 10,000.00 บาท สูงสุด 40,000.00 บาท ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคเฉลี่ย 14.09 ปี (ค่ามัธยฐาน = 15.00 ปี, ต่ำสุด 2.00 ปี, สูงสุด 38.00 ปี) ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 71.00

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.75 (S.D. = 0.73)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากทุกด้าน และด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D. = 0.68) รองลงมาคือด้านบุคลากร มีค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D. = 0.67) ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D. = 0.71) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านงบประมาณ มีค่าเฉลี่ย 3.64 (S.D. = 0.75) ดังตารางที่ 1

3. ระดับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D. = 0.64) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากทุกด้าน และด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านระบบระบาดวิทยาในระดับอำเภอ มีค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D. = 0.74) รองลงมาคือด้านการมีผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเป็นปัญหาพื้นที่ มีค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D. = 0.68) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม มีค่าเฉลี่ย 3.77 (S.D. = 0.72) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการสนับสนุนจากองค์การในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น จำแนกรายด้าน

การสนับสนุนจากองค์การ	Mean (S.D.)	การแปลผล
1. ด้านบุคลากร	3.79 (S.D. = 0.67)	มาก
2. ด้านงบประมาณ	3.64 (S.D. = 0.75)	มาก
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.67 (S.D. = 0.71)	มาก
4. ด้านการบริหารจัดการ	3.86 (S.D. = 0.68)	มาก
รวม	3.75 (S.D. = 0.73)	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น จำแนกตามคุณลักษณะทั้ง 5 ด้าน

การปฏิบัติงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน	Mean (S.D.)	การแปลผล
1. ด้านคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	3.80 (S.D. = 0.71)	มาก
2. ด้านระบบระบาดวิทยาในระดับอำเภอ	4.08 (S.D. = 0.74)	มาก
3. ด้านคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	3.80 (S.D. = 0.71)	มาก
4. ด้านระบบระบาดวิทยาในระดับอำเภอ	4.08 (S.D. = 0.74)	มาก
5. ด้านการวางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	3.98 (S.D. = 0.72)	มาก
6. ด้านการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม	3.77 (S.D. = 0.72)	มาก
7. ด้านการมีผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและเป็นปัญหาพื้นที่	4.06 (S.D. = 0.68)	มาก
รวม	3.93 (S.D. = 0.64)	มาก

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.238$, $p\text{-value} = 0.017$) ส่วนอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ตำแหน่ง บทบาทของคณะกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้ง ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

การสนับสนุนจากองค์การ พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.812$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านของการสนับสนุนจากองค์การ พบว่า ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านการบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = 0.745$, $r = 0.754$, $r = 0.769$, $r = 0.732$, $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพและถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เรียงลำดับดังนี้ การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านบุคลากร ($p\text{-value} < 0.001$) ตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่ามีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัว ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านบุคลากร สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 64.90 (ตารางที่ 3) และได้สมการถดถอยพหุเชิงเส้นตรง ซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = 1.046 + (0.423)(\text{การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์}) + (0.353)(\text{การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร})$$

จากสมการทำนายสามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานได้แก่การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร

ตารางที่ 3 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B (95%CI)	Beta	p-value	R ²
1. การสนับสนุนจากองค์การ ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.423 (0.258, 0.587)	0.480	< 0.001	0.649
2. การสนับสนุนจากองค์การ ด้านบุคลากร	0.353 (0.178, 0.528)	0.376	< 0.001	

ค่าคงที่ = 1.046, F = 89.555, R²_{adjust} = 0.641

โดยปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ส่งผลต่อคะแนนของการปฏิบัติงานของ คณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพเพิ่มขึ้น 0.423 หน่วยและเมื่อควบคุมอิทธิพล ตัวแปรการสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ ปัจจัย ด้านการสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากรเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ส่งผลต่อคะแนนการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเพิ่มขึ้น 0.353 หน่วย

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน ของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่พบ ส่วนใหญ่คือด้านงบประมาณร้อยละ 72.72 ข้อเสนอแนะ คือควรมีการบริหารจัดการงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ ด้านบุคลากรร้อยละ 63.63 ข้อเสนอแนะคือควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุม โรค และด้านวัสดุอุปกรณ์ร้อยละ 45.45 ข้อเสนอแนะคือ ควรมีการวางแผนการจัดการ ดูแล บำรุงรักษาวัสดุ อุปกรณ์ให้เหมาะสม

อภิปรายผล

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.238$, $p\text{-value} =$

0.017) โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศชายสามารถ ปฏิบัติได้ดีกว่าเพศหญิง ทั้งนี้โดยทั่วไปแล้วแต่ละเพศ จะมีความแตกต่างกันของลักษณะนิสัยและความถนัด ในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการฯ เป็นการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพ ระดับอำเภอที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและ ทันสถานการณ์ บางครั้งอาจมีความเสี่ยงทั้งด้านสถานที่ เวลา ต้องอาศัยความคล่องตัว การตัดสินใจที่รวดเร็วใน ภาวะคับขัน ดังนั้นอาจเป็นผลให้เพศมีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ซึ่ง จากผลการศึกษาถึงแม้เพศจะมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ แต่หากมีทรัพยากรที่เพียงพอก็เป็นปัจจัยเสริมช่วยให้ การปฏิบัติงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ดำเนินงานได้ดีขึ้น ดังนั้นควรพิจารณาคุณลักษณะด้าน เพศด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุรัตน์ ธงภักดิ์⁽⁸⁾ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนิน งานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดชัยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ อาคม ปัญญาแก้ว⁽⁹⁾ ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับ สมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนามัย เขตโซนเหนือ จังหวัดขอนแก่น ($p\text{-value} = 0.671$) การ ศึกษาของ สุกัญญา มีกำลัง⁽¹⁰⁾ พบว่า เพศไม่มีความ สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพ ชุมชนด้านการประเมินผลของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน

จังหวัดเพชรบูรณ์ ($r = -0.57$, $p\text{-value} = 0.671$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สิทธิพร นามมา⁽¹¹⁾ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น ($r = 0.059$, $p\text{-value} = 0.498$)

การสนับสนุนจากองค์การ พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.812$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่าด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.745$, 0.754 , 0.769 , และ 0.732 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิพร นามมา⁽¹¹⁾ พบว่าภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.763$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการบริหารงานพัสดุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดหนองคาย ($r = 0.731$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนการสนับสนุนด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านการบริหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการบริหารงานพัสดุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดหนองคาย ($p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.678$, 0.610 และ 0.708 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพบว่า ปัจจัยด้านงบประมาณ ด้านการบริหารและด้านบุคลากรสามารถทำนายการบริหารงานพัสดุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดหนองคายคิดเป็นร้อยละ 53.4, 58.7 และ 61.2 เช่นเดียวกับการศึกษาของ พชรพร ครอง ยุทธ⁽¹²⁾ พบว่าในภาพรวมการสนับสนุนองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอจังหวัดขอนแก่น ($r = 0.837$, $p\text{-value} < 0.001$)

เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.721$, 0.756 และ 0.813 ตามลำดับ) แต่แตกต่างจากการวิจัยของดาวรุ่ง ดอนสมจิตร⁽¹³⁾ ซึ่งพบว่า ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากองค์การในการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.37 (S.D. = 0.49) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทองหล่อ เดชไทย⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่าความสำเร็จของการบริหารเกือบทุกประเภทจำเป็นต้องอาศัยกำลังคน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการ เป็นองค์ประกอบสำคัญจึงจะทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยหากองค์การให้การสนับสนุนปัจจัยพื้นฐานทั้ง 4 ประการอย่างสมบูรณ์และมีคุณภาพสามารถแล้วเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานได้

สรุปและวิจารณ์

การพยากรณ์การปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น มีตัวแปรอิสระในสมการ 2 ตัวแปร คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุ อุปกรณ์ และการสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการฯ โดยตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่นได้ร้อยละ 64.90 แม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ และด้านการบริหารจัดการ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น แต่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ดังนั้นหากต้องการให้ผลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการฯ ดียิ่งขึ้นและมีทรัพยากรที่เพียงพอผู้บริหารระดับอำเภอและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและการบริหาร

จัดการด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของทองหล่อ เดชไทย⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่าความสำเร็จของการดำเนินงาน จำเป็นต้องอาศัยกำลังคน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการ เป็นองค์ประกอบสำคัญจึงจะทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ ควรให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และบุคลากรในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการฯ อย่างเพียงพอและตรงกับความต้องการ

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาบุคลากรให้มีองค์ความรู้ที่ครอบคลุมทั้งด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค การเขียนรายงานการสอบสวนโรคที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ รวมทั้งพิจารณาการจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงานที่ต้องปฏิบัติ

3. คณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ควรมีการดำเนินงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรเพิ่มการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่นเพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน และสามารถแก้ปัญหาในพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระหว่างพื้นที่ที่ผ่านการประเมินรับรองและไม่ผ่านการประเมินรับรอง

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เช่น บรรยากาศองค์กร การรับรู้บทบาท ปัจจัยและกระบวนการบริหาร การประสานงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้ตลอดหลักสูตร ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น และคุณพวงกาญจน์ โคตมะ ที่ให้ความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ คุณแพรวพรรณ ภูริบัญชา คุณกังสดาล สุวรรณรงค์ และคุณกรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
2. กรมควบคุมโรค กองแผนงาน. ทิศทางและกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรคประจำปีงบประมาณ 2554. กรุงเทพฯ: นานาอักษรการพิมพ์; 2554.
3. Schermerhorn R, Hunt G, Osborn N. Organization Behavior. New York: John-Wiley&Sons; 2003.
4. ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2545.
5. กรมควบคุมโรค กองแผนงานและสำนักจัดการความรู้. คู่มือประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
6. ศิริชัย กาญจนวาสี. หน้าที่ 13 การวิเคราะห์หัตถ์แปรพหุ. เอกสารการสอนชุดวิชาระเบียบวิธีทางสถิติ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2545.
7. สำเริง จันทรสวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และ

- สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
8. สุรัตน์ ธงภักดี. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานโครงการเมืองไทยแข็งแรงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดชัยภูมิ.[รายงานการศึกษาระดับปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
 9. อาคม ปัญญาแก้ว. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารองค์การที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยเขตโซนเหนือ จังหวัดขอนแก่น.[รายงานการศึกษาระดับปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
 10. สุกัญญา มีกำลัง. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการประเมินผลของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดเพชรบูรณ์.[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
 11. ลิทธิพร นามมา. การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น.[รายงานการศึกษาระดับปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
 12. พชรพร ครองยุทธ. แรงจูงใจและการสนับสนุนขององค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัดขอนแก่น.[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
 13. ดาวรุ่ง ดอนสมจิตร. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์.[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.

การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ปี 2554

Iodine deficiency prevention in pregnant women, Namsom District,
Udonthani Province, 2011

ปราโมทย์ มาตย์สุริย์ ส.บ.

Pramot Martsuri B.P.H.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

Namsom District Health Office, Udonthani

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional descriptive study) กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการของอำเภอน้ำโสม ที่ได้มาโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) จำนวน 108 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 22 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2554 โดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายคุณลักษณะของประชากร ความรู้ การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 25.34 ปี (S.D. = 6.76) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 61.10 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 38.90 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 11,976.85 บาท (S.D. = 8,526.31) ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 10.03 สัปดาห์ (S.D. = 4.59) จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์เฉลี่ย 5.83 (S.D. = 2.98) และเป็นการตั้งครรภ์ไม่เกิน 2 ครั้งร้อยละ 81.40 ทั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนโดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 58.30 และ 56.48 และ 3 ใน 4 มีการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้การรับรู้รายด้านคือ ผลของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค คิดเป็นร้อยละ 91.67, 54.63 และ 51.85 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีการรับรู้ในระดับต่ำ คือ อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค และข้อมูลข่าวสารโรคขาดสารไอโอดีนคิดเป็นร้อยละ 74.07 และ 55.56 ผลการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงการปฏิบัติตนและความเชื่อเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน ของหญิงตั้งครรภ์อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ดังนั้นควรส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อหลัก เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านให้มากขึ้น เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดความเชื่อที่ผิด ๆ อันจะทำให้ลดการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ได้

คำสำคัญ: การป้องกัน ขาดสารไอโอดีน หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This cross sectional research aimed to identify the pregnant women's preventive behaviors in iodine deficiency; Namsom District, Udonthani Province. The 108 of pregnant women as the respondents were selected by systematic random sampling to interview with the questionnaire constructed by the researcher which the validity and the reliability were accepted (coefficient alpha of Cronbach = 0.86). Descriptive statistics were used to describe demographic characteristics, knowledge, health belief, perception of information and the preventive behaviors in iodine consuming.

The results were shown that: average age was 25.34 years old (S.D. = 6.76), 61.10 % were farmers and 38.90% finished secondary school. Their average income was 11,976.85 baths/month (S.D. = 8,526.31). The average gestational age at the first prenatal care was 10.03 weeks (S.D. = 4.59) and average numbers of prenatal care of 5.83 times (S.D. = 2.98). Moreover, 81.40 % of them have been pregnant less than 2 times. Additionally, it was found that the percentage of knowledge and preventive behaviors at high level were 58.30 and 56.48. More than three-fourth had moderate level of overall health belief in the issues. Furthermore; the percentage perceived at high levels; benefits of prevention, severity of the disease and risks of getting the disease were 91.67, 54.63 and 51.85 respectively. However, the percentage at the low level of perception; obstacles of preventive behaviors and received information on iodine deficiency were 74.07 and 55.56.

From results, revealed the pregnant women's practices and beliefs in order to prevent iodine deficiency at Namsom District, Udonthani Province. Additionally, it can be promoted the pregnant women to receive the required iodine suitably by giving the knowledge through main Medias; televisions, newspapers, village health volunteers and broadcasting towers in each village, additionally to promote their good understandings and to decrease false beliefs so as to decrease iodine deficiency in the pregnant women well.

Keywords: Prevention, Iodine deficiency, Pregnant

บทนำ

สารไอโอดีนเป็นส่วนประกอบหลักที่สำคัญของ ฮอร์โมนไทรอยด์ที่มีหน้าที่ควบคุมปฏิกิริยาเคมี ใน การทำงานของอวัยวะที่สำคัญ กระตุ้นให้เกิดการเจริญ เติบโตและพัฒนาการอย่างปกติ⁽¹⁾ การขาดสารไอโอดีน ส่งผลอย่างยิ่งต่อพัฒนาการทางด้านสมอง สติปัญญา การ เจริญเติบโตของร่างกาย รวมถึงความพิการแต่กำเนิดได้ การขาดสารไอโอดีนอย่างรุนแรง อาจทำให้สมองถูก ทำลายอย่างถาวร ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ ของเด็กต่ำลง ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตในวัยหนุ่มสาวลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ และการชะลอตัวในการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของ ประเทศ⁽²⁾

หญิงตั้งครรภ์เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยง ต่อการขาดสารไอโอดีน เพราะการตั้งครรภ์เป็นภาวะ วิฤตช่วงหนึ่งของชีวิต เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหลาย ด้านทั้งร่างกายและจิตใจ โภชนาการที่ด้อยและถูกหลัก วิชาการเป็นสิ่งจำเป็นมาก การขาดสารอาหารที่สำคัญ เพียงชนิดเดียวในระหว่างการตั้งครรภ์อาจทำให้เกิด ปัญหาต่าง ๆ ต่อทารกในครรภ์ ซึ่งอาจเกิดผลกระทบไป จนถึงวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ได้⁽³⁾ โดยเฉพาะการขาดสาร ไอโอดีน โดยทั่วไปผู้ใหญ่มีความต้องการสารไอโอดีน ประมาณ 100 – 150 ไมโครกรัมต่อวัน ขณะที่หญิงตั้ง ครรภ์มีความต้องการมากกว่า 175 ไมโครกรัมต่อวัน⁽⁴⁾ การขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์จะก่อให้เกิดการแท้ง บุตร หรือคลอดออกมาแล้วเสียชีวิต อีกทั้งทำให้ทารกเกิด

มามีความพิการมาแต่กำเนิด มีสติปัญญาต่ำ หูหนวก เป็น ไ้แขนขากระดูก ตาเหล่ เดินทำทางผิดปกติ การทำงานของกล้ามเนื้อไม่ประสานกันและการเจริญเติบโตของร่างกายช้ากว่าปกติ⁽⁵⁾

จากการประเมินสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของประเทศไทย โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พ.ศ. 2546 - 2552 พบว่า ประชาชนไทยเกือบทุกจังหวัด มีภาวะการขาดสารไอโอดีนตลอดมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽⁶⁾ นอกจากนี้จากการศึกษาการได้รับสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด จังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2548-2552 ก็พบคล้ายคลึงกันว่าเกือบ 1 ใน 3 มีภาวะขาดสารไอโอดีนทุกปี⁽⁷⁾ อำเภอน้ำโสม เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดอุดรธานีที่ประชาชนประสบปัญหาการขาดสารไอโอดีนมากที่สุด ผลการสุ่มตรวจปัสสาวะในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา เพื่อหาปริมาณสารไอโอดีนในปัสสาวะพบ urine iodine (UI) > 100 µg/l ร้อยละ 48 และในหญิงตั้งครรภ์ตรวจปัสสาวะพบ urine iodine (UI) > 100 µg/l ร้อยละ 44.7 (ค่ามาตรฐาน คือ มากกว่าร้อยละ 50) และผลการสำรวจยังพบจำนวนครัวเรือนไม่ถึงครึ่งที่มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนได้ตามเกณฑ์⁽⁸⁾

ผู้วิจัยร่วมกับทีมนักวิชาการของอำเภอน้ำโสมได้ทำการศึกษา ข้อเท็จจริงในเรื่องการรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติ⁽⁹⁾ เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์และสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการบริหารงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ โดยเฉพาะการวางแผนที่ยึดสภาพปัญหาของพื้นที่ (Area base) เป็นสำคัญและเป็นปัญหาเรื้อรังให้ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ด้านความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม

วิธีการศึกษา

การศึกษาดังนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Study) โดยมีประชากรเป็น หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 2 และ 3 ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเครือข่ายสุขภาพ อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 9 แห่งและโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 1 แห่งระหว่างวันที่ 22 กุมภาพันธ์ ถึง 20 มีนาคม 2554 จำนวน 153 คน⁽¹⁰⁾ โดยใช้สูตรประมาณขนาดตัวอย่าง ของพิพัฒน์ ลักษณะมีจรัสกุล⁽¹¹⁾ ดังนี้

$$N = \frac{Z^2_{\alpha/2} p q n}{Z^2_{\alpha/2} p q + n d^2}$$

$$\text{แทนค่า} = \frac{(1.96)^2 \times 0.6 \times 0.4 \times 153}{(1.96)^2 \times 0.6 \times 0.4 + 153 \times 0.05^2} = 108.009$$

เมื่อ

N = จำนวนขนาดตัวอย่าง

Z = 1.96 เมื่อ $\alpha_2 = 0.025$

p = สัดส่วนการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดอุดรธานี (2553) = 0.619
ปรับเป็น 0.6

q = สัดส่วนการไม่บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดอุดรธานี (2553) = 0.381
ปรับเป็น 0.4

n = หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 153 คน

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05

ดังนั้น จำนวนตัวอย่างทั้งหมดจึงเท่ากับ 108 คน

จากนั้นหาตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) นำรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ทั้งหมดมาเรียงลำดับตามรายชื่อสถานบริการตามรหัสสถานบริการ หาช่วงของการเลือกตัวอย่างแล้วสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้น (Random start = r) จากนั้นเลือกตัวอย่างในลำดับถัดไปโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบต่อเนื่องจากตำแหน่งเริ่มต้นไปเรื่อย ๆ จนได้ขนาดตัวอย่างครบตามต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวตามกรอบแนวคิด แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรค มาตรการไอโอทีน ชนิดเลือกตอบแบบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 3-5 เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)⁽¹²⁾ ให้เลือกตอบ 5 ระดับ ซึ่งส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรค จำนวนด้านละ 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารโรค มาตรการไอโอทีน ประกอบด้วย สื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ และสื่อมวลชน จำนวน 8 ข้อ และส่วนที่ 5 การปฏิบัติตนในการป้องกันโรค มาตรการไอโอทีนจำนวน 10 ข้อ แปลผลโดยรวม 3 ระดับ (สูง ปานกลาง ต่ำ) โดยวิธีการกำหนดเกณฑ์ตามช่วงคะแนน⁽¹³⁾ กล่าวคือ ระดับสูง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60-79 และ ระดับต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้เชี่ยวชาญพิจารณาทั้งหมดแล้ว นำแบบสัมภาษณ์ที่

ใช้ในการทดลองมาหาความเที่ยงแบบความคงที่ภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Coefficient Alpha)⁽¹⁴⁾ เท่ากับ 0.86

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรค มาตรการไอโอทีน แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค มาตรการไอโอทีนของหญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 25.34 ปี (S.D. = 6.76) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.10 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.90 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 11,976.85 บาท (S.D. 8,526.31) ผ่าครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 10.03 สัปดาห์ (S.D. = 4.59) จำนวนครั้งที่มาผ่าครรภ์เฉลี่ย 5.83 (S.D. = 2.98) และเป็นการตั้งครรภ์ไม่เกิน 2 ครั้งถึงร้อยละ 81.40

ส่วนความรู้โรค มาตรการไอโอทีน พบว่า โดยรวมหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.30 และ 35.20 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เรื่องโรค มาตรการไอโอทีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี (n = 108)

	ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	(ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	63	58.30
ระดับปานกลาง	(ร้อยละ 60 -79)	38	35.20
ระดับต่ำ	(น้อยกว่า ร้อยละ 60)	7	6.50
Mean = 7.53 (S.D.= 1.27), Min = 3, Max = 9			

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ตอบถูกมากที่สุด คือ อาหารที่มีสารไอโอดีนมากที่สุด ได้แก่ อาหารทะเล เช่น ปู ปลา ร้อยละ 98.10 รองลงมาคือ วิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ได้แก่ การกินอาหารทะเลหรือเกลือเสริมสารไอโอดีนเป็นประจำ ร้อยละ 97.50 และประโยชน์ของสารไอโอดีน ได้แก่ การทำให้ระบบสมองและระบบประสาทเจริญเติบโตตามปกติ ร้อยละ 95.40 ส่วนที่มีตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ สารไอโอดีนคือธาตุเคมีชนิดหนึ่งที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย ร้อยละ 51.90 การบริโภคอาหารที่ทำให้ร่างกายได้รับสารไอโอดีนน้อยลง ได้แก่ การบริโภคผักสด จำพวกกะหล่ำปลี ผักคะน้า หัวผักกาด ร้อยละ 56.50 และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีนมากที่สุด คือ หญิงตั้งครรภ์และระยะให้นมบุตร ร้อยละ 77.80

ทั้งนี้ด้านการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.70 และ 21.30 (ตารางที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน 4 ด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 51.85 และ 47.22 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากที่สุด จากมากไปหาน้อย คือ ถ้าไม่ได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอจะทำให้เสี่ยงต่อโรคขาดสารไอโอดีนซึ่งจะส่งผลเสียต่อบุตรในครรภ์ได้ รองลงมาคือ ถ้าร่างกายขาดหรือได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดโรคคอพอก คิดเป็นร้อยละ 81.50 และ 61.10 และข้อที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนน้อยถึงน้อยที่สุด จากมากไปหาน้อย คือ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารไอโอดีน/คอพอกเพราะบ้านอยู่ห่างไกลทะเล ในหมู่บ้านน่าจะมีปริมาณไอโอดีนในดินและน้ำน้อยกว่าหมู่บ้านริมทะเล และหากหญิงตั้งครรภ์รับประทานผักกะหล่ำปลี คะน้าดิบเป็นประจำจะทำให้เป็นโรคคอพอกได้ คิดเป็นร้อยละ 45.40, 14.80 และ 13.00 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี (n = 108)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้สูง (160-200 คะแนน)	56	51.85
ระดับการรับรู้ปานกลาง (120-159 คะแนน)	51	47.22
ระดับการรับรู้ต่ำ (1-119 คะแนน)	1	0.93
Mean = 150.68 (S.D. = 11.92), Min = 130, Max = 187		

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี (n = 108)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค	ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง				
	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)	น้อยที่สุด n (%)
1. ถ้าไม่ได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอ จะส่งผลเสียต่อบุตรในครรภ์ได้	88 (81.50)	16 (14.80)	4 (3.70)	0 (0)	0 (0)
2. ถ้าร่างกายขาดสารไอโอดีนจะทำให้เกิดโรคคอปอก	66 (61.10)	23 (21.30)	17 (15.70)	2 (1.90)	0 (0)
3. หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่ากลุ่มอื่น	65 (60.30)	24 (22.20)	14 (13.00)	4 (4.60)	1 (0.90)
4. ครอบครัวที่ไม่ใช้เกลือ/น้ำเสริมไอโอดีนเป็นประจำมีโอกาสเป็นคอปอกมากกว่าที่ใช้	54 (50.00)	39 (36.10)	13 (12.00)	1 (0.90)	1 (0.90)
5. คนที่รักษาโรคคอปอกหายแล้วก็อาจจะกลับมาเป็นโรคได้ถ้าไม่ได้รับไอโอดีนเพียงพอ	48 (44.40)	37 (34.30)	22 (20.40)	1 (0.90)	0 (0)
6. คนที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงก็มีโอกาสเป็นโรคได้ถ้าขาดไอโอดีน	34 (31.50)	50 (46.30)	16 (14.80)	6 (5.60)	2 (1.90)
7. หญิงตั้งครรภ์ ถ้าไม่ได้รับประทานยาเม็ดวิตามินเสริมสารไอโอดีนเป็นประจำมีโอกาสเป็นโรคขาดสารไอโอดีน/คอปอก	42 (38.90)	33 (30.60)	26 (24.10)	4 (3.70)	3 (2.80)
8. หากหญิงตั้งครรภ์รับประทานผักกะหล่ำปลี คื่นช่ายดิบเป็นประจำจะทำให้เป็นโรคคอปอกได้	41 (38.00)	25 (23.10)	28 (25.90)	7 (6.50)	7 (6.50)
9. ในหมู่บ้านน่าจะมีปริมาณไอโอดีนในดินและน้ำน้อยกว่าบ้านริมทะเล	35 (32.40)	24 (22.20)	33 (30.60)	9 (8.30)	7 (6.50)
10. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารไอโอดีน/คอปอกเพราะอยู่ห่างไกลทะเล	10 (9.30)	21 (19.40)	28 (25.90)	20 (18.50)	29 (26.90)

ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์โดยรวม อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 54.63 และ 43.52 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ความ

รุนแรงของการเกิดโรคมากถึงมากที่สุด คือ เด็กที่เกิดจากแม่ขาดสารไอโอดีนในขณะตั้งครรภ์อาจจะทำให้เป็นปัญญาอ่อนหรือเป็นโรคเอ๋อได้ ร้อยละ 95.40 รองลงมา คือ ความพิการที่เกิดจากการขาดสารไอโอดีนในขณะ

ตั้งครรภ์ ร้อยละ 87.90 และข้อที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค น้อยถึงน้อยที่สุดคือ ขาดสารไอโอดีนขณะตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดการแท้งลูกได้ง่ายร้อยละ 26.90 รองลงมา คือหญิงวัยเจริญพันธุ์ถ้าขาดสารไอโอดีนนาน ๆ จะทำให้มีโอกาสมีลูกยากหรือเป็นหมันได้ร้อยละ

24.10 เด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ขาดไอโอดีนทำให้คิดเชิงซ้ำ เชื่องซึมและเป็นคอพอกร้อยละ 9.30 และขณะตั้งครรภ์แม่เป็นคอพอกจะทำให้เด็กเกิดมาปัญญาอ่อน หรือตายได้ร้อยละ 8.40 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี (n = 108)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	ระดับการรับรู้ความรุนแรง				
	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)	น้อยที่สุด n (%)
1. เด็กที่เกิดจากแม่ขาดสารไอโอดีนในขณะตั้งครรภ์อาจทำให้เป็นปัญญาอ่อน หรือโรคเอ๋อได้	86 (79.70)	17 (15.70)	4 (3.70)	1 (0.90)	0 (0)
2. ความพิการที่มีมาแต่กำเนิดของทารกอาจมีสาเหตุมาจากมารดาขาดสารไอโอดีนขณะตั้งครรภ์	52 (48.10)	43 (39.80)	7 (6.50)	4 (3.70)	2 (1.90)
3. การเป็นคอพอกนอกจากก้อนที่คอโตแล้ว อาจทำให้หายใจลำบาก	46 (42.60)	44 (40.70)	17 (15.70)	1 (0.90)	0 (0)
4. เด็กขาดสารไอโอดีนรุนแรงทำให้ร่างกายรูปร่างแคระแกรนได้	49 (45.40)	36 (33.30)	21 (19.40)	1 (0.90)	1 (0.90)
5. ถ้าลูกในท้องขาดสารไอโอดีนเมื่อคลอดออกมาอาจพิการได้	50 (46.30)	36 (33.30)	19 (17.60)	1 (0.90)	2 (1.90)
6. เด็กนักเรียนที่ขาดไอโอดีนจะทำให้เรียนไม่ทันเพื่อน และสอบตกบ่อย ๆ	46 (42.60)	37 (34.30)	17 (15.70)	3 (2.80)	5 (4.60)
7. ขณะตั้งครรภ์แม่เป็นคอพอกจะทำให้เด็กเกิดมาปัญญาอ่อน หรือตายได้	34 (31.50)	37 (34.30)	28 (25.90)	6 (5.60)	3 (2.80)
8. ถ้าเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ขาดไอโอดีน ทำให้คิดเชิงซ้ำ เชื่องซึมและเป็นคอพอก	36 (33.30)	29 (26.90)	33 (30.60)	6 (5.60)	4 (3.70)
9. หญิงตั้งครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีน อาจจะทำให้เกิดการแท้งลูกได้ง่าย	22 (20.40)	18 (16.70)	39 (36.10)	19 (17.60)	10 (9.30)
10. หญิงวัยเจริญพันธุ์ถ้าขาดสารไอโอดีนนาน ๆ จะทำให้มีลูกยาก	7 (6.50)	20 (18.50)	55 (50.90)	18 (16.70)	8 (7.40)

ส่วนการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์เมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่า เกือบทั้งหมดอยู่ในระดับสูง รายข้อพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนมากถึงมากที่สุด คือเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์จะต้องไปฝากครรภ์ทันทีเพื่อรับคำแนะนำในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนร้อยละ 98.20 รองลงมา คือ หญิงตั้งครรภ์จะช่วยป้องกันไม่ให้คนในครอบครัวเป็นโรคขาดสารไอโอดีน/คอพอกได้โดยการปรุงอาหารด้วยเกลือเสริมไอโอดีนทุกครั้งและการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน น้ำดื่มเสริมไอโอดีน และยาวิตามินเสริมไอโอดีนสามารถป้องกันการขาดสารไอโอดีนได้ ร้อยละ 97.20 ส่วนการรับรู้ผลดีที่มีการรับรู้ระดับปานกลางถึงน้อยที่สุดคือ คอพอกก้อนเล็ก ๆ รักษาได้โดยการดื่มน้ำเสริมไอโอดีนและปรุงอาหารด้วย เกลือเสริมไอโอดีนเป็นประจำร้อยละ 44.50 รองลงมาคือ หญิงตั้งครรภ์ควรกินผักประเภทกะหล่ำปลี คื่นหัดที่ผ่านการทำให้สุกแล้วร้อยละ 26.80 (ตารางที่ 5)

ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 74.07 และ 23.15 เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนระดับมากถึงมากที่สุด เรียงตามลำดับจากมากไปน้อย คือ น้ำเสริมไอโอดีนหาซื้อได้ยาก รองลงมา คือ เกลือเสริมไอโอดีนมีรสเค็มกว่าเกลือธรรมดา และอาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก ปลาหู ฯลฯ มีราคาแพง คิดเป็นร้อยละ 73.20, 67.60 และ 55.60 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนระดับน้อยถึงน้อยที่สุด เรียงจากมากไปหาน้อย

คือ การผสมน้ำดื่มเสริมไอโอดีนเป็นเรื่องที่ยาก รองลงมาคือ คนที่ไม่เป็นโรคขาดสารไอโอดีน/คอพอกไม่มีความจำเป็นต้องใช้เกลือ/น้ำเสริมไอโอดีนเป็นประจำ และการกินยาเม็ดวิตามินเสริมไอโอดีนเป็นประจำจะทำให้อ้วนได้ คิดเป็นร้อยละ 78.70, 72.30 และ 68.50 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ส่วนการรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลางถึงร้อยละ 90.75 เมื่อพิจารณารายข้อของการรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ผ่านสื่อในระดับมากถึงมากที่สุด คือ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข รองลงมาคือ สื่อโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 77.80 และ 44.40 ส่วนสื่อที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลข่าวสารระดับน้อยถึงน้อยที่สุดคือ หนังสือพิมพ์ การประชาสัมพันธ์ผ่านทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และวิทยุชุมชน คิดเป็นร้อยละ 71.30, 68.50, 50 และ 49.10 ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ส่วนการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 56.48, 38.89 และ 4.63 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อจากมากไปหาน้อย พบว่า รับประทานยาเม็ดวิตามินเสริมไอโอดีน เก็บเกลือเสริมไอโอดีนไว้ในที่ร่ม แห้ง และห่างไกลจากความร้อนและใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหาร คิดเป็นร้อยละ 79.60, 65.70 และ 63.00 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีการปฏิบัติน้อยถึงน้อยที่สุด จากมากไปหาน้อย คือ รับประทานกะหล่ำปลีดิบ ดอกกะหล่ำ คื่นหัด รับประทานอาหารทะเล ใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการถนอมอาหารและดื่มน้ำเสริมไอโอดีน คิดเป็นร้อยละ 58.30, 22.20, 14.90 และ 13.00 ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ของหญิงตั้งครรภ์ใน อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี (n = 108)

การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติป้องกันโรค	ระดับการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติป้องกันโรค				
	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)	น้อยที่สุด n (%)
1. เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์จะต้องไปฝากครรภ์ทันทีเพื่อรับแนะนำในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	95 (88.00)	11 (10.20)	2 (1.90)	0 (0)	0 (0)
2. จะช่วยป้องกันไม่ให้คนในครอบครัวเป็นโรคขาดสารไอโอดีนโดยการปรุงอาหารด้วยเกลือเสริมไอโอดีนทุกครั้ง	89 (82.40)	16 (14.80)	3 (2.80)	0 (0)	0 (0)
3. การบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน น้ำดื่มและยาวิตามินเสริมไอโอดีนสามารถป้องกันการขาดสารไอโอดีนได้	88 (81.50)	17 (15.70)	3 (2.80)	0 (0)	0 (0)
4. การดื่มน้ำเสริมไอโอดีนทุกวันจะช่วยป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน/คอพอก	82 (75.90)	23 (21.30)	3 (2.80)	0 (0)	0 (0)
5. การใช้เกลือเสริมไอโอดีนและน้ำดื่มเสริมไอโอดีน อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ลูกในครรภ์ไม่พิการหรือปัญญาอ่อนได้	81 (75.00)	21 (19.40)	4 (3.70)	1 (0.90)	1 (0.90)
6. การกินอาหารทะเลเป็นประจำจะช่วยป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน/คอพอกได้	69 (63.90)	30 (27.80)	9 (8.30)	0 (0)	0 (0)
7. การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในระยะของการตั้งครรภ์วิธีหนึ่งก็คือการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน	61 (56.50)	31 (28.70)	14 (13.00)	2 (1.90)	0 (0)
8. เราสามารถดื่มน้ำเสริมไอโอดีนและใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหารแทนการกินอาหารทะเลได้	64 (59.30)	25 (23.10)	16 (14.80)	2 (1.90)	1 (0.90)
9. ท่านควรกินผักประเภทกะหล่ำปลี คื่นช่ายที่ผ่านการทำให้สุกแล้ว	45 (41.70)	34 (31.50)	23 (21.30)	5 (4.60)	1 (0.90)
10. คอพอกก้อนเล็ก ๆ รักษาได้โดยการดื่มน้ำเสริมไอโอดีนและปรุงอาหารด้วยเกลือเสริมไอโอดีนเป็นประจำ	24 (22.20)	36 (33.30)	41 (38.00)	5 (4.60)	2 (1.90)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี (n = 108)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน ในการป้องกันโรค	ระดับการรับรู้อุปสรรค				
	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)	น้อยที่สุด n (%)
1. น้ำเสริมไอโอดีนหาซื้อได้ยาก	46 (42.60)	33 (30.60)	14 (13.00)	8 (7.40)	7 (6.50)
2. เกลือเสริมไอโอดีนมีรสเค็มกว่าเกลือธรรมดา	44 (40.70)	29 (26.90)	13 (12.00)	13 (12.00)	9 (8.30)
3. อาหารทะเล เช่น กุ้ง ปลาหมึก ปลาหู ฯลฯ มีราคาแพง	26 (24.10)	34 (31.50)	39 (36.10)	6 (5.60)	3 (2.80)
4. การใช้เกลือเสริมไอโอดีนถนอมอาหารทำให้ อาหารเน่าเสียได้ง่ายกว่า เกลือธรรมดา	9 (8.30)	11 (10.20)	32 (29.60)	24 (22.20)	32 (29.60)
5. การกินยาเม็ดวิตามินเสริมไอโอดีน ทำให้มี อาการคลื่นไส้อาเจียน	5 (4.60)	15 (13.90)	20 (18.50)	23 (21.30)	45 (41.70)
6. เกลือไอโอดีนหาซื้อได้ยาก	8 (7.40)	9 (8.30)	21 (19.40)	22 (20.40)	48 (44.40)
7. เกลือไอโอดีนมีราคาแพง	6 (5.60)	6 (5.60)	23 (21.30)	18 (16.70)	55 (50.90)
8. การกินยาเม็ดวิตามินเสริมไอโอดีนเป็น ประจำ จะทำให้อ้วนได้	2 (1.90)	7 (6.50)	25 (23.10)	26 (24.10)	48 (44.40)
9. คนที่ไม่เป็นโรคขาดสารไอโอดีน/คอพอก ไม่มีความจำเป็นต้องใช้เกลือ/น้ำเสริม ไอโอดีน	2 (1.90)	8 (7.40)	20 (18.50)	22 (20.40)	56 (51.90)
10. การผสมน้ำดื่มเสริมไอโอดีนเป็นเรื่องที่ ยุ่งยาก	4 (3.70)	6 (5.60)	13 (12.00)	28 (25.90)	57 (52.80)

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี (n = 108)

การได้รับข้อมูลข่าวสาร	ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร				
	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)	น้อยที่สุด n (%)
1. ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข	50 (46.30)	34 (31.50)	19 (17.60)	4 (3.70)	0 (0)
2. ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้จากการดูโทรทัศน์	17 (15.70)	31 (28.70)	32 (29.60)	18 (16.70)	10 (9.30)
3. ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้จากการอ่าน จุลสาร แผ่นพับ โปสเตอร์	18 (16.70)	27 (25.00)	25 (23.10)	19 (17.60)	19 (17.60)
4. ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้จากการอ่านหนังสือ	19 (17.60)	23 (21.30)	26 (24.10)	16 (14.80)	24 (22.20)
5. ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้จากอสม.	17 (15.70)	19 (17.60)	18 (16.70)	33 (30.60)	21 (19.40)
6. ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้จากการฟังวิทยุชุมชน	16 (14.80)	13 (12.00)	26 (24.10)	23 (21.30)	30 (27.80)
7. ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้จากการอ่านหนังสือพิมพ์	5 (4.60)	3 (2.80)	23 (21.30)	22 (20.40)	55 (50.90)
8. ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้จากหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน	5 (4.60)	9 (8.30)	20 (18.50)	21 (19.40)	53 (49.10)

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี (n = 108)

การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน	ระดับของการปฏิบัติตน				
	มากที่สุด n (%)	มาก n (%)	ปานกลาง n (%)	น้อย n (%)	น้อยที่สุด n (%)
1. รับประทานยาเม็ดวิตามินเสริมไอโอดีน	86 (79.60)	11 (10.20)	9 (8.30)	2 (1.90)	0 (0)
2. เกลือเสริมไอโอดีนเก็บไว้ในที่ร่มแห้ง และห่างไกลจากความร้อน	71 (65.70)	28 (25.90)	7 (6.50)	2 (1.90)	0 (0)
3. ใช้เกลือเสริมไอโอดีนปรุงอาหาร	68 (63.00)	21 (19.40)	12 (11.10)	7 (6.50)	0 (0)
4. น้ำเสริมไอโอดีนเมื่อผสมแล้ว ต้มให้หมดภายใน 7 วัน	66 (61.10)	24 (22.20)	12 (11.10)	6 (5.60)	0 (0)
5. น้ำไอโอดีนเข้มข้นผสม 2 หยดต่อ น้ำ 10 ลิตร	72 (66.70)	7 (6.50)	15 (13.90)	3 (2.80)	11 (10.20)
6. เกลือเสริมไอโอดีนเก็บไว้ในภาชนะที่มีฝาปิด	63 (58.30)	14 (13.00)	17 (15.70)	10 (9.30)	4 (3.70)
7. ต้มน้ำเสริมไอโอดีน	56 (51.90)	23 (21.30)	15 (13.90)	3 (2.80)	11 (10.20)
8. ใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการถนอมอาหาร	40 (37.00)	29 (26.90)	23 (21.30)	6 (5.60)	10 (9.30)
9. การรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาทูปลาจึกโก๋ ปลาหมึก	15 (13.90)	22 (20.40)	47 (43.50)	24 (22.20)	0 (0)
10. ผักกะหล่ำปลีดิบ ดอกกะหล่ำ คื่นหอย รับประทานสด ๆ	3 (2.80)	16 (14.80)	26 (24.10)	36 (33.30)	27 (25.00)

สรุปและอภิปราย

เมื่อพิจารณาในด้านความรู้โรคขาดสารไอโอดีนโดยรวม พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความรู้อยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 58.30 โดย มีความรู้น้อยถึงน้อยที่สุด คือ กลุ่มที่เสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีนมากที่สุด คือหญิงตั้งครรภ์ หญิงระยะให้นมบุตร การบริโภคอาหารบางชนิดที่ทำให้ร่างกายได้รับสารไอโอดีนน้อยลงและสารไอโอดีน

คือธาตุเคมีชนิดหนึ่งที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 77.80, 56.50 และ 51.90 ตามลำดับ ดังนั้น ด้วยความรู้ที่น้อยโอกาสเสี่ยงที่หญิงตั้งครรภ์จะขาดสารไอโอดีนย่อมง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล⁽¹⁵⁾ ในพื้นที่ 3 อำเภอในจังหวัดสงขลา พบว่าเกือบ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน

ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคขาดสารไอโอดีนนั้น ร้อยละ 51.85 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.6 ยังเชื่อว่าตนเองมีโอกาสร้อยต่อการเป็นโรคขาดสารไอโอดีน/คอพอก เพราะอยู่ห่างไกลทะเล ทั้งที่ความจริงเกลือทะเลก็มีสารไอโอดีนน้อยมาก เพราะ 1 ช้อนชามีสารไอโอดีนเพียง 10-25 ไมโครกรัม และถ้าจะให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารไอโอดีนเพียงพออาจต้องรับประทานเกลือทะเล 10-15 ช้อนชา ที่อาจส่งผลให้ไตวายมากกว่าป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้⁽¹⁶⁾

ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน ข้อที่รับรู้ถึงน้อยที่สุด คือ 1 ใน 4 ยังไม่รับรู้ว่าการขาดสารไอโอดีนอาจจะทำให้เกิดการแท้งลูกได้ง่าย และหญิงวัยเจริญพันธุ์ถ้าขาดสารไอโอดีนนาน ๆ จะทำให้มีโอกาสมีลูกยากหรือเป็นหมันได้ แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ของการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ในประเด็นสำคัญยังต่ำ ขณะที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 91.67 นั้น ตรงกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่า เกือบ 3 ใน 4 มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ส่วนความเชื่อที่ยังเป็นปัญหา คือ เชื่อว่าเกลือเสริมไอโอดีนมีรสเค็มกว่าเกลือธรรมดา คนที่ไม่เป็นโรคขาดสารไอโอดีน/คอพอกไม่มีความจำเป็นต้องใช้เกลือ/น้ำเสริมไอโอดีนเป็นประจำ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วทุกคนต้องได้รับสารไอโอดีนตามปริมาณอายุที่ควรได้รับเป็นประจำในแต่ละวัน

การรับข้อมูลข่าวสาร พบว่า ร้อยละ 90.75 อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ แหล่งข้อมูลหลักยังเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ส่วนสื่อที่มีผลต่อการรับรู้ระดับมากถึงมากที่สุด รองลงมา คือ โทรทัศน์ แผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขณะที่สื่อที่มีผลน้อยมาก คือ หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน หนังสือพิมพ์ เป็นต้น ส่วนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนที่สำคัญพบว่าร้อยละ 63.00 มีการใช้เกลือไอโอดีนปรุงอาหารเป็นประจำ ส่วนที่ยังมีการปฏิบัติน้อยถึงน้อยที่สุด คือ หญิงตั้งครรภ์

รับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาทู ปลาหมึก ร้อยละ 22.20 ใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการถนอมอาหาร ร้อยละ 14.90 และดื่มน้ำเสริมไอโอดีน ร้อยละ 13.00

ข้อเสนอแนะ

โดยสรุป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรค เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้ตระหนักในการป้องกันตนเองที่อาจส่งผลต่อบุตรที่อยู่ในครรภ์จากการขาดสารไอโอดีน ดังนั้นถ้าหากในชุมชนมีแหล่งจำหน่ายสินค้าหรืออาหารเสริมไอโอดีนเพื่อให้บริการอยู่ใกล้ สะดวก ก็จะช่วยลดการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์หรือของประชาชนโดยรวมได้ ที่สำคัญ หน่วยงานของรัฐหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์หรือประชาชนโดยทั่วไปได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อหลัก เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านให้มากขึ้น เพราะถือเป็นสื่อหลักในเกือบทุกชุมชน/หมู่บ้าน เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดความเชื่อที่ผิด ๆ อันจะทำให้ลดการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Nohn SB, Laurberg P. Opposite variations in maternal and neonatal thyroid function induced by iodine supplementation during pregnancy. J Clin Endocrinol Metab. 2000; 85 (2): 623-7.
2. รัชตะ รัชตะนาวิน. โรคขาดสารไอโอดีน. ม.ป.ท; 2548
3. Symonds ME, B, H, Stephenson, T. Limitations of models used to examine the influence of nutrition during pregnancy and adult disease. Arch Dis child. 2000; 83 (3): 215-9.

4. วินัส ลิฟกุล, สุภาณี พุทธเดชาคุ้ม, ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์. โภชนาการทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์; 2545.
5. Hetzel BS. Iodine and Neuropsychological Development. J Nutr 2000; 130 (Supp): 493 – 5.
6. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์อุดรธานี. ภาวะการขาดสารไอโอดีน. ม.ป.ท : 2552.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานการเฝ้าระวังสถานการณ์การขาดสารไอโอดีน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ปี 2552.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำโสม. รายงานการเฝ้าระวังการขาดสารไอโอดีนอำเภอน้ำโสม ปี 2553.
9. Rosenstock, I.M. History original of the health belief model. Health Education Monographs Winter; 1974.
10. โรงพยาบาลน้ำโสม. ข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก CUP น้ำโสม ปี 2554.
11. พิพัฒน์ ลักษณะิจรัสกุล. Research tools for data collection in health science. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์; 2542.
12. Rensis Likert. The human organization: its management and value. New York: McGraw-Hill; 1967.
13. Bloom BS. Human Characteristics and School Learning. New York: McGraw Hill Book Co; 1976.
14. วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือในการวิจัย. เอกสารประกอบการบรรยาย; 2545.
15. สมจิตร จารูรัตนศิริกุล. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการบริโภคไอโอดีน ระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์และระดับ TSH ของทารก ในพื้นที่ 3 อำเภอในจังหวัดสงขลา. 2551. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2553] เข้าถึงได้จาก: www.RamathibodiHospital/hospitalhit.blogspot.com.
16. วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี ราชบุรี. คู่มือต้นแบบการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีน. พิมพ์ครั้งที่ 1. ราชบุรี: เมืองราชการพิมพ์; 2554.

ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ตามการรับรู้ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การ แห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร

Relationships between Organizational Culture in Era of Globalization Perceived by Health Personnel

and Performance according to Learning Organization Characteristics of Sub-district Health Promoting Hospital in Sakon Nakhon Province

ธาดา ศูนย์จันทร์ ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)*

Thada Soonchan M.P.H (Public Health Administration)

วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี วท.ม. (เทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม)**

Assoc. Prof. Witat Janposri M.Sc. (Technology of Environmental Management)

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรรณานิคม

Pannanikhom Distric Health Office

**ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์

Department of Public Health Administration,

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร จำนวน 80 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 29 กุมภาพันธ์ - 23 มีนาคม พ.ศ.2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$, S.D. = 0.50, 95% CI = 4.06 ถึง 4.26) และพบว่าระดับวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.62, 95% CI = 3.93 ถึง 4.18) เช่นกันและพบว่าวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนครอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.636$, 95% CI = 0.485 ถึง 0.751, P-value < 0.001) โดยวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร ได้แก่ วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นบริการ ($B = 0.97$, 95% CI = 0.146 ถึง 1.933, P-value = 0.047) และ วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นคุณภาพ ($B = 0.83$, 95% CI = 0.182 ถึง 1.479, P-value = 0.013) โดยทั้ง 2 ปัจจัยสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนครได้ร้อยละ 32.11 (Adjusted $R^2 = 0.3211$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์การที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ กล่าวคือ วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นบริการ ได้แก่ รูปแบบการประพัตต์ตัวเกี่ยวกับ 1) จิตสำนึกที่ดีในการบริการ 2) การบริการตามคุณภาพมาตรฐานงานที่กำหนดไว้อย่างถูกต้องเหมาะสม และ 3) การพยายามปรับปรุงวิธีการทำงานหรือการให้บริการให้ดีขึ้นอยู่เสมอควบคู่ไปกับการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นคุณภาพ ได้แก่ รูปแบบการประพัตต์ตัวเกี่ยวกับ 1) กลุ่มคุณภาพงาน 2) การบริหารโดยมุ่งวัตถุประสงค์ และ 3) บริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การ

คำสำคัญ : วัฒนธรรมองค์การ องค์การแห่งการเรียนรู้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This cross sectional descriptive research aim to determine the relationships between organizational culture in era of globalization perceived by health personnel and performance according to learning organization characteristics of sub-district health promoting hospital in Sakon Nakhon Province. Systematic random sampling was utilized to select 80 health personnel from the population. Data collection was carried out from February 29 to March 23, 2012. 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 performance according to learning organization characteristics of sub-district health promoting hospital was high (mean = 4.16, S.D. = 0.50 and 95% CI = 4.06 to 4.26). There was high level of organization culture in era of globalization perceived by health personnel ($\bar{X}$ = 4.05, S.D. = 0.62, 95% CI = 3.93 to 4.18). The organizational culture had a statistically significant moderate relationship with performance according to learning organization characteristics (r = 0.636, 95% CI = 0.485 to 0.751, p -value < 0.001). Stepwise regression analysis indicated that there were statistically between two significant relationships factors 1) service-oriented organizational culture 2) quality-oriented organizational culture and the performance according to learning organization characteristics (B = 0.97, 95% CI = 0.146 to 1.933, p -value = 0.047 and B = 0.83, 95% CI = 0.182 to 1.479, p -value = 0.013 respectively). These two factors together could predicted 32.11% of the performance according to the learning organization characteristics (Adjusted R^2 = 0.3211).

Recommendations from this study are relevant to the management of sub-district health promoting hospital should strengthen organizational culture that can predict the performance according to the learning organization characteristics. Include service-oriented organizational culture. act with 1) a good conscience in the service, 2) service quality standards set appropriately, and 3) to try to improve the way it works or services. Always for the better. Coupled with quality-oriented organizational culture act on : 1) quality control circle, 2) management by objective, and 3) total quality management

Key Words : Organizational Culture, Learning Organization, Sub-district Health Promoting Hospital

บทนำ

ในโลกยุคปัจจุบัน “ความรู้” เป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนความอยู่ดีกินดีและความสุขของคนในสังคม ความรู้ถือว่าเป็นทุนและทุนประเภทนี้ยิ่งใช้ยิ่งงอกงามไม่ลดลงหรือหมดลงเหมือนปัจจัยทุนประเภทอื่น ๆ ด้วยเหตุนี้สังคมไทยจึงมีความจำเป็นที่ต้องก้าวไปสู่การเป็นสังคมเศรษฐกิจฐานความรู้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁽¹⁾ และจากความสำคัญของความรู้ดังที่กล่าวมา แนวคิดการจัดการความรู้และองค์การแห่งการเรียนรู้จึงถูกระบุไว้ในพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ที่มีใจความสำคัญว่าส่วนราชการมีหน้าที่พัฒนา ความรู้ เพื่อให้ส่วนราชการมีลักษณะเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ เพื่อประยุกต์ใช้ความรู้ในการปฏิบัติราชการที่ถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสมกับสถานการณ์⁽²⁾ และองค์การต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นข้าราชการในหน่วยราชการจึงต้องปรับตัวเป็น “บุคคลเรียนรู้” และการปรับตัวดังกล่าวมีเพียงวิธีเดียวนั้นคือ วิธีแห่งการปฏิบัติ⁽¹⁾

องค์การแห่งการเรียนรู้ ถูกนำเสนอครั้งแรกในปี ค.ศ. 1978 เริ่มแรกใช้คำว่า การเรียนรู้ขององค์การ (Organization Learning : OL) ต่อมาในปี ค.ศ. 1990 ปีเตอร์ เซ็งกี้ (Peter M. Senge Ph.D.) ใช้คำว่าองค์การแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization : LO) แทน และเป็นคำที่ใช้แพร่หลายในปัจจุบัน สำหรับคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ ปีเตอร์ เซ็งกี้และคณะ ได้เขียนหนังสือชื่อ “The Fifth Discipline” หรือ “วินัย 5 ประการ” ซึ่งเป็นแนวคิดเพื่อนำองค์การไปสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้และได้รับความนิยมนำมาปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายในเวลาต่อมาจนถึงปัจจุบัน⁽³⁾ ถึงแม้ว่าแนวคิดของเซ็งกี้ จะเป็นที่ยอมรับและนิยมปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน แต่การวิน (อ้างถึงในทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์⁽⁴⁾) ได้วิจารณ์ว่า แนวคิดของเซ็งกี้ เป็นนามธรรมมากเกินไปไม่มีกรอบที่ใช้เป็นแนวปฏิบัติ ส่วนทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์⁽⁴⁾ กล่าวถึงแนวคิดของมาร์ควอดต์ (Michel J. Marquardt) ว่ามีลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ที่มีการปฏิบัติมากกว่าของเซ็งกี้โดยมาร์ควอดต์ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์การแห่งการเรียนรู้ว่าควรจะ

ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) พลวัตการเรียนรู้ 2) การปรับเปลี่ยนองค์การ 3) การเพิ่มอำนาจแก่บุคคล 4) การจัดการความรู้ และ 5) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นสอดคล้องกับนักวิชาการทั้ง 2 ท่าน จึงเลือกใช้แนวคิดของมาร์ควอดต์มาเป็นตัวแบบในการศึกษาการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การการเรียนรู้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้

สำหรับการพัฒนาไปสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ นั้น ปัจจัยเกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์การเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ดีถือว่าเป็นเครื่องมือทางการบริหารและการพัฒนาองค์การที่สำคัญ นอกเหนือจากกฎและระเบียบที่มีอยู่ วัฒนธรรมองค์การอาจเป็นได้ทั้งแรงผลักดันและอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงองค์การ⁽⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของสูตรตัน โยธาบริบาล⁽⁶⁾, สมบัติ แสงพล⁽⁷⁾, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, ยศพล เหลืองโสมนภาและพจนานถบรรเทาวิช⁽⁸⁾, จิราพร สนจิต⁽⁹⁾, จันทนา วิบุลยสาสน์⁽¹⁰⁾ และบุษบา เกษะสุด⁽¹¹⁾ ที่พบว่า วัฒนธรรมองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานและการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาองค์การไปสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ นอกจากนี้จากการศึกษาของอภิญา แจ่มแจ้ง⁽¹²⁾ พบว่า การทำงานเป็นทีมเป็นวัฒนธรรมองค์การที่มีผลต่อการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ อีกทั้งจากการศึกษาของสมบัติ แสงพล⁽⁷⁾ พบว่า ความมีคุณภาพมีความสัมพันธ์ต่อการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ ซึ่งงานวิจัยที่กล่าวมาพบว่าลักษณะของวัฒนธรรมองค์การดังกล่าว มีความสอดคล้องกับแนวคิดวัฒนธรรมองค์การของเสนอห์ จัยโต⁽¹³⁾ ที่กล่าวว่าวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ควรมีจุดเน้น 4 จุดที่สำคัญคือ วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นเวลา วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นคุณภาพ วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นบริการ และวัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นทีมงาน จึงจะทำให้องค์การสามารถพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองในอนาคตได้ ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมดผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดของเสนอห์ จัยโต⁽¹³⁾ เป็นตัวแบบของตัวแปรอิสระในการศึกษาครั้งนี้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขที่ถูกยกฐานะมาจากสถานีอนามัยตามนโยบายของรัฐบาล⁽¹⁴⁾ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้รพ.สต. ต้องปรับปรุงพัฒนาตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลยุคใหม่เพื่อคนไทยสุขภาพดีมีรอยยิ้ม(3ดี:3S) ได้แก่ บรรยากาศดี การให้บริการดี และการบริหารจัดการดี⁽¹⁵⁾ สำหรับจังหวัดสกลนคร⁽¹⁶⁾ มีการดำเนินการพัฒนา รพ.สต. อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี 2552 โดยมุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิให้เข้าถึงชุมชนโดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในส่วนของผลดำเนินงานพบว่า มีผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจ แต่ยังพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ ได้แก่ การขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการปฏิบัติงานแยกส่วน ซึ่งปัญหาดังกล่าวก็คือการไม่ปฏิบัติตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ นั่นเอง

จากแนวคิด งานวิจัยและปัญหาในการดำเนินการพัฒนา รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร ที่กล่าวมา ผู้วิจัยเห็นว่า รพ.สต. เป็นส่วนราชการตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ในมาตรา 11 เช่นเดียวกับส่วนราชการอื่นตามกฎหมายนี้ ซึ่งการพัฒนา รพ.สต. ตามมาตรฐานต่างๆ ที่กล่าวมา ตลอดจนนโยบายของรัฐบาลก็คือตัวกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้ รพ.สต. ต้องปรับตัวเองตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปและเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการขับเคลื่อน รพ.สต. ไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในประเด็นนี้โดยมุ่งหวังเพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะองค์การแห่งการเรียนรู้ของ รพ.สต. โดยสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์ได้ทั้งทางบริหาร บริการและวิชาการ ตลอดจนเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมสำหรับกระบวนการพัฒนา รพ.สต. ไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และเป็นหน่วยงานราชการที่การปฏิบัติราชการที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมกับสถานการณ์ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนในจังหวัดสกลนครต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสกลนคร
3. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร

วิธีและการดำเนินการ

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งสิ้น 665 คน⁽¹⁷⁾ โดยขนาดของตัวอย่างคำนวณตามแนวคิดของ ศิริชัยกาญจนาวิสี⁽¹⁸⁾ ที่คำนวณขนาดตัวอย่างจากจำนวนเท่าของตัวแปรอิสระ โดยจำนวนเท่าที่แนะนำให้ใช้คือ 5 10 และ 20 เท่า โดยผู้วิจัยเลือกใช้ 20 เท่า ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรอิสระ 4 ตัว จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 80 ตัวอย่าง แล้วทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จนครบจำนวน 80 ตัวอย่าง จากบัญชีรายชื่อประชากร โดยกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ประกอบไปด้วย ผอ.รพ.สต.จำนวน 27 คน นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 24 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 17 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขจำนวน 10 คน และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจำนวน 3 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นแบบเลือกตอบและแบบปลายเปิดให้เขียนตอบจำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด) ตามแนวคิดของ Likert⁽¹⁹⁾ โดยให้ผู้ตอบเลือกได้เพียงข้อเดียว โดยส่วนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ โดยข้อความผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ของเสนห์ จัยโต⁽¹³⁾ มีข้อความจำนวน 22 ข้อ ในส่วนที่ 3 สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ โดยสร้างข้อความจากแนวคิดของมาร์ควอตต์⁽²⁰⁾ มีจำนวนข้อความ 23 ข้อ ในส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดในส่วนของปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้นเมื่อนำไปทดลองใช้แล้วหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.93 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.93 ในภาพรวมทั้งชุด เท่ากับ 0.95

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยทำเรื่องขออนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วจึงทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 29 กุมภาพันธ์ - 23 มีนาคม พ.ศ. 2555 โดยผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากสาธารณสุขอำเภอให้บุคลากรในสังกัด 1 ท่านเป็นผู้ประสานงานระดับอำเภอรับแบบสอบถามคืนจากผู้ประสานงานระดับอำเภอด้วยตนเองหรือผ่านผู้ประสานงานระดับจังหวัด

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาใช้ในการวิเคราะห์ระดับวัฒนธรรมองค์การ และระดับการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะองค์การแห่งการเรียนรู้ โดยใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับเกณฑ์แบ่งกลุ่มใช้แนวคิดของเบสท์⁽²¹⁾ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการแบ่ง แล้วนำช่วงค่าคะแนนในชั้นมาจัดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67 ถึง 5.00 หมายถึงระดับมาก คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34 ถึง 3.66 หมายถึงระดับปานกลาง คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 ถึง 2.33 หมายถึงระดับน้อย ในส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) แบ่งเป็น 1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ของ อิลลิปสัน⁽²²⁾ ซึ่งมีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 และ 2) ใช้สถิติการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยวัฒนธรรมองค์การที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ของ รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร

ผลการวิจัย

1. วัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร

1.1 วัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์เมื่อพิจารณารายด้าน

จากตารางที่ 1 พบว่า รพ.สต. มีระดับวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยวัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นทีมงานและวัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นคุณภาพตามลำดับ และด้านวัฒนธรรมองค์การที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นเวลา

ตารางที่ 1 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงเชื่อมั่นระดับวัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ตาม การรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร

วัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์	Mean	S.D.	95% CI of mean dif	แปลผล
วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นบริการ	4.28	0.65	4.15 ถึง 4.40	มาก
วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นทีมงาน	4.12	0.77	3.97 ถึง 4.28	มาก
วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นคุณภาพ	3.99	0.69	3.85 ถึง 4.12	มาก
วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นเวลา	3.80	0.72	3.66 ถึง 3.95	มาก
ภาพรวม	4.05	0.62	3.93 ถึง 4.18	มาก

1.2 วัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์เมื่อ พิจารณาคำถามรายข้อ

ในด้านวัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นเวลา พบว่า ข้อ คำถามที่มีผู้ตอบว่าเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ มีการใช้เวลา อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การประชุม การใช้โทรศัพท์ การ ค้นหางานบนโต๊ะทำงานหรือในคอมพิวเตอร์ (ร้อยละ 37.50) สำหรับวัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นคุณภาพพบว่า ข้อคำถามที่มีผู้ตอบว่าเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ รพ.สต. มี การกำหนดมาตรฐานงานหรือตัวชี้วัดผลงานแต่ละงาน ตลอดจนการประเมินผลไว้อย่างชัดเจน (ร้อยละ 56.25) สำหรับวัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นบริการพบว่า ข้อคำถาม ที่มีผู้ตอบว่าเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ รพ.สต. สร้างนวัตกรรม หรือประยุกต์ใช้นวัตกรรมที่มีอยู่แล้วหรือที่ผู้อื่นคิดค้นไว้ นำมาปรับปรุงวิธีการทำงาน หรือการให้บริการให้ดีขึ้นอยู่ เสมอ (ร้อยละ 68.75) และวัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นทีม งาน พบว่าข้อที่มีผู้ตอบว่าปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การ

ทำงานร่วมกันใน รพ.สต. มักเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคน เสนอความคิดเห็นในการทำงานได้อย่างเป็นอิสระ (ร้อยละ 73.75)

2. การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การ แห่งการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร

2.1 การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การ แห่งการเรียนรู้เมื่อพิจารณารายด้าน

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการ ปฏิบัติตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ใน ระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ใน ระดับมาก โดยด้านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีมีค่าเฉลี่ย สูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านการเพิ่มอำนาจแก่บุคคล ด้าน พลวัตการเรียนรู้ด้านการปรับเปลี่ยนองค์การ ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการจัดการความรู้

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและช่วงเชื่อมั่น การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์กรแห่งการเรียนรู้ของของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร

คุณลักษณะขององค์กรแห่งการเรียนรู้	Mean	S.D.	95% CI of mean dif	แปลผล
ด้านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี	4.27	0.66	4.12 ถึง 4.42	มาก
ด้านการเพิ่มอำนาจแก่บุคคล	4.26	0.45	4.16 ถึง 4.37	มาก
ด้านพลวัตการเรียนรู้	4.16	0.53	4.04 ถึง 4.28	มาก
ด้านการปรับเปลี่ยนองค์กร	4.10	0.51	3.98 ถึง 4.21	มาก
ด้านการจัดการความรู้	3.99	0.59	3.86 ถึง 4.12	มาก
ภาพรวม	4.16	0.50	4.06 ถึง 4.26	มาก

2.2 การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์กรแห่งการเรียนรู้เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ในส่วนด้านพลวัตการเรียนรู้ พบว่าข้อที่มีผู้ตอบว่าปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ สามารถคิดและปฏิบัติงานที่สลับซับซ้อนอย่างเป็นระบบร่วมกับบุคคลอื่นใน รพ.สต. (ร้อยละ 76.25) ส่วนด้านการปรับเปลี่ยนองค์กร พบว่าข้อที่มีผู้ตอบว่าปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ แสวงหาโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการหมุนเวียนงานหรือปฏิบัติงานข้ามสายงานมากกว่าปฏิบัติเฉพาะงานของตนเองเท่านั้น (ร้อยละ 81.25) สำหรับด้านการเพิ่มอำนาจแก่บุคคล พบว่าข้อที่มีผู้ตอบว่าปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ มีบทบาทในการเป็นผู้ฝึกสอนเป็นพี่เลี้ยงและอำนวยความสะดวกในการแสวงหาความรู้ใหม่ๆ ของบุคคลอื่นที่ทำงานร่วมด้วยอยู่เสมอ (ร้อยละ 81.25) ส่วนด้านการจัดการความรู้พบว่าข้อที่มีผู้ตอบว่าปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ ข้อมูลต่างๆในงานถูกนำมาวิเคราะห์ จัดกลุ่ม แปลความหมาย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและปรับปรุงงานที่ทำอยู่เสมอ (ร้อยละ 70.00) และด้านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี พบว่าข้อที่มีผู้ตอบว่าปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ

สามารถใช้เทคโนโลยีในการทำงานแบบกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเช่น การประชุมทางไกล (E-meeting หรือ E-conference) (ร้อยละ 68.75)

3. วัฒนธรรมองค์กรในยุคโลกาภิวัตน์ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์กรแห่งการเรียนรู้ใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร

จากตารางที่ 3 พบว่า โดยภาพรวมวัฒนธรรมองค์กรในยุคโลกาภิวัตน์ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์กรแห่งการเรียนรู้ของ รพ.สต. ในจังหวัดสกลนครอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านที่มีขนาดความสัมพันธ์ (r) มากที่สุด ได้แก่ วัฒนธรรมองค์กรมุ่งเน้นบริการ รองลงมา คือ ด้านวัฒนธรรมองค์กรมุ่งเน้นคุณภาพ วัฒนธรรมองค์กรมุ่งเน้นทีมงาน ตามลำดับ และด้านที่มีขนาดความสัมพันธ์ (r) น้อยที่สุดได้แก่ วัฒนธรรมองค์กรมุ่งเน้นเวลา

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรอิสระกับการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร

วัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์	การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้			
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	95% CI	P-value	ระดับความสัมพันธ์
วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นบริการ	0.617	0.460 ถึง 0.737	< 0.001	ปานกลาง
วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นคุณภาพ	0.551	0.376 ถึง 0.687	< 0.001	ปานกลาง
วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นทีมงาน	0.535	0.357 ถึง 0.675	< 0.001	ปานกลาง
วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นเวลา	0.405	0.203 ถึง 0.574	< 0.001	ปานกลาง
ภาพรวม	0.637	0.485 ถึง 0.751	< 0.001	ปานกลาง

4. วัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ตรวจสอบข้อกำหนดทางสถิติ⁽²³⁾ คือ 1) ค่า residual ต้องมีการแจกแจงแบบปกติ 2) ค่า residual มีค่า variance คงที่ (homoscedasticity) 3) ค่า residual ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าอื่นๆ (no auto-correlation) และ 4) ไม่มี Multicollinearity หลังจากนั้นได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผลการวิเคราะห์ตามตารางที่ 4 พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์ตัวแปรเกณฑ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นบริการ (ocsv) และวัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นคุณภาพ (ocqa) โดยค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ปรับปรุง (Adjusted R²) เท่ากับ 0.3211 ซึ่งหมายถึงตัวแปรทั้ง 2 ตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ของ รพ.สต. ในจังหวัดสกลนครได้ ร้อยละ 32.11 และ พบว่าตัวแปร

ocsv และตัวแปร ocqa มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (B) เท่ากับ 0.97 และ 0.83 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.275 และ 0.348 ตามลำดับ และมีค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (a) เท่ากับ 51.75 โดยเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

ก. สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y' = 51.75 + 0.97(ocsv) + 0.830(ocqa)$$

ข. สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z' = 0.275_{ocsv} + 0.348_{ocqa}$$

อธิบายได้ว่า เมื่อคะแนนวัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นบริการเพิ่มขึ้น 1 คะแนนทำให้การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ของ รพ.สต. เพิ่มขึ้น 0.97 คะแนน (เมื่อควบคุมวัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นคุณภาพให้คงที่) และเมื่อคะแนนวัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นคุณภาพ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ทำให้การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ของ รพ.สต. เพิ่มขึ้น 0.83 คะแนน (เมื่อควบคุมวัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นบริการให้คงที่)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้ตัวแปรพยากรณ์ วัฒนธรรมองค์กรมุ่งเน้นบริการ (ocsv) และวัฒนธรรมองค์กรมุ่งเน้นคุณภาพ (ocqa) พยากรณ์การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์กรแห่งการเรียนรู้ใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร

ตัวแปรพยากรณ์	B	95 % CI	β	t	P-value	R ²	Adjusted R ²
constant	51.75	37.36 ถึง 66.13		7.16	0.001	0.3383	0.3211
ocsv	0.97	0.146 ถึง 1.933	0.275	2.52	0.047		
ocqa	0.83	0.182 ถึง 1.479	0.348	2.55	0.013		

วิจารณ์ผล

1. วัฒนธรรมองค์กรในยุคโลกาภิวัตน์ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร

พบว่าระดับวัฒนธรรมองค์กรในยุคโลกาภิวัตน์ของ รพ.สต. ทั้งภาพรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก โดยจากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลในส่วนของส่วนขาดในแต่ละประเด็นที่น่าสนใจได้ดังนี้ คือ

1.1 วัฒนธรรมองค์กรมุ่งเน้นบริการ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการสร้างนวัตกรรมหรือใช้วิธีการทำงานใหม่ๆ ยังปฏิบัติได้น้อย ซึ่งเป็นจุดที่ต้องนำมาปรับปรุงและพัฒนา เพราะคุณภาพบริการเป็นความรับผิดชอบของผู้ให้บริการดังที่ทิวรี สิมะโคตี⁽²⁴⁾ กล่าวว่า ผู้รับบริการทุกคนล้วนแต่ต้องการคุณภาพของบริการด้วยกันทั้งนั้น แต่เรื่องของคุณภาพของการบริการไม่น่าจะขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความพอใจของผู้รับบริการแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่ควรจะต้องอยู่ที่จรรยาบรรณและความรับผิดชอบผู้ให้บริการ

1.2 วัฒนธรรมองค์กรมุ่งเน้นทีมงาน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าทีมใน รพ.สต. มีความสัมพันธ์ที่ดีและมีการตัดสินใจร่วมกันอยู่เสมอ แต่ยังมีผู้ที่ไม่เห็นว่าการทำงานยังไม่สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ในกรณีนี้ควรมีการสร้างปทัสถานของทีมเกี่ยวกับการแสดงความคิดเห็นของคนในทีม เพราะจากผลการศึกษาของ Mudrack (1989 อ้างถึงใน สุนันทา เลาหนันท์⁽²³⁾) ที่ชี้ชัดว่าทีมที่มีความรู้สึกที่ดีต่อกันและ

กัน มีแนวโน้มที่จะผลิตผลงานได้สูงกว่าสมาชิกทีมที่มีความรู้สึกในทางลบต่อกัน

1.3 วัฒนธรรมองค์กรมุ่งเน้นคุณภาพ จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้และเข้าใจในเรื่องคุณภาพมาตรฐานงานและกำหนดเป้าหมายไว้ชัดเจน แต่การกำหนดตัวชี้วัดเป้าหมายนั้นยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผลงานยังไม่เป็นที่ยอมรับเท่าที่ควร ในกรณีนี้ควรให้ผู้บริหาร ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ มีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดที่เป็นที่ยอมรับร่วมกัน ดังที่ทิวรี สิมะโคตี⁽²⁴⁾ กล่าวว่า วินัยคือ คุณภาพ และความปลอดภัย โดยคุณภาพคือการสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้าภายนอกด้วย “คุณภาพ” ของสินค้าและการให้บริการ ในขณะที่ความปลอดภัยคือการสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้าภายใน (พนักงาน) ด้วย “คุณภาพชีวิต” ที่ดี และที่จริงแล้วคุณภาพและความปลอดภัยเปรียบเสมือน “หัวและก้อย” บนเหรียญอันเดียวกันหากทำได้อย่างหนึ่งก็จะได้อีกอย่างหนึ่งพร้อมกัน

1.4 วัฒนธรรมองค์กรมุ่งเน้นเวลา จากผลการศึกษาพบว่า การใช้เวลาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ยังไม่มีประสิทธิภาพพอ รวมทั้งการปรับปรุงขั้นตอนการทำงานให้เร็วขึ้นกว่าเดิมก็ยังปฏิบัติได้น้อย ในกรณีนี้ควรให้ความสำคัญกับการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่ามากขึ้นดังที่บาร์เนส มาร์ค⁽²⁵⁾ กล่าวว่า ในเรื่องของเวลาการไม่วางแผนเปรียบเสมือนการวางแผนเพื่อความล้มเหลว เมื่อไม่สามารถทำทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องการได้ควรหาเวลาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของงาน

2. การปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์กรแห่งการเรียนรู้ของ รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร

จากผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมมีระดับการปฏิบัติตามคุณลักษณะขององค์กรแห่งการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนครอยู่ในระดับมาก ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของบัวบุญอุดมทรัพย์⁽²⁶⁾ ที่อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร พร้อมที่จะเรียนรู้แบบทั่วทั้งองค์การ ตลอดจนพร้อมรับต่อความกดดันของสังคมโลกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบส่วนขาดที่สามารถอภิปรายผลในแต่ละประเด็นที่น่าสนใจได้ดังนี้

2.1 คุณลักษณะด้านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี จากผลการศึกษาพบว่า ยังมีปัญหาในส่วนของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ต้องใช้ระบบการสื่อสารทางไกลผ่านอินเทอร์เน็ต ซึ่งจากความเห็นในส่วนปัญหาและข้อเสนอแนะพบว่าปัญหาดังกล่าวเกิดจากอินเทอร์เน็ตช้า คอมพิวเตอร์มีประสิทธิภาพต่ำและเสียบ่อย ขาดคนซ่อมแซม เป็นต้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเสนอแนะว่า ควรได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ขั้นพื้นฐานด้านเทคโนโลยีที่ รพ.สต. ต้องมีจากส่วนกลางเหมือนกัน ทุก รพ.สต. และควรมีการจัดตั้งทีมดูแลระบบไอที (IT) ระดับต่าง ๆ

2.2 คุณลักษณะด้านการเพิ่มอำนาจแก่บุคคลจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่านอกจากการยอมรับในตัวผู้อื่นแล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังต้องมีหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงหรือผู้ช่วยในการเรียนรู้แก่บุคคลอื่นด้วย ต้องกล้าแสดงความคิดเห็นซึ่งในข้อนี้ถือว่ายังปฏิบัติได้น้อย จึงควรส่งเสริมให้คนในองค์กรมีความรู้สึกถึงคุณค่าตนเอง กล้าที่จะเสนอความคิดเห็นและกล้าที่จะแนะนำผู้อื่น รวมทั้งผู้บังคับบัญชาแต่การจะทำเช่นนั้นได้ ทวีศักดิ์สุททวาทิน⁽²⁷⁾ ได้เสนอการดำเนินการไว้ 3 ประการได้แก่ 1) ผู้บริหารต้องเปิดใจรับฟังความคิดเห็นและคำวิจารณ์จากเพื่อนร่วมงาน 2) ผู้บริหารต้องรับฟังและปฏิบัติตามผู้ใต้บังคับบัญชากรณีที่เขามีความรู้ หรือเชี่ยวชาญและมีความรอบรู้มากกว่า และ 3) ผู้ใต้บังคับบัญชาต้องได้รับการฝึกฝนอบรมให้ยินดีปฏิบัติตามคำสั่งผู้บริหาร รวมทั้งพร้อมที่จะเสนอความคิดเห็นในเรื่องที่ตนเชี่ยวชาญหรือ

รอบรู้มากกว่า

2.3 คุณลักษณะด้านพลวัตการเรียนรู้ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ายังไม่สามารถคิดและปฏิบัติงานที่สลับซับซ้อนอย่างเป็นระบบร่วมกับบุคคลอื่นใน รพ.สต. ได้ดีเท่าที่ควร ในกรณีนี้หากไม่ปรับปรุงแก้ไข รพ.สต. อาจเกิดสภาวะที่วิรุฬห มาฆะศิรินันท์ และยุดา รักไทย⁽²⁸⁾ เรียกว่า ทุพพลภาพของการเรียนรู้ (Learning Disabilities) ซึ่งเป็นสาเหตุที่องค์กรไม่สามารถพัฒนาการเรียนรู้ได้ เกิดจากความคิดเก่าๆที่สั่งสมมาในองค์กร เช่น การยึดติดในตำแหน่งหรือการกล่าวโทษผู้อื่น เป็นต้น

2.4 คุณลักษณะด้านการปรับเปลี่ยนองค์กรจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าใน รพ.สต. ยังมีการหมุนเวียนงานหรือปฏิบัติงานข้ามสายงานน้อย ในกรณีนี้ผู้วิจัยเห็นว่าทั้งผลดีและผลเสีย ในส่วนผลดี คือ บุคลากรจะมีความรู้เชี่ยวชาญในงานที่ทำ ส่วนข้อเสีย คือ จะไม่รู้เกี่ยวกับงานอื่น ซึ่งผลเสียดังกล่าวจะปรากฏชัดเจนเมื่อมีการโยกย้ายหรือออกจากงาน ในกรณีนี้ควรทำตามแนวคิดของธงชัย สันติวงษ์⁽²⁹⁾ ที่ว่าเกณฑ์สำคัญที่ใช้ในการออกแบบโครงสร้างองค์กรต้องพยายามสร้างองค์การมีประสิทธิภาพและความสมดุลกันระหว่าง “การแบ่งงานกันทำ” กับ “การมุ่งให้เกิดการประสานงานที่ดี” ไปพร้อมกัน

2.5 คุณลักษณะด้านการจัดการความรู้ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าถึงแม้ รพ.สต. มีคลังความรู้ที่ใช้ในงานและพร้อมที่จะแสวงหาความรู้ใหม่ๆมาใช้ในการทำงานให้ดีกว่าเดิม แต่เมื่อได้องค์ความรู้มาแล้วก็ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์และจัดเก็บทำคลังความรู้ได้ทั้งหมด ในกรณีนี้ควรฝึกอบรมบุคลากรมีความสามารถในการจัดการความรู้เพื่อก้าวไปสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ดังที่ วิฑูรย์ ลิมาโคติ⁽³⁰⁾ กล่าวไว้ว่า การสร้างองค์การที่สามารถเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องเรียนรู้ให้เร็วกว่าคู่แข่งและเรียนรู้ถึงสาเหตุต่างๆที่ทำให้องค์กรเกิดความสำเร็จหรือล้มเหลว คือรู้ว่าอะไรเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ (KSF : Key Success Factor) ขององค์กรและสามารถรักษาสภาวะแห่งการเรียนรู้ไว้อย่างต่อเนื่องยั่งยืนตลอดไป

3. วัฒนธรรมองค์การในยุคโลกาภิวัตน์ตาม การรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตาม คุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ของ รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร

จากผลการศึกษาพบว่า วัฒนธรรมองค์การในยุค โลกาภิวัตน์ตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ใน รพ.สต. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะ ขององค์การแห่งการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร ทั้งรายด้านและภาพรวม เป็นไป ตามสมมติฐานโดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางและ พบว่า วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นบริการเป็นตัวพยากรณ์การ ปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ใน รพ.สต. ในจังหวัดสกลนครได้มากที่สุด ($B = 0.97$) อธิบาย ได้ว่าการปฏิบัติงานของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร เกิดขึ้นพร้อมไปกับการให้บริการหรือ การจัดกิจกรรมบริการต่างๆ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ ความสำคัญกับการให้บริการที่มีจิตสำนึกในการบริการ ตามคุณภาพมาตรฐานงานที่กำหนดไว้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและพยายามปรับปรุงวิธีการทำงานหรือการให้ บริการให้ดีขึ้นอยู่เสมอโดยการสร้างความพึงพอใจให้ผู้รับ บริการนี้ก็เปรียบเสมือนการเรียนรู้วิธีการทำงานที่ดีไป พร้อม ๆ กันและการกระทำเช่นนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ วิจารณ์ พานิช⁽³¹⁾ ที่กล่าวว่า องค์การแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) เป็นองค์การที่ทำงานผลิตผล งานไปพร้อม ๆ กับเกิดการเรียนรู้ ส่งเสริมความรู้และสร้าง ความรู้จากประสบการณ์ในการทำงาน พัฒนาริธีทำงาน และระบบงานขององค์การไปพร้อม ๆ กัน ลำดับต่อมาคือ วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นคุณภาพ ($B = 0.83$) เป็นตัว พยากรณ์ปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการ เรียนรู้ของ รพ.สต. ในจังหวัดสกลนคร ลำดับต่อมา อธิบาย ได้ว่า การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ในจังหวัด สกลนครรับรู้ เข้าใจและตระหนักในเรื่องคุณภาพ รวมทั้ง ให้ความสำคัญกับคุณภาพของสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว ตลอดจนแพร่ขยายเรื่องคุณภาพไปทั่วทั้งองค์การ การมี เป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจน และมีการกระจายความ รับผิดชอบในเป้าหมายนั้น ๆ ไปยังเจ้าหน้าที่ทุกคนจะส่งผล

ให้คนในองค์กรเกิดการปฏิบัติตามคุณลักษณะขององค์การ แห่งการเรียนรู้ได้เช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดของเสน่ห์ จุ้ยโต⁽¹³⁾ ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจุบันและอนาคตให้ความสำคัญ เรื่องคุณภาพมากขึ้นโดยให้ความสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ กลุ่มคุณภาพงาน การบริหารโดยมุ่งวัตถุประสงค์และการ บริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การ

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ระดับวัฒนธรรมองค์การใน ยุคโลกาภิวัตน์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ระดับการปฏิบัติงานตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการ เรียนรู้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด สกลนคร ทั้งในภาพรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก ทั้งหมดแต่เพื่อให้สามารถคงระดับนี้ไว้ รวมทั้งเพื่อ เป็นการแก้ไขส่วนขาดจึงขอเสนอแนะจากผลการวิจัยใน ส่วนที่พบส่วนขาดมากกว่าหนึ่ง ดังนี้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอควรสร้างและกำหนดเป้าหมายตลอดจน ตัวชี้วัดงานอย่างชัดเจน โดยการมีส่วนร่วมของทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้มากที่สุดเท่าที่จะดำเนินการได้
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ควรให้ความสำคัญกับการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่ามากขึ้น ด้วยการจัดลำดับความสำคัญของงานว่าสิ่งใดควรทำ ก่อนหลัง โดยให้ความสำคัญกับการจัดการตารางเวลา ในการทำงาน
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการ ประสานงานระดับอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมด้านวัสดุอุปกรณ์และจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้เทคโนโลยีในการทำงานแบบกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ได้แก่ การประชุมทางไกลผ่านอิน เทอร์เน็ต (E-meeting หรือ E-conference) ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้และการทำงาน
4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีโอกาสหมุน-เวียนงานหรือปฏิบัติงานข้ามสายงาน เพื่อให้เกิดการ ถ่ายทอดหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิด

จากการโยกย้ายหรือออกจากงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในอนาคต ตลอดจนควรออกแบบโครงสร้างงานที่มีการแบ่งภาระงานกันทำและมีการประสานงานที่ดีไปพร้อม ๆ กัน

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มีโอกาสได้อบรมหรือเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการจัดการความรู้เพื่อเพิ่มทักษะดังกล่าว ทำให้สามารถเรียนรู้ไปพร้อมกับการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์การที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรม การปฏิบัติตามคุณลักษณะขององค์การแห่งการเรียนรู้ กล่าวคือ วัฒนธรรมองค์การมุ่งเน้นบริการ ได้แก่ รูปแบบการประพัตติตัวเกี่ยวกับ 1) จิตสำนึกที่ดีในการบริการ 2) การบริการตามคุณภาพมาตรฐานงานที่กำหนดไว้อย่างถูกต้องเหมาะสม 3) การพยายามปรับปรุงวิธีการทำงานหรือการให้บริการให้ดีขึ้นอยู่เสมอควบคู่ไปกับการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์การด้านการมุ่งเน้นคุณภาพ ได้แก่ รูปแบบการประพัตติตัวเกี่ยวกับ 1) กลุ่มคุณภาพงาน 2) การบริหารโดยมุ่งวัตถุประสงค์ 3) บริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์การ

กิตติกรรมประกาศ

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขและคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ในรายวิชาต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัย และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการทำวิจัยได้เป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ได้ชี้แจงและให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการทำวิจัย ตลอดจนอุดหนุนเงินทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

กราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สกลนคร สาธารณสุขอำเภอ ผู้ประสานงานระดับจังหวัด และผู้ประสานงานระดับอำเภอ ทุกท่านที่ให้ความกรุณาและความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัย ที่ขาดไม่ได้ขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. บงกช ลิ้มปะพันธุ์. การจัดการความรู้และการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้สู่ระบบราชการไทย. วารสารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 2549; 2:281-303.
2. สตรีรัตน์ รุจิระชาคร และทิพทินนา สมุทรานนท์. ความฉลาดทางอารมณ์ การตระหนักในคุณค่าตนเองและการรับรู้องค์การแห่งการเรียนรู้ของบุคลากร กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วารสารนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2554; 3: 113-127.
3. สมคิด สร้อยน้ำ. การพัฒนาตัวแบบองค์การแห่งการเรียนรู้ในโรงเรียนมัธยมศึกษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา]. ขอนแก่น: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
4. ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์. องค์การแห่งการเรียนรู้จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แชรโฟร์ พรินติ้ง; 2548.
5. เยาวชล ขุนแก้ว. วัฒนธรรมองค์การกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. วารสารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 2551; 4: 37-55.
6. สุดาร์ตน์ โยธาภิบาล. วัฒนธรรมองค์การกับผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน อำเภอเมืองนครปฐม. วารสารวิทยาบริหาร 2554; 22, 100-125.
7. สมบัติ แสงพล. วัฒนธรรมองค์การที่ส่งผลต่อองค์การแห่งการเรียนรู้: คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

8. เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, ยศพล เหลืองโสม, พจนานobrบรรเทาวงษ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การกับสภาพองค์การแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี; 2551.
9. จิราพร สนจิต. การศึกษาปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ภาวะผู้นำและวัฒนธรรมองค์การที่ส่งผลต่อองค์การแห่งการเรียนรู้และความสำเร็จขององค์การแห่งการเรียนรู้: กรณีศึกษากรมคุมประพฤติ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
10. จันทนา วิปุลานุสาสน์. การรับรู้วัฒนธรรมองค์การที่เอื้อต่อการพัฒนาไปสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา อุตสาหกรรมและองค์การ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2549.
11. บุษบา เกกะสุด. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การแบบสร้างสรรค์กับองค์การแห่งการเรียนรู้ของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.
12. อภิญา แจ่มแจ. วัฒนธรรมองค์การในองค์การแห่งการเรียนรู้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษาต่อเนื่อง]. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
13. เสน่ห์ จัยโต. หน่วยที่ 2 วัฒนธรรมองค์การ. ใน: สาขาวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมองค์การและการจัดการการตลาด. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2546. หน้า 201-279.
14. ชูชัย ศุภวงศ์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ : ที่คิวพี; 2552.
15. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
16. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. สรุปผลการประชุมการสรุปผลงานประจำปี 2554 และจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดสกลนคร ระยะ 5 ปี (2555-2559) และยกร่างแผนปฏิบัติการประจำปี2555. สกลนคร : สำนักงาน; 2554ก.
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. ทะเบียนรายชื่อเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดสกลนคร. สกลนคร: สำนักงาน; 2554ข.
18. ศิริชัย กาญจนวาสี. หน่วยที่ 13 การวิเคราะห์ตัวแปรพหุ. ใน: สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุดวิชาการระเบียบวิธีทางสถิติ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2545. หน้า 159.
19. Likert, R. The human organization: Is management and value. New York: McGraw-Hill ; 1967.
20. มาร์ควอดด์ เอ็มเจ. การพัฒนาองค์การแห่งการเรียนรู้. แปลโดย บดินทร์ วิจารณ์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เอ็กสเปอร์เน็ท; 2553.

21. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
22. Elifson KW. Fundamental of social statistics. New York: McGraw-Hill; 1990.
22. วิฑูรย์ สิมะโคตี. คุณภาพคือความยั่งยืน. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น); 2545.
23. นงลักษณ์ วิรัชชัย. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมกับงานวิจัย. ใน: Twilight Program.งานวิจัยแห่งชาติ 2552 (Thailand Research Expo 2009); 27 สิงหาคม 2555; ศูนย์ประชุมบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ห้อง Lotus Suite12 เซ็นทรัลเวิร์ล. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.]; [ม.ป.ป.].
24. สุนันทา เลาหนันทน. การสร้างทีมงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : แสนด์เมตสติกเกอร์แอนด์ดีไซน์; 2549.
25. วิฑูรย์ สิมะโคตี. คุณภาพคือการเรียนรู้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น); 2543.
26. บาร์เนส เอ็ม. การจัดการเวลาให้อยู่หมัด. แปลโดย ภิเชก ชัยนิรันดร์ และสุนทรี ลิ้มธรรมนิมิต. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น; 2552.
27. บัวบุญ อุดมทรัพย์. การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ตามการรับรู้ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารงานสาธารณสุข]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
28. ทวีศักดิ์ สุทกาทิน. การเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาองค์การเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ทีพีเอ็นเพรส; 2548.
29. วีรวิธ มาฆะศิริรานนท์, ยุดา รักไทย. องค์การฉลาดคิดและสร้างสรรค์. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท; 2542.
30. ธงชัย สันติวงษ์. การบริหารเชิงกลยุทธ์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2533.
31. วิฑูรย์ สิมะโคตี. การบริหารทรัพยากรมนุษย์และการเพิ่มผลผลิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น); 2539.
32. วิจารย์ พานิช. องค์การแห่งการเรียนรู้และจัดการความรู้. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า; 2545.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

Factors Associated with Quality of Life of the Elderly who Receive
Subsistence Allowance in Panna nikhom District,
Sakon nakhon Province.

ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย สม. (สาธารณสุขศาสตร์)*

Pattaraphong ketklai M.P.H. (Public Health)

วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรีว.ม. (เทคโนโลยีการบริหารสิ่งแวดล้อม)** Witat Jantarapothi M.Sc. (Technology of Environmental Management)

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพรรณานิคม

Panna nikhom Distric Health Office

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ใช้วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอ พรรณานิคม จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 180 คน สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2555 โดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างที่ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญสามท่านที่ผ่าน การทดสอบความเที่ยงและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 77.63$, S.D. = 9.70, 95% CI = 76.20 - 79.06) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อาชีพ (mean dif = -6.14 , 95% CI = -9.00 - -3.27, P-value < 0.0001) โรคประจำตัว (mean dif = 3.3 , 95% CI = 0.71 - 5.91, P-value = 0.013) และการดูแลสุขภาพตนเอง (mean dif = 0.95 , 95% CI = 0.31 - 1.58, P-value = 0.004) โดยที่ปัจจัยอาชีพ โรคประจำตัวและการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ได้ร้อยละ 17.59 ($adjR^2 = 0.1759$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้คือ เพื่อพัฒนาและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ควรมีการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีอาชีพหรืออาชีพเสริมที่เหมาะสมกับวัย การดูแลสุขภาพในเรื่องโรคประจำตัวและมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ

Abstract

This cross sectional descriptive research aims to determine the factors associated with quality of life for the elderly who received the subsistence allowance in Phanna Nikhom district, Sakon nakhon province. Systematic random sampling was utilized to select 180 elderly from the population. Data collection was carried out from February to March, 2012 by using structured questionnaire which was tested for content validity by 3 experts and reliability test. Data analysis was performed using both descriptive and inferential statistics including Pearson Product-Moment Correlation and Stepwise Multiple Regression.

The findings revealed that the quality of life for the elderly who received the subsistence allowance in Phanna Nikhom district, Sakon nakhon province was at middle level ($\bar{X} = 77.63$, S.D. = 9.70, 95% CI = 76.20 - 79.06). Stepwise regression analysis indicated that there were three statistically significant factors. 1) occupation (mean dif = -6.14, 95% CI = -9.00 - -3.27, P-value < 0.0001) 2) having chronic disease (mean dif = 3.31, 95% CI = 0.71 - 5.91, P-value = 0.013) 3) their selfcare (mean dif = 0.95, 95% CI = 0.31 - 1.58, P-value = 0.004). These three factors together could predict 17.59 % of the quality of life of the elderly who received subsistence allowance. ($adjR^2 = 0.1759$)

Recommendations from this research is to develop and enhance the quality of life for the elderly allowance should have a better quality of life for advanced eye care profession or occupation that is appropriate for their age. Care in the treatment and care of the elderly in their own health care.

Keywords: Quality of Life , The Elderly who Receive Subsistence Allowance

บทนำ

ประชากร 1 ใน 10 จะมีผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น นั้นหมายความว่า โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) อย่างรวดเร็ว⁽¹⁾ ในปี พ.ศ.2554 ขนาดของจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 7 เท่าตัวคือประมาณ 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย (Ageing society) อย่างสมบูรณ์ ซึ่งหมายถึงประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุของประเทศไทยมีปัญหาคุณภาพชีวิตได้แก่ ต้องทำงานนอกระบบประมาณ 2.79 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 91 เป็นแรงงานที่ไม่ได้รับการดูแลด้านการคุ้มครองสวัสดิการและการประกันสังคมขาดอำนาจการต่อรองในการเรียกร้องสิทธิต่างๆ ตามกฎหมายแรงงาน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์สูงและมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าวัยอื่นและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁽²⁾

รัฐบาลได้มีนโยบายสร้างหลักประกันรายได้แก่ผู้สูงอายุที่ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 53 ซึ่งบัญญัติว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐและเป็นไปตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 ซึ่งในปี 2554 รัฐบาลได้จ่ายเบี้ยยังชีพให้ผู้สูงอายุมากถึง 1.75 ล้านคน ในอัตราคนละ 500 บาทต่อเดือน คิดเป็นเงินปีละประมาณ 42,000 ล้านบาท และจะเพิ่มเป็น 96,000 ล้านบาท ในอีกสี่สิบปีถัดไป⁽³⁾

อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร มีผู้สูงอายุทั้งหมด 7,112 คน ได้รับเบี้ยยังชีพ จำนวน 4,158 คน คิดเป็นร้อยละ 58.47 จ่ายค่าเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุเป็นเงินรวมกันทั้งอำเภอ เดือนละ 2,079,000 บาท หรือ

ปีละ 24,948,000 บาท⁽⁴⁾ ส่วนสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกลุ่มทำงานไม่ได้ต้องอยู่แต่ในบ้าน ร้อยละ 1.4⁽⁵⁾

จากผลงานวิจัยของธาริน สุขอนันต์ สุภาวิทย์ จาริยะศิลป์ และทัศนัท ทุมมานนท์⁽⁶⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและการเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจว่าเมื่อรายได้ประจำของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากการได้รับเบี้ยยังชีพ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไร และยังมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ได้รับเบี้ยยังชีพของอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร เพื่อนำผลของการวิจัยไปเป็นข้อเสนอในการวางแผนพัฒนาและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับ เบี้ยยังชีพอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร จำนวนทั้งสิ้น 4,158 คน⁽⁴⁾ ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Nunnally and Bernstein อ้างถึงใน อรุณ จิรวินกุล⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่าขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบบถดถอยพหุอย่างน้อยควรมีขนาดตัวอย่าง 10 ตัวอย่างต่อตัวแปรอิสระ 1 ตัว จากตัวแปรอิสระทั้งหมด 18 ตัว จึงมีจำนวนตัวอย่างอย่างน้อย $18 \times 10 = 180$ ตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็น

ระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 6 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีข้อความถามจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ ภาระหนี้สินและความพอเพียงของรายได้ มีข้อความถามจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสนับสนุนของครอบครัว มีข้อความถามจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว การได้รับการดูแลด้านสุขภาพจากบริการของรัฐ การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง และความรู้ด้านสุขภาพอนามัย มีข้อความถามจำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม ตำแหน่งทางสังคม การได้รับแรงสนับสนุนจากชุมชน มีข้อความถามจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับ SF - 36 (The short form health survey - 36) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดยวัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต้ม⁽⁸⁾ แบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ระดับได้แก่ มาก ปานกลางและน้อย มีข้อความถามจำนวน 35 ข้อ

แปลผลคะแนนโดยการใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom⁽⁹⁾ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับต่ำ มีคะแนนร้อยละ 0 - 59

ระดับปานกลาง มีคะแนนร้อยละ 60 - 79

ระดับสูง มีคะแนนร้อยละ 80 - 100

แบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับ เจ้าหน้าที่ห้องคัดกรองส่วนท้องถิ่นเพื่อหารายชื่อ กลุ่มประชากรเพื่อใช้ในการสุ่มตัวอย่างและขอความ อนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้นำทางเข้าสัมภาษณ์ระหว่างวันที่ 10 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 14 มีนาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับชั้นคะแนน แบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom⁽⁹⁾ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ ระดับ ปานกลาง และระดับสูง

สถิติเชิงอนุมาน แบ่งเป็น 1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร 2 ตัว โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สห สัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 2) ใช้สถิติการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับ เบี้ยยังชีพ

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.44 มีอายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุ มากที่สุด 93 ปี ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 70 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุดอยู่ใน ช่วงอายุ 65 - 69 ปี ร้อยละ 26.11 รองลงมาได้แก่ ช่วง อายุ 70 - 74 ปี ร้อยละ 25.00 และช่วงอายุ 60 - 64 ปี ร้อยละ 18.33 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสหม้าย

หย่า แยก ร้อยละ 49.44 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.67 และเป็นโสด ร้อยละ 3.89 ตามลำดับ และส่วนใหญ่เข้ารับ การศึกษาจำนวน 1 - 6 ปี ร้อยละ 90.56

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.78 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.67 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 4.44 อาชีพหัตถกรรม ร้อยละ 3.33 และอาชีพค้าขาย ร้อยละ 2.78 ตามลำดับ ค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือนมีค่า 1,000 บาท รายได้ต่อเดือนน้อยที่สุด 500 บาท มากที่สุด 8,000 บาท รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 1,000 บาท ร้อยละ 55.56 รองลงมา 1,501 - 2,000 บาท ร้อยละ 13.89 ด้านภาระการเป็นหนี้ ส่วนใหญ่ไม่มีหนี้ ร้อยละ 62.78 และด้านความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอ กับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.67 รองลงมา ได้แก่ รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 39.44 และมีรายได้พอเพียงกับรายจ่ายและมีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 13.89

ปัจจัยด้านครอบครัว

ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว และมีคนดูแลกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.11 รองลงมาคือ อาศัยอยู่หลายครอบครัวในบ้านหลังเดียว ร้อยละ 21.67 เป็นครอบครัวเดี่ยวและไม่มีคนดูแล ร้อยละ 12.22 ตาม ลำดับ ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุน ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm S.D. = 23.64 \pm 4.38$, 95% CI = 23.00 - 24.29)

ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.22 มีโรค ประจำตัว ร้อยละ 47.78 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.21 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 24.42 และโรคเก๊าท์ ร้อยละ 3.49 ตามลำดับ ภาพรวมสถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm S.D. = 23.64 \pm 4.38$, 95% CI = 23.00 - 24.29) มีระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm S.D. = 7.57 \pm 1.64$, 95% CI = 7.33 - 7.81)

ปัจจัยด้านสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่ม/

ชมรม ร้อยละ 64.44 และในกลุ่มที่เป็นสมาชิกชมรม ร้อยละ 35.56 นั้นเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.75 รองลงมาเป็นสมาชิกชมรมทอผ้าพื้นเมือง ร้อยละ 15.63 และเป็นสมาชิกกลุ่มสตรี ร้อยละ 12.50 ตามลำดับ ด้านสถานะภาพทางสังคมส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางสังคม ร้อยละ 93.89 ส่วนตำแหน่งทางสังคมส่วนใหญ่ คือ กรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 81.82 ภาพรวมระดับปัจจัยด้านสังคมในด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} \pm S.D. = 10.77 \pm 2.35$, 95% CI = 10.43 - 11.12)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพในทุกมิติ ได้แก่ มิติด้านการทำงานด้านร่างกาย มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย มิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป มิติด้านการทำงานทางสังคม มิติด้านการมีชีวิตชีวา มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ และมิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป มีคุณภาพ

ชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในภาพรวม ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ

พบว่า อายุ อาชีพ และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว ตำแหน่งทางสังคมและโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับ เบี้ยยังชีพในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านที่มีความสัมพันธ์ (r) มากที่สุด ได้แก่ อายุ ($r = 0.32$, 95% CI = -0.451 - 0.189, P-value < 0.001) รองลงมาคือ อาชีพ ($r = 0.32$, 95% CI = -0.454 - 0.192, P-value < 0.001) และรายได้ต่อเดือน ($r = 0.32$, 95% CI = 0.184 - 0.447, P-value < 0.001) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงเชื่อมั่น และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร (n=180)

ปัจจัยด้านครอบครัว	Mean $\pm$ S.D.	95% CI of mean dif	แปลผล
มิติด้านการทำงานด้านร่างกาย	23.26 $\pm$ 5.10	22.50 - 24.01	ปานกลาง
มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย	8.46 $\pm$ 1.91	8.18 - 8.74	ปานกลาง
มิติด้านความเจ็บปวดทางกาย	4.25 $\pm$ 1.23	4.07 - 4.43	ปานกลาง
มิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป	10.19 $\pm$ 1.24	10.01 - 10.37	ปานกลาง
มิติด้านการทำงานทางสังคม	4.60 $\pm$ 1.21	4.42 - 4.78	ปานกลาง
มิติด้านการมีชีวิตชีวา	8.45 $\pm$ 1.07	8.29 - 8.61	ปานกลาง
มิติด้านข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	6.69 $\pm$ 1.40	6.49 - 6.90	ปานกลาง
มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป	11.73 $\pm$ 1.70	11.48 - 11.98	ปานกลาง
ภาพรวม	77.63 $\pm$ 9.70	76.20 - 79.06	ปานกลาง

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ			
	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์(r)	95% CI	p-value	ระดับความ สัมพันธ์
อายุ	0.32	-0.451 - 0.189	<0.001	ปานกลาง
อาชีพ	0.32	-0.454 - 0.192	<0.001	ปานกลาง
รายได้ต่อเดือน	0.32	0.184 - 0.447	<0.001	ปานกลาง
การดูแลสุขภาพสุขภาพตนเอง	0.27	-0.130 - 0.402	0.0002	ต่ำ
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	0.25	-0.106 - 0.381	0.0008	ต่ำ
ตำแหน่งทางสังคม	0.23	-0.156 - 0.137	0.0016	ต่ำ
โรคประจำตัว	0.19	0.043 - 0.033	0.0116	ต่ำ

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ

ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยพหุแบบขั้นตอน ได้ตรวจสอบข้อกำหนดทางสถิติ⁽¹⁰⁾ คือ 1) ค่า residual ต้องมีการแจกแจงแบบปกติ 2) ค่า residual มีค่า variance คงที่ (homoscedasticity) 3) ค่า residual ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าอื่น ๆ (no auto-correlation) และ 4) ไม่มี Multicollinearity

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เมื่อผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง 6.14 คะแนน อยู่ในช่วงระหว่าง -9.00 ถึง -3.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean dif = -6.14 , 95% CI = -9.00 - -3.27, P-value < 0.0001) เมื่อผู้สูงอายุที่ได้

รับเบี้ยยังชีพไม่มีโรคประจำตัว ทำให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 3.31 คะแนน อยู่ในช่วงระหว่าง 0.71 ถึง 5.91 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean dif = 3.31 , 95% CI = 0.71 - 5.91, P-value = 0.013) เมื่อคะแนนการดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ทำให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 0.95 คะแนน อยู่ในช่วงระหว่าง 0.31 ถึง 1.58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean dif = 0.95, 95% CI = 0.31 - 1.58, P-value = 0.004)

อาชีพ โรคประจำตัวและการดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ ได้ร้อยละ 17.59 ($adjR^2 = 0.3211 = 0.1759$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ระดับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

ตัวแปร	Mean $\pm$ SD	Mean difference	95% CI	p-value
อาชีพ		-6.14	-9.00 - -3.27	<0.0001
โรคประจำตัว		3.31	0.71 - 5.91	0.013
การดูแลสุขภาพของตนเอง	11.42 $\pm$ 2.10	0.95	0.31 - 1.58	0.004

$adjR^2 = 0.3211 = 0.1759$

อภิปรายผล

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ

ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของวีรพงษ์ ยางเดี่ยว⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดยโสธรและการศึกษาของกฤษณ์วงศ์เกิด⁽¹²⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล กระแสน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ในมิติด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ข้อที่มีคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดคือ ความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้มีสุขภาพดี มิติด้านการทำงานทางสังคม มีคุณภาพชีวิตน้อยในข้อสุขภาพกายหรือปัญหาทางอารมณ์ไม่รบกวน การทำกิจกรรมทางสังคมตามปกติ มิติด้านสุขภาพจิตทั่วไป มีคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดคือ ความรู้สึกสงบสบาย ในภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ มีคุณภาพชีวิตน้อยที่สุดคือ ความรู้สึกมีชีวิตชีวา และความรู้สึกสงบสบาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุของสมศักดิ์ ศรีสันติสุข⁽¹³⁾ ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความผิดปกติ คือ กระดูกข้ออักเสบ รูมาตอยด์ เก๊าท์ กระดูกผุ และกระดูกเชิงกรานหัก คือ เมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาท ทำให้ความมั่นใจในความสามารถ และคุณค่าของตนเอง

ลดลง เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เช่นเดียวกับแนวคิดการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุของกรมอนามัย⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุมีกี่ยวติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเขาจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก เพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัว การแสดงออกทางอารมณ์ ลักษณะของความท้อแท้ ใจน้อย หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้า สอดคล้องกับแนวคิดปัญหาของผู้สูงอายุที่เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของกชกร สังขชาติ⁽¹⁴⁾ ซึ่งกล่าวว่าปัญหาทางด้านจิตใจ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น กังวลต่อความเจ็บป่วย หงุดหงิด หวาดระแวง เศร้าซึม ท้อแท้ และผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การสูญเสียหน้าที่การทำงาน การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ได้แก่

1) **อาชีพ** สอดคล้องแนวคิดสมศักดิ์ ศรีสันติสุข⁽¹³⁾ ที่ได้กล่าวไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม เช่น การมีกำลังถดถอย การหยุดหรือการปลดจากงานประจำ การเปลี่ยนแปลงวิถีทางดำเนินชีวิตหลังจากเคยทำงานมาในช่วงเวลา 20 - 30 ปี การลดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่างๆ ลง สังคมแคบ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียบทบาท ซึ่งอาจกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ

ทำให้ความมั่นใจในความสามารถ และคุณค่าของตนเอง ลดลง และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุของผู้ที่ทำงานราชการเมื่ออายุ 60 ปี จะเป็นการสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ การงาน และรวมทั้งเกียรติและสิทธิต่าง ๆ ด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของประภาพรณ พลนาค⁽¹⁵⁾ ศึกษาการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเนินกุ่ม อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก และผลการศึกษาของณรงค์ลิ้มจันทร์ทอง⁽¹⁶⁾ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจ อาชีพ และการได้รับเบี้ยยังชีพมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) โรคประจำตัว จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 47.78 ในกลุ่มนี้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 37.21 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 24.42 และโรคเก๊าท์ ร้อยละ 3.49 ตามลำดับ สอดคล้องกับแนวคิดของอนุชาติ พวงสำลีและอรทัย อาจอ่ำ⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าสามารถวัดได้จากเรื่องชีวิตด้านสาธารณสุข การมีสุขภาพแข็งแรง มีความเจ็บป่วยไม่บ่อยครั้ง สอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization⁽¹⁸⁾ ที่กล่าวไว้ว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของประภาพรณ พลนาค⁽¹⁵⁾ ศึกษาการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเนินกุ่ม อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่า โรคประจำตัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3) การดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของวีรพงษ์ ยางเตียว⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบทจังหวัด

ยโสธร พบว่าการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท

จากผลการศึกษาทั้งหมดสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่อาชีพ โรคประจำตัวและการดูแลสุขภาพตนเอง แต่รายได้ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นในระดับนโยบาย จึงเน้นให้หน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องได้ตระหนักและดำเนินการเกี่ยวกับการมีอาชีพ การป้องกันและควบคุมโรคประจำตัว และเน้นให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

เพื่อพัฒนาและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ควรมีการดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีอาชีพหรืออาชีพเสริมที่เหมาะสมกับวัย มีการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องโรคประจำตัว และมีการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การเน้นการดูแลด้านสุขภาพเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหรือจิตใจหลังการเจ็บป่วยหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองโดย การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายจากข้อค้นพบจากการวิจัยนี้

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ควรสนับสนุนกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีอาชีพเสริมที่เหมาะสมกับวัย เช่น การส่งเสริมอาชีพเสริมแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่เคยมีงานประจำ หลังการเกษียณอายุราชการ เป็นต้น

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพอนามัย เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรเน้นการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ โดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคเก๊าท์ อย่างทั่วถึงและครอบคลุม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศาสตราจารย์ ดร.วงศาลัทธศิริวงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยยงค์ ขามรัตน์ อาจารย์สุทิน ชนะบุญ นายกัมปนาท บุญทอง คุณนิธิตา สมอหอม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพตลอดจนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอยะผานานิคม จังหวัดสกลนคร

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ประชากรประเทศไทย 31 ธันวาคม 2552. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: [มปพ.]; 2553.
2. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ: ที่คิวพี; 2552.
3. วรเวช สุวรรณระดา. แจกจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอย่างถ้วนหน้า มิใช่คำตอบสุดท้าย. มติชนรายวัน วันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2552: 14-14
4. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดสกลนคร. สรุปผลการจ่ายค่าเบี้ยยังชีพจังหวัดสกลนคร. สกลนคร: ม.ป.ท.; 2554.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน โคก-ไผ่. เอกสารประกอบการนำเสนอการตรวจราชการกรณีปกติระดับกระทรวง ปีงบประมาณ 2554. สกลนคร: ม.ป.ท.; (เอกสารอัดสำเนา). 2554.
6. ธาริน สุขอนันต์, สุภาวีย์ จาริยะศิลป์, และทัศนัท ทูมมานนท์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี. 2553.
7. อรุณ จิรวัดนกุล และคณะ. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; 2546.
8. วิษี เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต้ม. การพัฒนาและทดสอบมาตรฐานของแบบสอบถามสุขภาพ Short-Form HealthSurvey 36 ฉบับภาษาไทย ในบุคคลทั่วไปและการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2548
9. Bloom, Benjamin S. Human characteristics and school learning. New York: Mc Graw-Hill Book Co; 1976.
10. สุันทา เลานันท์. การสร้างทีมงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: แสนด์เมตสติกเกอร์แอนดีไซน์; 2549.
11. วีรพงษ์ ยางเตี้ย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตชนบท. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
12. กฤษณ์ วงศ์เกิด. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลกระแสน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง. รายงานการศึกษอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550.
13. สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาภาวะผู้สูงอายุ ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
14. กชกร สังขชาติ. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ชลบุรี. ภาควิชาศึกษานอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2538.
15. ประภาพรณ พลนาค. การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเนินกุ่ม อำเภอ บางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. รายงานการศึกษอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2552.
16. ณรงค์ ลิ้มจันทร์ทอง. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. รายงานการศึกษอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2551.

17. อนุชาติ พวงสำลีและอรทัย อาจอ่ำ. การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมไทย กรุงเทพฯ:สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2539
18. World Health Organization. WHOQOL-BREF. Introduction, Administration, Scoring and Generic of the Assessment: Field Trial Version. Geneva; 1996.

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด Changing Health behavior by participate to sustainable, in the diabetes mellitus risk group, Kasetwisai district: Roi-et province

สุขสันต์ อินทวิเชียร ป.พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง

Sooksanti Intarawichian Dip.in Nursing and Midwifery

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

Roi-Et, Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัด 3 ครั้ง โดยใช้กิจกรรมการเข้าค่ายแบบมีส่วนร่วมเป็นสิ่งทดลอง ร่วมกับการศึกษาเชิงคุณภาพในพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน เลือกพื้นที่ทำการวิจัยแบบเจาะจง คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 93 คน จัดกิจกรรมการเข้าค่ายของกลุ่มเสี่ยงด้านความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารถูกหลัก การออกกำลังกาย วิธีจัดการความเครียด การปรับอุณหภูมิอารมณ์ และการหาเครือข่ายเพื่อจัดตั้งชมรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้เปรียบเทียบความแตกต่างและความสัมพันธ์ของตัวแปรหลักด้วย Dependent t-test, Pearson's Correlation, Repeated measure ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.1 มีประวัติเสี่ยงโดยมีญาติเป็นเบาหวานร้อยละ 43.0 และกลุ่มอายุที่มากที่สุด คือ 45-64 ปี ร้อยละ 60.2 สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนความรู้โรคเบาหวานหลังเข้าค่ายเบาหวาน มีค่าสูงกว่าก่อนเข้าค่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และความสัมพันธ์ของคะแนนก่อนเข้าค่ายกับอายุและดัชนีมวลกาย พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก ส่วนอายุมีทิศทางตรงข้าม ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในส่วนของตัวแปรที่ศึกษาและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจำแนกก่อนและหลังเข้าค่าย พบว่าค่าดัชนีมวลกาย ค่าการวัดรอบเอว ค่าคอเรสเตอรอล ค่าไตรกลีเซอไรด์ ค่าน้ำตาลหลังอาหาร และค่าน้ำตาลก่อนอาหาร มีแนวโน้มลดลง โดยการวัดก่อนและหลังเข้าค่าย 3 เดือน 6 เดือน มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทุกตัวแปร และ เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ความแตกต่างของตัวแปรข้างต้นทุกตัว จำแนกตามการวัด 3 ครั้ง ทุกคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามลำดับ โดยที่ตัวแปรทุกตัวมีแนวโน้มลดลง หรือมีความคงทนและยั่งยืน

สำหรับการเข้าค่ายมีประโยชน์มากทำให้เริ่มมีการปรับเปลี่ยนตัวเองจากการปฏิบัติจริงขณะเข้าค่าย มีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ออกติดตามเรื่อยๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นตัวเขาเองและชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก ประเภทอาหารจะเป็นอาหารพื้นบ้านที่ทำมาจากปลา ด้านการทำงานและกิจกรรมประจำวัน มีอาชีพทำนา และกิจกรรม

ภายในบ้าน ด้านความเชื่อความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความเชื่อว่าสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานเกิดจากการกิน กรรมพันธุ์ ไม่ออกกำลังกาย ด้านความเครียด มีความวิตกกังวลกลัวตนเองเป็นโรคเบาหวาน และการพักผ่อน มีการนอนหลับพักผ่อนที่ดี ข้อเสนอแนะควรทำการวัดดัชนีชีวิตที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานซ้ำเพื่อเป็นการวัดความคงทนหรือยั่งยืน ซึ่งจะทำให้กระตุ้นการมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก เจตคติ ที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานอย่างยั่งยืนได้ต่อไป

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

Abstract :

This study research was Action Research : Quasi-experimental by 3 time in one group. The use reaching camp activity to participate was the treatment(tool), include quality study way of lifestyle of behavior in diabetes mellitus the risk group, selective the area did the specifically and calculate sample size 93 persons camp cooperate diabetes mellitus risk group. The reaching camp activity of the risk group knowledge side at the beginning about the diabetes mellitus and the eating was have a pillar, exercise, the way gets rid the tension, fining temperature the temper and seeking network for establish the assembly. Analyze the data by descriptive statistics, presentation by percentage, mean, standard deviation and inferential statistics by comparing with the difference and the relation of variable that study: by dependent t-test, Pearson's Correlation, Repeated measures ANOVA; significant at 0.05 level and content analysis for qualitative data.

The results show that : the majority was the female 73.1%, there was the history risks by have the relative was the diabetes 43.0% and the age group most be 45-64 year 60.2%. For points knowledge diabetes back comparison reaches diabetes camp be valuable tall more before reach the camp by significant statistics ($p < 0.001$) and relation comparison of the points before reaches the camp show that age with body mass index, by the body mass index has the relation in the direction adds, for age had the direction opposite which the relation aforementioned had the relation by significant statistics ($p < 0.05$). The part of the variable that studied and laboratory separate before and the back reaches the camp show that : the body mass index value (BMI.), measurement waistline value, triglyceride value (TG.), cholesterol value (CHL.), sugar value post-meal (DTX) and sugar value before meals (FBS), trend be down, by the measurement before and the back reach camp 3, 6 month been valuable share different prevent by significant statistics, ($p < 0.001$). The variable when compare with lay litigants in a different lawsuit of the every variable above, separate follow 3 measurements time, every a pair had the difference by significant statistics ($p < 0.05$), respectively. By tendency comparison of every variable trend be down and there was the durability and sustainable.

Camping for changing behavior was practical and need health personal follow up and encourage regularly. For continually was himself stimulation and the community always in the part of group behavior risks the diabetes mellitus show that : the majority had having a meal sticky behavior was pillar food, food kind was will local food at did to were from the fish, work side and the activity daily, there is an occupation did the farm, and indoor activity, belief understanding side about the diabetes, there is the belief that, the cause of diabetes occurrence is born from eating, heredity, did not exercise, tension side and the relaxation. There were the anxiety fears oneself was the diabetes, sleep relax well. The suggestion should did index measurement where risks to diabetes mellitus repeated for was the measurement something the durability and sustainable which, will made encourage participating and addition to understanding, awareness, attitude. To bring about to changing behavior had protected the diabetes permanently or sustainable next.

Keywords : Changing Behavior health, Participate in sustainable, The risk group diabetes mellitus.

ความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันพบว่าโรคไม่ติดต่อได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยนับตั้งแต่ปี 2523 เป็นต้นมา สำหรับสาเหตุการตายโดยรวมของประเทศ และยังพบต่อไปอีกว่า 5 ใน 10 โรคแรกของผู้ป่วยที่รับไว้ในสถานบริการสาธารณสุขล้วนป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น โรคเบาหวานเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีสาเหตุจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมและปัจจัยพยาธิสรีระของร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นโดยไม่รู้ตัว จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 ถึง 2548 ประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 71 โดยในปลายปี 2549 จะมีผู้ป่วยโรคนี้ถึง 344 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึงปีละประมาณ 3.2 ล้านคน โดยประเทศไทยมีความชุกร้อยละ 6.9⁽¹⁾ ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนอย่างมากทั้งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการจัดบริการเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าว รวมทั้งให้มีความสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาล “สร้างนำซ่อม” ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล⁽²⁾ โดยที่แนวทางในการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานที่ทำอยู่ในปัจจุบันมี 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันก่อนการเกิดโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยง 2) ชะลอการดำเนินของโรคโดยใช้มาตรการต่างๆ ที่มีอยู่ 3) ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทุพพลภาพเนื่องจากเบาหวาน⁽³⁾

สำหรับการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานหากดำเนินการอย่างต่อเนื่องและครบวงจรทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จะพบผลลัพธ์ในระยะ 3-5 ปี คือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานลดลง ส่งผลกระทบในระยะยาวที่ตามมาคือ ลดอัตราป่วย-ตายจากโรคเบาหวาน รวมถึงโรคแทรกซ้อนของหลอดเลือด ซึ่งปัจจัยสนับสนุนที่จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้เร็วขึ้น คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วนโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว ไม่สามารถควบคุมความอ้วนได้ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ไม่สามารถจัดการความเครียดได้ และปัจจัยทางสรีระของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง

ไขมันในโลหิตสูง เป็นต้น และจากเป้าหมายการรณรงค์ทั่วไทยปี 2545 ให้เป็น “ปีแห่งการสร้างสุขภาพ” โดยที่โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในนโยบายหลักที่ต้องลดอัตราป่วยและตาย เพราะจากการสำรวจความชุกโรคเบาหวานที่ผ่าน ๆ มาพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น ในจำนวนนี้มีผู้ที่เป็โรคเบาหวานที่ไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรครออยู่ครึ่งหนึ่ง⁽⁴⁾

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าถึงแม้โรคเบาหวานจะเป็นโรคเรื้อรังที่ยากต่อการรักษาให้หายขาด การป้องกันควบคุมที่ดีโดยเฉพาะในเรื่องของการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคจะสามารถลดการป่วย พิการ และตายจากโรค รวมทั้งชะลอการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคลงได้ แต่จากการทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และรูปแบบการให้สุขภาพศึกษาเบาหวานของชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ⁽⁵⁾ พบว่าการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานที่ผ่านมาเน้นการรักษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ องค์ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้เป็นนโยบายของประเทศได้ การรวบรวมองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นจริงทั้งในตนเอง ครอบครัว สังคม เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โดยการเน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมและความยั่งยืน ดังนั้นการจัดรูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จึงเป็นการป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคเบาหวานในระยะต่อมา

สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลชุมชนจัดเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นการดูแลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม ความยั่งยืน ที่ทำให้ชุมชนเข้มแข็งต่อไป⁽⁶⁾ โดยปัจจุบันการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน ในการบริการเชิงรับและเชิงรุก โดยการรักษาควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแสวงหารูปแบบที่เหมาะสม จากงานประจำที่ดำเนินงานอยู่ กล่าวคือ การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแบบฟอร์มที่กระทรวงสาธารณสุขให้ไว้ ผลการดำเนินงานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปี 2554 มีรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน 227 ราย โดยผลการศึกษาพบว่าความชุกโรคเบาหวานแยกเป็นกลุ่มเสี่ยง 2,332 คน (31.27 %) ส่วนกลุ่มเสี่ยงสูง คือมีระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหารเช้า 100–125 mg% หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารเช้า 140–199 mg% จำนวน 725 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 สำหรับกลุ่มสงสัยเบาหวานรายใหม่ 76 คน คิดเป็นร้อยละ 1.35⁽⁷⁾ แต่การเฝ้าระวังเชิงรุกในการค้นหาผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ยังคงต้องดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ดังนั้นผู้วิจัย จึงได้ทำการศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบ โดยใช้รูปแบบจากการดำเนินงานประจำผสมกับการจัดกิจกรรมเข้าค่ายฝึกอบรมในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อประเมินประสิทธิผลจากการจัดกิจกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรม การดำเนินชีวิตขณะเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังจัดกิจกรรม 3 และ 6 เดือน เพื่อจะได้ทราบความยั่งยืนของพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถ่ายทอดต่อครอบครัว และชุมชน ตลอดจนการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกถึงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ด้านการรับประทานอาหาร การทำงานกิจกรรมประจำวัน การออกกำลังกาย ความเชื่อและความเข้าใจโรคเบาหวาน ภาวะเครียดและการพักผ่อน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญในการประยุกต์ใช้กิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการเป็นโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงที่มีความคงทนอยู่อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ของอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้หลังจัดกิจกรรมการเข้าค่ายและพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
2. เพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของเกณฑ์ของดัชนีชี้วัดและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนและหลังเข้าค่าย 3 เดือน และ 6 เดือน
3. เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และมีภาวะดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ คือ พันธุกรรม (ญาติสายตรง) เป็นโรคเบาหวาน ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 หรือวัดรอบเอวชาย มากกว่า 36 นิ้ว หญิง มากกว่า 32 นิ้ว ค่าความดันโลหิต มากกว่า 140/90 mmHg มีอาการดังต่อไปนี้ ปัสสาวะบ่อยและมาก กินจุแต่ผอม ตื่นน้ำบ่อยและมาก เป็นแผลเรื้อรัง คันผิวหนังและอวัยวะเพศ และอาการชาตามปลายมือปลายเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ

พฤติกรรม การดำเนินชีวิต หมายถึง กิจกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงที่ศึกษา ที่ยึดถือเป็นปกติหรือปฏิบัติเป็นประจำจนเคยชินซึ่งผู้ศึกษาสนใจในด้านต่างๆ ดังนี้ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การทำงานและกิจกรรมประจำวัน/การออกกำลังกาย ความเชื่อและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และภาวะเครียด/การพักผ่อน

การมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน หมายถึง การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการพัฒนานตนเองเพื่อปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มเข้าค่ายและหลังเข้าค่าย ได้แก่ การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดจากเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการพัฒนาดังกล่าว จะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรมด้านสุขภาพ นอกจากนั้น เมื่อวัดความคงทนของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังเข้าค่ายยังมีค่าคงที่หรือลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย :

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) กลุ่มเดียววัด 3 ครั้ง (One-Group Pre- Post1-Post2 Design) โดยใช้กิจกรรมการเข้าค่าย เน้นแบบมีส่วนร่วมเป็นสิ่งทดลอง และมีการศึกษาเชิงคุณภาพควบคู่ไปด้วย ซึ่งสัญลักษณ์ที่ใช้ คือ

กิจกรรม O_1 X O_2 O_3

เมื่อ O_1 = การเก็บข้อมูลก่อนการศึกษา
 O_2 = การเก็บข้อมูลหลังกิจกรรมเข้าค่าย 3 เดือน
 O_3 = การเก็บข้อมูลหลังกิจกรรมเข้าค่าย 6 เดือน
 X = กิจกรรมเข้าค่ายแบบมีส่วนร่วม

นอกจากนั้น เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Quality study) ศึกษาพฤติกรรมกระดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

พื้นที่ทำการวิจัย : เป็นการเลือกพื้นที่ทำการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกพื้นที่ที่มีจำนวนบุคลากรเพียงพอ มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานตลอดทั้งมีวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนการปฏิบัติงานและเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนหลัก กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง : ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ที่มิภูมิลาเนาอยู่ในตำบลกำแพงของเขตอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ในขณะที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าค่าย 93 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเชิงคุณภาพด้านพฤติกรรมดำเนินชีวิต

ขนาดตัวอย่าง (Sample size) : การหาขนาดตัวอย่างในการศึกษาทั้งทดลอง ใช้สูตรหาตัวอย่างเพื่อทดสอบสมมติฐาน⁽⁸⁾ หรือการเปรียบเทียบความรู้ก่อนหลัง คือ
$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_\beta)^2 \sigma^2}{(\mu)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$

Z_β = ค่ามาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ $\beta = 0.10$

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของความรู้ก่อนและหลัง

(pilot study=2.5 คะแนน)

μ = ค่าความต่างของค่าเฉลี่ยก่อนหลังที่ยอมรับได้ (0.05) ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 93 คนในการศึกษาเชิงทดลอง ครั้งนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย :

1) การตรวจค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รายใหม่

2) การเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

3) วัดผลก่อนทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน

5) วัดผลหลังทดลอง 2 ครั้ง (3 และ 6 เดือน)

สำหรับกลุ่มตัวอย่างศึกษาเชิงคุณภาพ ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างที่สนทนากลุ่มเป็นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 10 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มที่เป็นเบาหวาน จำนวน 10 คน และกลุ่มเสี่ยงจำนวน 10 คน ทั้ง 10 หมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : ประกอบด้วย

1) แบบฟอร์มการคัดกรองเบาหวานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2) แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

3) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล

4) เครื่องมือ/อุปกรณ์ และสิ่งทดลอง ได้แก่ กิจกรรมการเข้าค่ายของกลุ่มเสี่ยง และการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน กิจกรรมการลงทะเบียนชั่งประวัติ การตรวจวัดความดันโลหิต การบรรยาย

สถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานในปัจจุบัน และความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พร้อมทั้งกิจกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค โดยผู้เข้าค่ายได้มีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล :

1) เจ้าหน้าที่คัดกรองกลุ่มเสี่ยงตามแบบฟอร์มการคัดกรองเบาหวานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2) เตรียมผู้สัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงรายบุคคลด้วยแบบสัมภาษณ์ให้มีความเข้าใจร่วมกันเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการผันแปรข้อมูล

3) เตรียมทีมที่จะทำสนทนากลุ่ม เพื่อให้มีการแบ่งหน้าที่และให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน

4) ขอความร่วมมือจากทีมสหบริการร่วมกันจัดกิจกรรมเข้าค่ายกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล : สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สถิติค่าตัวแทนข้อมูลสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป นำเสนอในรูป จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สถิติเชิงเปรียบเทียบความแตกต่างและความสัมพันธ์ของตัวแปรหลักที่ศึกษา คือ Dependent t-test, Pearson's Correlation, Repeated measure ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

0.05 และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล และจากการสนทนากลุ่ม ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวัน หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นคำถาม จากนั้นทำการตีความหมายจากข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล โปรแกรมที่ใช้ เป็นโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 93 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 68 คน (73.1%) ประวัติเสี่ยงโดยมีญาติเป็นเบาหวาน จำนวน 40 คน (43.0%) และกลุ่มอายุที่มีมากที่สุด คือ 45-64 ปี จำนวน 56 คน (60.2%) อายุเฉลี่ย 54 ปี (S.D.= 2.4 ปี) เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรที่ศึกษาและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจำแนกก่อนและหลังเข้าค่าย จะเห็นว่าค่าดัชนีมวลกาย ค่าการวัดรอบเอว ค่าคอเรสเตอรอล ค่าไตรกลีเซอไรด์ ค่าน้ำตาลหลังรับประทานอาหาร และค่าน้ำตาลก่อนรับประทานอาหาร มีค่าลดลง โดยการวัดก่อนและหลังเข้าค่าย 3, 6 เดือน มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรดัชนีและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำแนกก่อนและหลังเข้าค่ายเบาหวาน (n=93 คน)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง 3 เดือน		หลัง 6 เดือน	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.
ดัชนีมวลกาย	26.5	4.4	25.8	4.2	25.4	4.4
รอบเอว	35.2	4.2	34.2	4.4	32.2	4.9
คอเรสเตอรอล	192.1	4.4	181.5	3.7	167.5	43.2
ไตรกลีเซอไรด์	149.1	82.7	133.2	66.1	125.5	64.4
น้ำตาลหลังอาหาร(DTX)	217.3	86.7	147.5	71.6	168.7	92.7
น้ำตาลก่อนอาหาร(FBS)	103.2	4.2	98.6	4.1	91.8	4.7

เมื่อพิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าค่าย 3 เดือน 6 เดือน จะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเกินค่าปกติ มีแนวโน้มลดลง และกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ มีจำนวนเพิ่มขึ้น ในทุก ๆ ค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของตัวแปรดัชนีและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าค่าย เบาหวาน 3 เดือน 6 เดือน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง 3 เดือน		หลัง 6 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย						
<25	33	35.5	41	44.1	42	45.2
25	60	64.5	52	51.9	51	54.8
รอบเอว						
<36, 32	44	47.3	56	60.2	59	63.4
36, 32	49	52.7	37	39.8	34	36.6
คอเรสเตอรอล						
<200	59	63.4	73	78.5	80	86.0
200	34	36.6	20	21.5	13	14.0
ไตรกลีเซอไรด์						
<140	55	59.1	66	71.0	62	66.7
140	38	40.9	27	29.0	31	33.3
น้ำตาลหลังอาหาร(DTX)						
<200	48	51.6	79	84.9	75	80.6
200	45	48.4	14	15.1	18	19.4
น้ำตาลก่อนอาหาร(FBS)						
<100	60	64.5	65	69.9	75	80.6
100	33	35.5	28	30.1	18	19.4

การเปรียบเทียบ คะแนนความรู้โรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าค่ายเบาหวาน จะเห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังเข้าค่าย มีค่าสูงกว่าก่อนเข้าค่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทำกิจกรรมต่างๆ ในการเข้าค่ายเบาหวาน

ความรู้	n	$\bar{X}$	S.D.	diff. _x	S.D. _{diff.x}	t	df.	p-value
หลัง	93	11.5	2.3	1.6	2.3	6.4	2	<0.001
ก่อน	93	9.9	2.2					

การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของคะแนนก่อนและหลังเข้าค่าย กับตัวแปรอื่นๆ จะเห็นว่า อายุกับดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ก่อนเข้าค่าย โดยดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก ส่วนอายุมีทิศทางตรงข้าม ($r = 0.3, -0.2$ ตามลำดับ) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สำหรับการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของตัวแปรที่สำคัญที่เป็นดัชนีบ่งบอกความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ผลการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนก่อนเข้าค่ายเบาหวาน และหลัง 3 เดือน 6 เดือน พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ค่าการวัดรอบเอว ค่าคอเรสเตอรอล ค่าไตรกลีเซอไรด์ ค่าน้ำตาลก่อนอาหาร และค่าน้ำตาลหลังอาหาร ก่อนเข้าค่าย และหลัง 3 เดือน 6 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในทุกตัวแปรข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ความแตกต่างของทุกตัวแปรที่จำแนกตามการวัด 3 ครั้ง ก็พบว่าทุกคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในทุกตัวแปรเช่นกัน และพบว่า มีแนวโน้มลดลง หรือ มีความคงทน และยั่งยืน ในทุกตัวแปรของดัชนีชี้วัดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิตแบบมีส่วนร่วม เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยการทำสนทนากลุ่มทั้งก่อนและหลังเข้าค่าย มีสิ่งประทับใจของผู้เข้าค่ายได้แก่ สมาชิกที่เข้าค่ายด้วยกันเหมือนครอบครัวเดียวกัน เจ้าหน้าที่ที่ทีมงานน่ารัก ใส่ใจเป็นห่วง เป็นกันเอง ไม่ถือตัว ดีใจที่ได้รู้จักคนมากขึ้น โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ทุกคนให้ เกียรติกัน สนุกสนาน อาหารอร่อย ได้ความรู้ในสิ่งที่ไม่เคยรู้ดีใจ/ภูมิใจมากที่ได้มาเข้าค่าย อยากให้คนอื่น ๆ มาเข้าค่ายด้วย ไม่เคยคิดว่าจะมีกิจกรรมดี ๆ อย่างนี้อะไรให้จัดค่ายทุกปี และทำให้ทราบว่าภารกิจนี้อยู่ดีสามารถทำให้เป็นเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้ การติดตามประเมินผล 3 เดือนหลังเข้าค่าย พบมีปัญหาเรื่องการควบคุมอาหารจำนวน 15 คน ส่งพบนักโภชนาการ พบมีปัญหาเรื่องการออกกำลังกายไม่เหมาะสม ปวดตามข้อ จำนวน 13 คน ส่งพบนักกายภาพบำบัด สงสัยเป็น

เบาหวานจำนวน 8 คน ส่งตรวจน้ำตาลก่อนอาหารที่โรงพยาบาลผลตรวจทั้ง 4 คนไม่เป็นเบาหวาน ส่วนอีก 4 คน เป็นกลุ่มเบาหวานเดิม และมีภาวะเครียดมาก จำนวน 2 คน ส่งไปพบนักจิตวิทยาให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาลเกษตรวิสัย นอกจากนั้นข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า การเข้าค่ายมีประโยชน์มากทำให้มีการปรับเปลี่ยนตัวเองจากการปฏิบัติจริงขณะเข้าค่าย เช่น การเจาะเลือดหลังทานอาหารเป็นการเรียนรู้ด้วยตัวเอง เริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและอยากให้เจ้าหน้าที่ออกติดตามเรื่อย ๆ เพราะเป็นการกระตุ้นตัวเขาเองและชุมชนอย่างสม่ำเสมอ อยากให้มีการจัดทำค่ายอีกครั้งต่อไป

ในส่วน of ข้อมูลพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แยกสรุปได้ดังนี้ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่ารับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักปริมาณมาก ประเภทอาหารจะเป็นอาหารพื้นบ้านที่ทำมาจากปลา ซึ่งหาได้ง่ายในชุมชนนำมาประกอบอาหารประเภท ปั่น ต้ม แกง อ่อม ส่วนอาหารประเภทผัด ทอด คือ ไข่ทอด ปลาทอด หมูทอด ชอบดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน คือ โอวัลติน กาแฟ เติมน้ำตาลและนมข้น น้ำอัดลมดื่มตามเทศกาลงานบุญ 2) การทำงานและกิจกรรมประจำวัน พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา และกิจกรรมภายในบ้าน คือ ทำความสะอาดบ้าน ทำกับข้าว นอกฤดูกาลทำนา จะมีอาชีพรองคือ การทำสวน ทอเสื่อ หาปลา 3) ด้านความเชื่อความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานเกิดจากการกิน กรรมพันธุ์ ไม่ออกกำลังกาย ส่วนอาการของโรคเบาหวาน คือ หิวมาก กินเยอะ เหนื่อย/เพลีย กินน้ำบ่อย ฉี่บ่อย เป็นแผลหายช้า มีนชาตามมือและเท้า 4) ด้านความเครียดและการพักผ่อน พบว่า ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลกลัวตนเองเป็นโรคเบาหวาน และวิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัว เป็นห่วงคนในครอบครัวที่ไปทำงานต่างถิ่น และเครียดจากภาวะเศรษฐกิจมีหนี้สินเยอะ และกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว ส่วนใหญ่นอนหลับพักผ่อนได้ดี มีบางคนที่พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากการประกอบอาชีพค้าขาย และพักผ่อนไม่เพียงพอจากการดูแลคน

เจ็บป่วยในครอบครัว

วิจารณ์ผลและสรุปผล

การศึกษาตัวแปรดัชนีชี้วัดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน พบว่า ระดับของค่าดัชนีมวลกาย ค่าวัดรอบเอว ค่าไตรกลีเซอไรด์ ค่าคอเรสเตอรอล และค่าน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังอาหาร เมื่อก่อนและหลังการจัดกิจกรรมเข้าค่ายเบาหวาน 3 และ 6 เดือน ทุกตัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีแนวโน้มที่ลดลงนั้น จะพบว่าหลังเข้าค่ายใน 3 เดือนจะมีค่าแตกต่างกันชัดเจน ส่วนความแตกต่างระหว่างหลังเข้าค่าย 3 เดือน กับ 6 เดือน ค่อนข้างจะแตกต่างกันน้อย แม้จะมีแนวโน้มลดลงก็ตาม นั้นแสดงว่า การจัดกิจกรรมเข้าค่ายเบาหวานของการศึกษานี้ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารที่ถูกต้องการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหาเครือข่าย รวมทั้งกิจกรรมนันทนาการ ที่ประกอบด้วย การลงทะเบียน ชักประวัติ ตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดความสูง การบรรยายโดยเจ้าหน้าที่ การเจาะเลือด และการเรียนรู้ด้วยตัวเองของผู้เข้าค่าย สิ่งเหล่านี้จะทำให้มีความคงทน และความยั่งยืนของค่าดัชนีมวลกาย ค่าวัดรอบเอว ค่าไตรกลีเซอไรด์ ค่าคอเรสเตอรอล และค่าน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังอาหาร ได้อย่างดี และเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ^(9,10,11) ที่ควรนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

ในด้านของการศึกษาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจากผลการศึกษาข้างต้น จะเห็นว่า พฤติกรรมการดำเนินชีวิตด้านการรับประทานอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ชอบรับประทานข้าวเหนียว ซึ่งสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของคนภาคอีสาน ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม จะนิยมปลูกข้าวเหนียวเป็นส่วนมาก ส่วนข้าวเจ้าจะปลูกไว้ขาย ประชาชนโดยส่วนใหญ่จึงชอบรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก จึงเกิดความเคยชินกับการกินข้าวเหนียว กินแล้วอิ่มท้อง สามารถมีกำลังในการทำงานอย่างเต็มที่ ปริมาณการกินจะกินจนอิ่ม 2 ถึง 3 กำปั้นต่อมื้ออาหาร โดยเฉพาะมื้อเย็นจะกินมากกว่าทุกมื้อ

เนื่องจากไม่ต้องรีบร้อนไปทำงาน ในวัฒนธรรมของคนในภาคอีสาน จะชอบรับประทานอาหารร่วมกันกับคนในครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงมื้อเย็นซึ่งจะเป็นช่วงเวลาในการพูดคุยถามข่าวคราวซึ่งกันและกัน ทำให้มีโอกาสนับการรับประทานอาหารมื้อเย็นมากขึ้น

การชอบรับประทานของหวาน ขนมหวาน ขนมที่มีกะทิปน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังอาหารมื้อเช้า กลุ่มตัวอย่างโดยมากจะมีความชอบรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง ปริมาณมาก โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลงานบุญซึ่งมีเกือบทุกเดือน เช่น ขนมจีนน้ำยา ข้าวต้มมัด ขนมหวาน นอกจากนี้ยังพบว่าชนิดของอาหารที่กลุ่มตัวอย่างชอบรับประทานนั้นเชื่อมโยงกับการประกอบอาชีพในครอบครัวมีอะไรก็จะกินอันนั้น ครอบครัวที่ทำขนมจีนขายก็จะรับประทานขนมจีนบ่อยครั้งขึ้น ทำขนมถั่วตัดขายจะมีโอกาสกินถั่วตัดมากขึ้น จึงทำให้ยากต่อการควบคุมพฤติกรรมการกิน การกินปริมาณมากน้ำหนักเพิ่มทำให้อ้วนได้ง่าย ประกอบกับเป็นกลุ่มเสี่ยงทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชนิษฐา และคณะ⁽³⁾

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้านการทำงานและกิจวัตรประจำวัน จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกร ส่วนใหญ่ทำนา 2 ครั้งต่อปี ซึ่งการทำนาปักดำเองเป็นการใช้แรงในการทำงานค่อนข้างมาก สอดคล้องกับกินอาหารปริมาณมากขึ้น ส่วนนาปรังจะใช้วิธีหว่านซึ่งจะใช้แรงไม่มากนัก จึงทำให้การใช้แรงไม่สมดุลกับการกิน ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายเพราะเข้าใจว่าการทำงานในชีวิตประจำวัน เช่น ทำงานบ้าน ทำนา ทำสวน เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี โชติมงคล อัมพรพรรณ อีรานูตร และสุวรรณ บุญยะพรรณ⁽¹²⁾

ส่วนการศึกษาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้านความเชื่อ ความเข้าใจโรคเบาหวาน จากผลการศึกษาข้างต้น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงแต่เข้าใจว่าเกิดจากพฤติกรรมการกินโดยเฉพาะอาหารที่มีรสหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา

นั้นบุตรและคณะ(3) ที่พบว่า สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานตามการรับรู้ของผู้ป่วย เกิดจากความผิดปกติของอวัยวะภายในร่างกาย หรือจากการรับประทานอาหารหวานมาก ถ้าเป็นประเภทข้าวก็จะเป็นข้าวเหนียวในปริมาณที่มาก บางส่วนบอกว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ คนอ้วนเลือดลมในตนเองและไม่ได้ออกกำลังกาย ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคเบาหวาน ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินยังไม่ถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาของเทพหิมะทองคำ⁽¹³⁾ พบว่าการกินของหวานไม่ได้เป็นสาเหตุในการทำให้เกิดโรคเบาหวาน ในคนที่มีความเสี่ยง แต่จะทำให้ได้รับพลังงานเกินทำให้น้ำหนักเพิ่มหรืออ้วนขึ้น ซึ่งคนอ้วนจะมีความทนต่อกลูโคสที่ผิดปกติทำให้เป็นโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้น สำหรับอาการของโรคเบาหวานส่วนใหญ่สนใจเรียนรู้อาการจากการบอกเล่าหรือการพบเห็นกลุ่มที่ป่วยเป็นเบาหวานจากญาติหรือคนในชุมชนมากกว่าจากการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ หรือการรับทราบข้อมูลจากด้านอื่น ๆ และไม่สนใจเพราะตนเองไม่ได้เป็นเบาหวาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังขาดความตระหนักและไม่สนใจที่จะเฝ้าระวังสังเกตอาการของตนเอง

สำหรับการศึกษาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ด้านภาวะเครียดและการพักผ่อนโรคเบาหวาน จากผลการศึกษาข้างต้น พบว่า ส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลัวเป็นโรคเบาหวานจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน จากการคัดกรองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ตนเองทราบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง จึงมีความวิตกกังวลมากขึ้น ทำให้มีความเครียดในระดับหนึ่ง ซึ่งภาวะเครียดที่เกิดขึ้น จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายทำให้มีโอกาสเกิดภาวะเกิดน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกประการหนึ่งเมื่อเกิดภาวะเครียด จะส่งผลทางอ้อม คือ บางคนอาจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นส่งผลต่อการเป็นโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้นตามไปด้วย⁽¹³⁾

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ทำให้เราทราบวิธีการจัดการให้ความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งเป็น

เพราะว่าการจัดทำหลักสูตรที่เข้มข้นและการมีส่วนร่วมของทีมสหบริการของโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สถานบริการสาธารณสุขที่ได้จัดกระบวนการให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ด้วยตนเองด้วย ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดความตระหนัก ความรู้ ความเข้าใจ จนสามารถนำไปปฏิบัติเองได้จริงแล้วมีการชักชวนเพื่อนบ้านเพื่อหาเครือข่าย 1 คน ต่อ 5 คน ให้จับมือหรือชักชวนกันมาอบรมเพิ่มขึ้นอีกหลายรุ่น จนเกิดการขยายเครือข่ายที่ครอบคลุมไปยังหมู่บ้านอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียงโดยมีการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ที่ต่อเนื่องหลังจากเข้าค่ายแล้ว ซึ่งการติดตามอย่างต่อเนื่องและการขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไว้ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการใกล้เคียงเบาหวานนั้นจะทำให้พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนใกล้ชิดมีความยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดกิจกรรมเข้าค่ายเบาหวาน ในรูปแบบที่ได้กลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองโรคเบาหวานในระยะแรก ก่อน แล้วคัดเลือกผู้สมัครใจมาเข้าค่ายเบาหวาน ต่อจากนั้นทำการวัดดัชนีชีวิตอีก 3 เดือน 6 เดือน เป็นอย่างน้อยเพื่อความยั่งยืน จากนั้นนำมาศึกษาเจาะลึกถึงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ป้องกันโรคเบาหวาน ครั้งนี้จัดเป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงควรเสนอรูปแบบนี้ต่อกระทรวงสาธารณสุขเพื่อกำหนดรูปแบบในระดับนโยบายต่อไป

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และการขึ้นทะเบียนติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการดูแลตนเองครั้งนี้จะเป็นเสริมสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก เจตคติที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสมในระยะยาวที่ยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรวิสัย สาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย ที่ช่วยเหลือกิจกรรมเข้าค่ายเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่เป้าหมาย รวมทั้งคณะทีม

ผู้วิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำให้การวิจัยดำเนินไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณ ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาตร์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ข้อเสนอแนะด้านสถิติและวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 2005. New Approach to Health Education in Primary HealthCare: Report of a WHO Expert Committee. (Geneva: World Health Organization, Technical Report (Series), Geneva.144 : <http://www.thaihealth.net>. Site on February/22/2010.
2. สำนักโรคระบาดวิทยา. 2548. http://epid.moph.go.th/weekly/w_2548/wk48. สืบค้นเมื่อ 12/08/53.
3. ขนิษฐา นันทบุตรและคณะ. 2546. การศึกษาและการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานบนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน (ระยะที่ 1). วารสารสมาคมพยาบาล ปีที่ 21 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2546.
4. Thailabonline Health Site. 2548. www.thailabonline.com , สืบค้นเมื่อ 12/08/54.
5. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ. 2542. สุขศึกษากับโรคเบาหวาน : การทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และรูปแบบการให้บริการสุขศึกษา. ส่วนพฤติกรรมสุขภาพและสังคม สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 2553. รายงานประจำปี 2547. คลังน่านวิทยา, ขอนแก่น.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. 2554. สถานการณ์โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาปี 2545. (เอกสารอัดสำเนา).
8. อรุณ จิรวินกุล. 2548. ชีวสถิติ. คลังน่านวิทยา, ขอนแก่น.
9. Bloom, B.S. 1975. Taxonomy of Education Objective Hand book 1: Cognitive Domain. David McKay Company Inc, New York.
10. Pender, N.J. 1987. Health Promotion in Nursing Practice. (2 nd ed). Appleton and Lange, Norwalk. Suchman, E.A. 1967. Evaluative Research. Russell Sage Foundation, New York.
11. ญาณันธร กราบทิพย์. 2547. การแสวงหาการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
12. รัชนี โชติมงคล อัมพรพรรณ อีรานูตรและสุวรรณ บุญยะสิทธิ์. 2542. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. ศรีนครินทร์ เวชสาร. 14(1): 3-8.
13. เทพ หิมะทองคำ. 2547. ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน (Diabetes Mellitus). เอกสารประกอบการอบรมโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับโรงพยาบาลเทพารินทร์

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยโรคคอตีบในโรงพยาบาลเลย ช่วงเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน พ.ศ.2555

Case study: Diphtheria in Loei Hospital between June - November 2012

พัชรภา รัตนพูนกิจ พ.บ. ว.ว.อายุรศาสตร์

Phatcharapha Rattanaphunkit M.D. Thai Medical License Number

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลย

Department of Medicine Loei Hospital

บทคัดย่อ

โรคคอตีบนับว่าเป็นโรคระบาดที่ไม่ค่อยได้พบหลังจากได้มีการรณรงค์การฉีดวัคซีนป้องกันโรค แต่ในช่วงที่ผ่านมาประมาณเดือนมิถุนายน พ.ศ.2555 ได้เริ่มมีการระบาดในพื้นที่จังหวัดเลย โดยเฉพาะในอำเภอด่านซ้ายที่เริ่มมีการแพร่ระบาดของโรคและมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคนี้ จึงได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลยที่สงสัยโรคคอตีบและรายงานผู้ป่วยที่ยืนยันว่าเป็นโรคคอตีบ เพื่อให้ทราบถึงการแพร่ระบาด ความรุนแรงของโรค การดูแลรักษาผู้ที่สงสัยเป็นโรค และวิธีการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลยที่สงสัยป่วยเป็นโรคคอตีบที่มาด้วยอาการไข้ เจ็บคอ และตรวจพบแผ่นฝ้าบริเวณต่อมทอนซิลตามนิยามสำนักโรคระบาดวิทยาในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและเวชระเบียนผู้ป่วยนอกได้แก่ เพศ อายุ ภูมิสำเนา ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา และผลการรักษา พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 14 ราย อายุระหว่าง 12 วัน ถึง 39 ปี อายุเฉลี่ย 19 ปี เพศชาย 5 ราย เพศหญิง 9 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วย DAT และยาปฏิชีวนะ เป็นผู้ป่วยที่ยืนยันโรคคอตีบจริง 3 ราย และผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มน่าจะเป็นโรคคอตีบ 11 ราย ในจำนวนผู้ป่วยที่ยืนยันโรค 3 ราย เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ 1 ราย ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบแน่นอน 1 ราย และไม่แน่ใจเรื่องการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับวัคซีนเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบและเสียชีวิต ส่วนผู้ป่วยอีกสองรายตอบสนองต่อการรักษาและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่สำคัญที่สุดคือการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และการได้รับวัคซีนป้องกันโรค ช่วยลดอัตราการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการเสียชีวิต

Abstract

Diphtheria is a bacterial infection of upper respiratory tract. It is characterized by fever, sore throat and thick gray membrane that may cause obstruct breathing. The most serious complications are cardiac and neurological involvement due to toxin produced by this toxin producing bacteria.

This study shows patients with diphtheria in Loei Hospital since June to December 2012. There were 14 cases, 9 were female. Rang from 12 days to 39 years old mean 19 years. All case has sore throat, fever and tonsillar patch. All case received DAT and antibiotics. 3 in 14 had positive culture and 1 was dead.

The dead patient immigrated from Laos and had no vaccination. He presented with multiple organs failure, he is receive DAT but did not receive recommend antibiotic. The other were treated with DAT and recommend antibiotics. They had no complication.

Early diagnosis in suspected patient with fever, sore throat, patch and proper treatment these suspected patient with DAT and recommend antibiotics can decrease severity, complication and mortality rate of this disease.

บทนำ

โรคคอตีบ หรือ Diphtheria ถือเป็นโรคระบาดที่เกิดขึ้นจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ *Corynebacterium diphtheria* โดย Hippocrates เป็นผู้ให้คำนิยามครั้งแรกเมื่อ 5 ทศวรรษที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยโรคคอตีบในชุมชนแออัด ในกลุ่มชนที่มีเศรษฐกิจไม่ดี เด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนจะติดเชื้อมาตั้งแต่เล็กหลังจากภูมิคุ้มกันจากแม่หมดลง ส่วนใหญ่จะพบในเด็กอายุระหว่าง 1-6 ปี สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วและมีระดับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบสูง โรคนี้จะหมดไปหรือพบได้น้อยมาก ถึงแม้อุบัติการณ์ของโรคจะลดลงอย่างเห็นได้ชัดจนทุกแห่ง แต่อัตราป่วยตาย ยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่คือ ประมาณร้อยละ 10 สหรัฐอเมริกา เริ่มมีการใช้ diphtheria antitoxoid อย่างแพร่หลายในปี ค.ศ. 1920 ซึ่งสามารถควบคุมการระบาดของโรคคอตีบได้ดี โดยมีการเกิดโรคก่อนได้วัคซีนอย่างน้อย 200,000 ราย หลังจากได้มีการรณรงค์เรื่องวัคซีนเกิดโรคประมาณ 1000 ราย⁽¹⁾ แต่ยังคงมีการระบาดของโรคคอตีบในปี ค.ศ. 1970 ในเมือง Alaska, Arizona, Montana, New Mexico, South Dakota และ Washington มีอัตราการเกิดโรคมกกว่า 1 คนต่อประชากร 1 ล้านคนผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นคนที่ได้รับวัคซีนไม่ครบ⁽²⁾

ในปัจจุบัน โรคคอตีบยังคงเกิดในกลุ่มคนพื้นเมืองอเมริกัน, กลุ่มคนที่ไม่มียี่เพกอาศัย, สังคมชั้นต่ำ, คนที่ดื่มสุราเป็นประจำ, กลุ่มคนอพยพและนักท่องเที่ยวที่มาจากประเทศที่มีความเสี่ยงและมีการระบาดของโรค⁽³⁾ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีการรณรงค์การให้วัคซีนในปี ค.ศ. 1990-1995 หลังจากที่มีโรคคอตีบระบาดในประเทศรัสเซีย โดยมีการระบาดมากกว่า 157,000 ราย และเสียชีวิตประมาณ 5,000 ราย ตามรายงานของ WHO⁽⁴⁻⁵⁾ สถานการณ์ในประเทศไทย

ประเทศไทยได้มีการนำวัคซีนป้องกันโรคคอตีบมาใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2520 จากข้อมูลของนักระบาดวิทยา ในช่วงปี พ.ศ. 2536-2545 มีจำนวนผู้ป่วยโรคคอตีบ 10-53 รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วย 0.02-0.09 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุ 0-4 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด 0.23 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 5-9 ปี มีอัตราป่วย 0.18 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุ 10-14 ปี มีอัตราป่วย 0.1 ต่อประชากรแสนคน ส่วนกลุ่มอายุมากกว่า 15 ปี มีอัตราป่วยเพียง 0.008 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายเป็น 0.0015-0.02 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายอยู่ระหว่างร้อยละ 7.69-42.11⁽⁷⁾ พ.ศ. 2536 มีรายงานผู้ป่วย 67 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 6.99 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคน และอัตราป่วยตายร้อยละ 28.36 อุตการณ์โรคเริ่มลดลงในปี พ.ศ. 2538-2546 พบว่าอัตราป่วย 0.6-3.10 ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคนและอัตราป่วยตายลดลงเหลือร้อยละ 0.00-19.23 โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2545 และปี พ.ศ. 2546 มีอัตราป่วยเพียง 1.1 (9 ราย) และ 0.6 (5 ราย) ต่อเด็กเกิดมีชีวิตแสนคนตามลำดับ ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตเลยทั้งสองปี⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังคงพบการระบาดของโรคคอตีบอยู่เสมอ เช่น ที่จังหวัดยะลาได้พบโรคคอตีบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2553 จำนวน 19 ราย เสียชีวิต 4 ราย ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดโรคนี้ระบาด เนื่องจากเด็กในพื้นที่ได้รับวัคซีนไม่ถึงร้อยละ 50 และบางส่วนก็รับวัคซีนไม่ครบ 5 ครั้ง ทำให้ไม่มีภูมิคุ้มกันโรคและเกิดการติดต่อกันได้อย่างรวดเร็ว

สำหรับปัจจุบัน ช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 พบการระบาดของโรคคอตีบในพื้นที่จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 จังหวัด ได้แก่ เลย หนองบัวลำภูและอุดรธานี ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 26 มิถุนายน 2555 ที่อำเภอด่านซ้ายจังหวัดเลย

ผู้ป่วยรายล่าสุดเริ่มป่วยวันที่ 14 พฤศจิกายน 2555 ที่อำเภอผาขาว จังหวัดเลย รวมผู้ป่วยที่ยืนยันโรคคอตีบจำนวน 31 ราย น่าจะเป็นโรคคอตีบ 2 ราย สงสัยโรคคอตีบ 6 ราย และเป็นพาหะ 68 ราย

สำหรับจังหวัดเลยมีผู้ป่วยยืนยันโรคคอตีบช่วงวันที่ 24 มิถุนายน – 25 ตุลาคม 2555 จำนวน 27 ราย น่าจะเป็นโรคคอตีบ 1 ราย และเป็นพาหะ 61 ราย

ดังนั้น จากสภาพการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น มีความจำเป็นที่จะต้องทราบสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคคอตีบ ความรุนแรงของโรค เพื่อกระตุ้นให้มีการรณรงค์การฉีดวัคซีนป้องกันโรค และมีความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยโรคคอตีบ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและลดอัตราการตายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคคอตีบ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทราบถึงการแพร่ระบาดของโรคคอตีบ ความรุนแรงของโรค การดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยโรคคอตีบ เพื่อลดอัตราการแพร่ระบาด อัตราการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และลดอัตราการตาย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลยตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและเวชระเบียนผู้ป่วยนอกได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนา ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการรักษา และผลการรักษา

นิยามผู้ป่วย

ผู้ป่วยสงสัย มีอาการและอาการแสดงครบทั้ง 3 ข้อ ดังต่อไปนี้

- ไช้
- เจ็บคอ
- แผ่นฝ้าขาวปนเทา ติดแน่นที่บริเวณทอนซิลช่องคอ และ/หรือโพรงจมูก กล่องเสียง

หมายเหตุ: ถ้าแผ่นฝ้าลามออกนอกบริเวณทอนซิล ให้คิดถึงโรคคอตีบมากขึ้นเป็นพิเศษ

ผู้ป่วยเข้าข่ายหรือน่าจะเป็น หมายถึงผู้ป่วยสงสัยที่มีลักษณะอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ดังต่อไปนี้

- ทางเดินหายใจอุดตัน
- กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบหรือปลายประสาทอักเสบ ภายใน 1-6 สัปดาห์หลังเริ่มมีอาการ
- เป็นผู้สัมผัสต่อผู้ป่วยที่วินิจฉัยคอตีบในช่วง 2 สัปดาห์ ก่อนมีอาการป่วย
- กำลังมีการระบาดของโรคคอตีบเกิดขึ้นในพื้นที่ในช่วงเวลานั้น
- เสียชีวิตจากโรคดังกล่าว (ไม่ได้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุหรือโรคอื่นๆ ที่รู้สาเหตุ)
- การวินิจฉัยโดยการตัดโรคอื่นออก โดยใช้ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการช่วย เช่น เพาะเชื้อจากลำคอไม่พบเชื้อ *streptococcus group A* หรือผลการตรวจเลือดไม่พบลักษณะที่สนับสนุนว่าเป็น infectious mononucleosis ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึงผู้ป่วยสงสัยหรือผู้ป่วยเข้าข่ายที่มีผลบวกต่อเชื้อ *Corynebacterium diphtheria* (จาก throat swab, nasopharyngeal swab หรือ nasal swab culture)

การวินิจฉัยโรค

อาการอาการทางคลินิก มีไอเสียงก้อง เจ็บคอ ตรวจพบแผ่นเยื่อในลำคอ บริเวณทอนซิลและลิ้นไก่ (uvula) มีอาการของทางเดินหายใจตีบตัน การวินิจฉัยที่แน่นอนคือการเพาะเชื้อ *C.diphtheriae* โดยใช้ throat swab เชื้อบริเวณแผ่นเยื่อหรือใต้แผ่นเยื่อ หรือจากแผ่นเยื่อที่หลุดออกมา เนื่องจากต้องใช้อาหารเลี้ยงเชื้อชนิดพิเศษในการเพาะเชื้อ จึงควรจะต้องติดต่อแจ้งห้องปฏิบัติการเมื่อนำส่ง specimen เมื่อเพาะได้เชื้อ *C. diphtheriae* จะต้องทดสอบต่อไปว่าเป็นสายพันธุ์ที่สร้าง exotoxin

การรักษา

1) การให้ยา diphtheria antitoxin (DAT)* เมื่อแพทย์ตรวจและสงสัยว่าเป็นคอตีบ จะต้องรีบให้ DAT โดยเร็วที่สุด เพื่อให้ไปทำลาย exotoxin ก่อนที่จะเกิดอันตรายต่อกล้ามเนื้อหัวใจและปลายประสาท ทั้งนี้ โดยไม่ต้องรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ขนาดของ DAT ที่ให้พิจารณาตามความรุนแรงของโรค

หมายเหตุ: *การให้ antitoxin ต้องทำ skin test

2) ให้ยาปฏิชีวนะ เพนนิซิลิน ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเป็นเวลา 14 วัน ถ้าแพ้เพนนิซิลิน ให้ใช้ erythromycin แทน ยาปฏิชีวนะจะไปทำลายเชื้อ *C. diphtheriae*

3) เด็กที่มีโรคแทรกซ้อนจากการอุดตันของทางเดินหายใจ จะต้องได้รับการเจาะคอเพื่อช่วยให้หายใจได้ ส่วนโรคแทรกซ้อนทางหัวใจและทางเส้นประสาทให้การรักษาระดับประคองตามอาการโรคแทรกซ้อนทางหัวใจ

นับเป็นสาเหตุสำคัญของการตายในโรคคอตีบ

4) เด็กที่เป็นโรคคอตีบจะต้องพักเต็มที่ อย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนทางหัวใจ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นปลายสัปดาห์ที่ 2

ผลการศึกษา

พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลยช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ที่สงสัยโรคคอตีบจำนวน 14 ราย อายุระหว่าง 12 วัน ถึง 39 ปี อายุเฉลี่ย 19 ปี เพศชาย 5 ราย เพศหญิง 9 ราย อาการที่พบมีไข้สูง เจ็บคอ และตรวจพบแผ่นฝ้าที่บริเวณต่อมทอนซิล พบว่ามีผู้ป่วยที่ยืนยันโรคคอตีบจริง 3 ราย ในผู้ป่วยที่ยืนยันโรค 3 ราย เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ 1 ราย ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบแน่นอน 1 ราย และอีก 1 รายไม่แน่ใจเรื่องการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทั่วไป การได้วัคซีน อาการนำ การรักษา ผลทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อนและผลการรักษาในกลุ่มผู้ป่วย 14 ราย ในจังหวัดเลย

ลำดับที่	เพศ	อายุ(ปี)	การได้วัคซีน	อาการนำ	การรักษา	ภาวะแทรกซ้อน	ผล Throat swab c/s for diphtheria	ผลการรักษา
1	หญิง	10	ไม่แน่ใจ	ไข้สูง เจ็บคอ	DAT, Erythromycin	-	negative	กลับบ้าน
2	ชาย	12 วัน	ไม่ได้รับ	ไข้ กินได้น้อย	DAT, PGS	-	negative	กลับบ้าน
3	หญิง	9	ไม่แน่ใจ	ไข้ ไอ เจ็บคอ กลืนลำบาก	DAT, PGS	DAT allergy	positive	กลับบ้าน
4	หญิง	17	ได้รับ	ไข้ เจ็บคอ	DAT, PGS	-	positive	กลับบ้าน
5	ชาย	20	ได้รับ	ไข้ เจ็บคอ	DAT, PGS	-	negative	กลับบ้าน
6	หญิง	39	ได้รับ	ไข้ เจ็บคอ	DAT, Erythromycin	-	negative	กลับบ้าน
7	หญิง	18	ไม่ได้รับ	ไข้ เจ็บคอ	DAT, PGS	Penicillin allergy	negative	กลับบ้าน
8	หญิง	32	ได้รับ	ไข้ เจ็บคอ	DAT, PGS	-	negative	กลับบ้าน
9	หญิง	15	ได้รับ	ไข้ ไอ เจ็บคอ	DAT, PGS	-	negative	กลับบ้าน

ลำดับ ที่	เพศ	อายุ(ปี)	การได้ รับวัคซีน	อาการนำ	การรักษา	ภาวะแทรกซ้อน	ผลThroat swab c/s for diphtheria	ผลการ รักษา
10	ชาย	25	ไม่ได้รับ	ไข้ เจ็บคอ หายใจ ลำบาก	DAT,Ceftriaxone	ARF, Septic shock, upper airway obstruction, CHF,DIC, ARDS	positive	เสียชีวิต
11	ชาย	23	ได้รับ	ไข้ เจ็บคอ	DAT, Erythromycin	-	negative	กลับบ้าน
12	หญิง	18	ได้รับ	ไข้ เจ็บคอ	DAT, Erythromycin	-	negative	กลับบ้าน
13	หญิง	19	ได้รับ	ไข้ เจ็บคอ	DAT,PGS	-	negative	กลับบ้าน
14	ชาย	28	ไม่แน่ใจ	ไข้ เจ็บคอ	DAT,PGS	-	negative	กลับบ้าน

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาแรก เป็นเพศชาย ชาวม้ง อายุ 25 ปี อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนา บ้านกกท้อ ตำบลกกสะทอน อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย ส่งตัวจากโรงพยาบาลด่านซ้าย เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2555 เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเลย ระหว่างวันที่ 8-11 กรกฎาคม 2555 ผู้ป่วยได้ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด่านซ้ายเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2555 ด้วยอาการไข้สูงและเจ็บคอ 3 วันก่อน มาโรงพยาบาล ตรวจร่างกายแรกพบ tonsillar grand enlargement ทั้งสองข้าง และมี dirty exudate ทั้งสองข้าง Oxygen saturation 95-98% ขณะ on mask with bag 10 LPM ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีน Suspected: Diphtheria with impending upper airway obstruction การรักษาที่ได้รับจากโรงพยาบาลด่านซ้าย คือ PGS 2 mu ทางเส้นเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง เริ่มให้วันที่ 6 กรกฎาคม, DAT 80,000 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ, Ciprofloxacin 400 มิลลิกรัม ทางเส้นเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง เริ่มให้วันที่ 7 กรกฎาคม เพื่อรักษาภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ, Adrenaline via nebulizer ทุก 2 ชั่วโมง วันที่ 8/7/55 มีอาการหายใจ หอบเหนื่อยมากขึ้น Oxygen saturation 85% ต่อมา ทอนซิลโตมากขึ้น ขนาดของ exudate มีขนาดกว้างขึ้น ส่งตรวจ throat swab culture และ gram strain พบลักษณะ

numerous gram negative cocci, numerous gram negative bacilli และ few gram positive bacilli ใส่ endotracheal tube และส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเลย ตรวจร่างกายแรกพบ BP 113/63 mmHg, PR 126/min, BT 38c, RR 32/min, neck swelling, dirty white patch on tonsillar grand, endotracheal tube pink frothy secretion lung generalize fine crepitation both lung, equal breath sound ตรวจร่างกายระบบอื่นไม่พบความผิดปกติ Provisional diagnosis: Severe pneumonia with acute respiratory failure

การรักษา Mechanical ventilator, Ceftriaxone 2 กรัม และ Levofloxacin 750 mg ทางหลอดเลือดดำ วันละครึ่ง Clindamycin 600 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง **Laboratory** วันที่ 8/7/55 CBC: Hct 41% WBC 8,630, N75% L20% M4% Plt 34,000 BUN 20 mg/dl, Cr 1.0 mg/dl, Na 131, K 4.1, Cl 99, TCO2 24.8 Sputum gram stain: not found organism ABG: pH 7.38, pCO2 45, pO2 450 FiO2 100% at ER (แรกรับ), EKG Normal, CXR แรกพบมีลักษณะเป็น patchy infiltration both lung with pulmonary congestion



เวลา 13.10 น. หายใจหอบมากขึ้น pink frothy secretion มากขึ้น RR 40/min **Diagnosis CHF** การรักษา Furosemide 40 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง, 7.5%NaHCO₃ 2 amp iv push วันที่ 9/7/55 เริ่มมี oliguria BP drop ร่วมกับมี sign of hypoperfusion ต้อง on inotropic drug CBC Hct 36% WBC 7,860, N84% L8% M7% Plt 11,000 BUN 46 mg/dl, Cr 1.9 mg/dl, Na 140, K 3.5, Cl 103, TCO₂ 30 ABG pH 7.38, pCO₂ 45, pO₂ 450 FiO₂ 100% วันที่ 10/7/55 อาการแย่ลง Active problem คือ Septic shock, ARDS, Acute renal failure BUN 77 Cr 3.0 Na 138 K 3.7 Cl 99 TCO₂ 28.6 Urine output 600 cc in 24 hr, Hepatocellular injury LFT Total protein 5.4 Albumin 1.9 TB 1.39 DB 1.14 AST 508 ALT 244 ALP 563, DIC Hct 34 WBC 12,200, N86% L8% M6% Plt 71,200 เวลา 23.00 น. หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น oxygen saturation 75% ABG pH 6.88, pCO₂ 66, pO₂ 66 BP 80/60mmHg หลังจาก resuscitate อาการไม่ดีขึ้น วันที่ 11/7/55 ผล Lab วันที่ 11/7/55 BUN 104 Cr 4.1 Na 134 K 5.1 Cl 94 TCO₂ 18.9 AST 6810 ALT 2400 Sputum culture ส่งจากโรงพยาบาลเลย no growth, Melioidosis Ab และ Leptospira negative เวลา 7.00 น. EKG asystole cardiac arrest เสียชีวิตเวลา 7.41 น. Throat swab culture for diphtheria ที่ส่งจากโรงพยาบาลด่านซ้าย Positive **Definite diagnosis:** Diphtheria with multiple organs failure

ผู้ป่วยรายต่อมา เป็นหญิงไทย อายุ 17 ปี อาชีพ นักเรียน ภูมิลำเนา บ้านวังใหม่ ต.วังสะพุง อ.วังสะพุง

จ.เลย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลย วันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2555 ด้วยอาการ ไข้ เจ็บคอ 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจร่างกาย BP 110/80 mmHg, PR 122/min, BT 39.5°C RR 18/min Neck no swelling, white patch on left tonsillar gland ตรวจร่างกายระบบอื่นปกติ



รูปถ่ายผู้ป่วยวันแรกที่เข้ารับการรักษา

Provisional diagnosis: Diphtheria

การรักษา Penicillin G 2 mu ทางเส้นเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง, DAT 20,000 ยูนิต ทางเส้นเลือดดำ Paracetamol เวลา มีไข้ และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

ผล Lab วันที่ 6/10/55 CBC: Hct 31% WBC 13,500, N81% L15% M4% Plt 449,000 BUN 20 mg/dl, Cr 0.8 mg/dl, Na 135, K 4.1, Cl 100, TCO₂ 24 CXR normal EKG normal วันที่ 7/10/55 อาการเจ็บคอลลดลง ไข้ลดลง white patch ที่ต่อมทอนซิลมีขนาดลดลง วันที่ 8/10/55 ไม่มีไข้ไม่เจ็บคอ ตรวจคอ ไม่พบ white patch ที่ต่อมทอนซิล วันที่ 9/10/55 อาการปกติ จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านโดยให้ยา Erythromycin ขนาด 250 mg ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 4 ครั้งติดต่อกันจนครบ 14 วัน ผล Throat swab culture for diphtheria positive

Definite diagnosis : Diphtheria

ผู้ป่วยรายล่าสุด เป็นหญิงไทยอายุ 9 ปี ภูมิลำเนา บ้านศรีสงคราม ตำบลศรีสงคราม ต.วังสะพุง อ.วังสะพุง จ.เลย ประวัติการได้รับวัคซีน ไม่แน่ใจว่าได้ครบหรือไม่ เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเลยวันที่ 13 กันยายน 2555 ด้วยอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ กลืนลำบาก 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ตรวจร่างกาย

BP 110/70 mmHg, PR 100/min, BT 39.2c, RR 26/min, neck no swelling of neck, no Bull neck appearance, thickening white patch at pharyngeal wall (contact of bleeding) and tongue ตรวจร่างกายระบบอื่นปกติ การรักษา Penicillin G 300,000 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง, Paracetamol 2 tsp prn for fever, Skin test erythematous rash at skin test area > 6 mm ให้ CPM 6 mg ก่อนให้ DAT 30 นาที Adrenaline (1:1,000) 0.2 ml im ก่อนให้ DAT DAT 80,000 unit plus 5%D/ NSS 1,600 ml iv drip 60 ml/ หลังได้ DAT ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้

ผล Lab วันที่ 13/09/55 CBC: Hct 38% WBC 8,960, N64% L27% M6% E1% Plt 232,000 BUN 9 mg/dl Cr 0.5 mg/dl, Na 134, K 4.0, Cl 103, TCO2 21.9, CXR normal Throat swab gram stain: mixed organism วันที่ 14/09/55 ไข้เริ่มลดลง ยังมีอาการเจ็บคอ เจ็บลิ้น กลืนอาหารลำบาก ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไอลดลง ไม่มีอาการแพ้ DAT วันที่ 15/09/55 ไม่มีไข้ยังมีอาการเจ็บคอ เจ็บลิ้น กลืนลำบาก ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย วันที่ 16/09/55 ไม่มีไข้ ไม่เจ็บคอ กลืนได้ดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น วันที่ 17/09/55 ไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้ปกติ จำหน่ายกลับบ้านโดยไม่มีความแทรกซ้อน ได้รับยา Erythromycin 1 เม็ด 4 เวลา จนครบ 14 วัน ผล Throat swab culture for Diphtheria Positive

Definite diagnosis: Diphtheria

วิจารณ์ จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่สงสัยโรคคอตีบในโรงพยาบาลเลยช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการไข้ เจ็บคอ และตรวจร่างกายพบแผ่นฝ้าที่บริเวณต่อมทอนซิลที่สงสัยโรคคอตีบจำนวน 14 ราย พบว่า มีผู้ป่วยยืนยันโรคจำนวน 3 ราย ซึ่งผู้ป่วยรายแรกมีระบบการทำงานของร่างกายล้มเหลวหลายระบบตั้งแต่แรกเริ่มและอาการแยลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งเสียชีวิต ถึงแม้จะได้รับการฉีด DAT แล้วก็ตาม อาจเนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบและเป็นผู้ที่อพยพมาจากประเทศที่มีการณรงค์การฉีดวัคซีนน้อย จึงทำให้การ

ดำเนินของโรครุนแรงมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบร่วมกับไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ (Antibiotic) ที่มีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อ *C.diphtheria* จึงทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด เมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการได้รับวัคซีนครบ ร่วมกับการได้รับการฉีดกระตุ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคก่อนที่จะมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ทำให้อาการที่เป็นไม่รุนแรง ร่วมกับการได้รับการรักษาที่เหมาะสมทั้ง DAT และ Antibiotic การดำเนินของโรคจึงใช้เวลาเพียง 3-4 วัน ก็สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ โดยไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนผู้ป่วยรายล่าสุดซึ่งไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีนแน่ชัด อาการของโรคไม่รุนแรงเหมือนผู้ป่วยรายแรก ซึ่งคาดว่าน่าจะเกิดจากการได้รับการรักษาที่เหมาะสมทั้ง DAT และ Antibiotic จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

การรณรงค์การฉีดวัคซีนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือขบวนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรงพยาบาลเลยจึงได้มีมาตรการการปฏิบัติตามหลักการแยกผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคคอตีบในโรงพยาบาลเลย ดังนี้ แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน จัดให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยซึ่งมีอาการ ไข้ เจ็บคอ ไอ มีเสมหะ สวมผ้าปิดปากและจมูกทุกครั้ง แยกให้ผู้ป่วยนั่งรอตรวจที่จุดตรวจโรคทางเดินหายใจด้านหน้า OPD หรือ ER, ยื่นทำบัตรตรวจโรค รับยาโดยเจ้าหน้าที่ศูนย์แปลหรือเจ้าหน้าที่ห้องตรวจ บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสวมผ้าปิดปากและจมูกทุกครั้งและทำความสะอาดมือด้วยการล้างมือหรือลูบมือด้วยแอลกอฮอล์ลูบมือทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย ทำความสะอาดพื้นที่ตรวจผู้ป่วย จัดเก็บมูลฝอยเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงาน ส่วนผู้ป่วยใน จัดให้เจ้าหน้าที่สวมผ้าปิดปากและจมูกทุกครั้งให้การดูแลผู้ป่วยและทำความสะอาดมือทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย แยกผู้ป่วยไว้ในห้องแยกโรคหรือจัดห้องพิเศษเป็นห้องแยกโรค และจำกัดจำนวนญาติที่เฝ้าผู้ป่วย 1 คน และไม่ควรมุมนเวียนผู้เฝ้าเพื่อป้องกันการเพิ่มจำนวน

ผู้สัมผัสโรค แยกอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัว ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต ปรัช ภาชนะรับประทานอาหาร จัดถึงผ้าเช็ดตัวและถังมูลฝอยในห้องเพื่อป้องกันการปนเปื้อนภายในหอผู้ป่วย จัดให้มีแอลกอฮอล์ล้างมือไว้หน้าห้องผู้ป่วยแต่ละห้อง ติดป้ายเตือนหน้าห้องผู้ป่วย “ห้องแยกโรค/ป้องกันโรค” “ติดต่อพยาบาลก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง” และเน้นการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ การทำความสะอาดอุปกรณ์ให้ปฏิบัติโดยเน้นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ การสวมเครื่องป้องกันร่างกาย การจัดเก็บในกล่องมิดชิดขณะเคลื่อนย้ายเพื่อป้องกันการปนเปื้อนกับสิ่งแวดล้อม การทำความสะอาดห้องผู้ป่วยให้ปฏิบัติโดยแยกอุปกรณ์ทำความสะอาดและจัดไว้เป็นลำดับสุดท้าย หากจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย บุคลากร ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องสวมผ้าปิดปากและจมูกทุกครั้งและหลีกเลี่ยงการใช้เส้นทางที่มีคนหนาแน่น การปฏิบัติสำหรับบุคลากรเน้นการใช้เครื่องป้องกันทุกครั้งทั้งปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย ทำความสะอาดมือทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย สังเกตอาการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น ไข้ เจ็บคอ ไอ มีแผ่นฝ้าที่คอ หลังดูแลผู้ป่วยให้แจ้งแพทย์เพื่อตรวจรักษา และควรรับการฉีดวัคซีนป้องกันคอตีบตามโปรแกรมของโรงพยาบาลที่จัดให้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ที่ช่วยแนะนำการเขียนรายงานและข้อมูลการระบาดของโรคคอตีบ แพทย์หญิงกรรณิการ์ นิตยยะกุล หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม และนายแพทย์อุดมศักดิ์ บุญส่งทรัพย์ ที่ช่วยแนะนำการเขียนรายงานและข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเลย และน.ส.ศุภมิตร ไตรอด ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเลย

เอกสารอ้างอิง

1. CDC. Summary of notifiable diseases United States, 2001; May 2 2002; i-xxiv, 1-108.
2. Chen RT, Broome CV, Weinstein RA. Diphtheria in the United States, 1971-81. Am J Public Health; Dec 1985;1393-7.
3. Harnisch JP, Tronca E, Nolan CM, Turck M, Holmes KK. Diphtheria among alcoholic urban adults. A decade of experience in Seattle. Ann Intern Med. Jul 1 1989;111(1):71-82.
4. Mattos-Guaraldi AL, Moreira LO, Damasco PV, Hirata Júnior R. Diphtheria remains a threat to health in the developing world an overview. Mem Inst Oswaldo Cruz. Dec 2003;98(8):987-93.
5. Vitek CR, Wharton M. Diphtheria in the former Soviet Union: reemergence of a pandemic disease. Emerg Infect Dis. Oct-Dec 1998;4(4):539-50.
6. de Benoist AC, White JM, Efstratiou A, et al. Imported cutaneous diphtheria, United Kingdom. Emerg Infect Dis. Mar 2004;10(3):511-3.
7. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข โรคคอตีบ สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2543. Annual epidemiological Surveillance Report 2000. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์;2543.110-7.
8. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข โรคคอตีบ สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2543. Annual epidemiological Surveillance Report 2000. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์;2543. 341-61.

การประเมินผลนโยบายต่อการขับเคลื่อนโครงการอำเภอควบคุมโรค เข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่ของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2555

Evaluation of policy related to the implementation of the programme on competent district in Disease control in responsible area of The office of Disease prevention and control 6, Khon Kaen, 2012

ศรีสุนทร วิริยะวิภาต สม.(สาธารณสุขศาสตร์)
กังสดาล สุวรรณรงค์ พย.ม.(การพยาบาลชุมชน)
ชุตินา วัชรกุล สม.(สาธารณสุขศาสตร์)
ศศม. (บรรณารักษศาสตร์และสารนิเทศศาสตร์)
สารัช บุญไธรย์ วทม. (เวชศาสตร์ชุมชน นานาชาติ)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

Srisunthorn Viriyavipart M.P.H. (Public Health)
Kangsadal Suwannarong M.N.S.(community health nursing)
Chutima Wachrakul M.P.H. (Public Health)
M.A. (Library and Information Science)
Sarach Buntri M.Sc. (Community Medicine)
Office of Disease prevention and control 6, Khon Kaen

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินนโยบายต่อการขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่จังหวัดที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบจำลอง CIPP ของสตฟเฟิลบีม ด้วยการประเมิน 4 ด้าน มีบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบุคคลที่เกี่ยวข้องจำนวน 108 คน จาก 43 หน่วยงาน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม แบบสอบถามและข้อมูลย้อนหลังจากรายงานต่าง ๆ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใช้การตรวจสอบความตรงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลโดยตรวจสอบความถูกต้อง และความเชื่อมโยงของข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า ใช้ระยะเวลาการศึกษารวม 21 เดือน ระหว่าง มกราคม 2554 - กันยายน 2555 ผลการประเมินพบว่า ด้านสาระนโยบายมีความชัดเจน สอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบันของการป้องกันควบคุมโรค ส่วนใหญ่สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ ด้านการจัดสรรงบประมาณพบว่า ร้อยละ 53.3 ของผู้ถูกประเมิน มีความเห็นว่าการโอนงบประมาณสนับสนุนเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับตำบลยังคงค่อนข้างล่าช้า และการสื่อสารถ่ายทอดนโยบายมีความล่าช้าและไม่ครอบคลุมในระดับอำเภอและตำบลในปีแรก ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 เห็นว่ารูปแบบการอบรมเนื้อหา และการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการอบรมทีม SRRT ตำบลมีความเหมาะสม แต่เวลาอบรมเพียง 1 วันไม่เพียงพอ สำหรับองค์ประกอบของปัจจัยสำคัญต่อผลสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรค พบว่า ส่วนใหญ่ระดับอำเภอจะเลือกนำเสนอจากปัญหาโรคประจำถิ่นในพื้นที่ และความพร้อมของทีมปฏิบัติงานในพื้นที่ ได้แก่ ใช้เลือดออกเสีปโตสไปโรซิส อาหารเป็นพิษ และวัณโรค ตามลำดับ ในด้านการบริหารจัดการที่สนับสนุนการขับเคลื่อนงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง พบว่า ได้มีความพยายามจะผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ ทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัด

ความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน จะเป็นส่วนหนึ่งของการทำให้ลดอัตราการป่วย การตายลง และพัฒนาระบบข้อมูลระบาดวิทยา เพื่อให้ระบบงานประจำที่เชื่อมโยงกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ในด้านต่าง ๆ เพื่อเสริมให้นโยบายมีพลังขับเคลื่อนสู่ความสำเร็จของการดำเนินโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ : อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง การประเมินผล นโยบาย

Abstract

The objective of this evaluation research was to evaluate policy according to the program on competent district in disease control which has been implemented between January 2011 and September 2012 by using CIPP Model as a tool for evaluation. Four components including context, input, process and output were evaluated by CIPP model among 108 related and responsible Health personnel from 43 organizations. Data collection was made by interview, focus group, questionnaire and gathering from report, documents. Research instrument validation and content reliability were analyzed. Data verified by triangulation technique. The study was conducted between January 2011 and September 2012. The result revealed the strong and appropriate policy relevant to the implementation of the program on competent district in disease which fit very well to the situation. Most of health personnel from provincial level suggested that the policy was quite appropriate and feasible for further implementation. Fifty three point three percent of them viewed that the budget allocation for improvement of potential of the District SRRT was somewhat delayed, together with similar delay in communication of policy to the district level in the first year. More than 70 percent agreed with the training module of district SRRT but suggested that 1 day course was not sufficient for completed all content. In terms of investigation and disease control outcome. In addition, most district teams were more inclined to select and focus only the successful operation from endemic disease in their area as issue to be evaluated such as dengue hemorrhagic fever, leptospirosis, food poisoning and tuberculosis respectively. Attempts were made for management to better support of program on competent district in disease control both regional and provincial level. The impact of successful implementation of policy could make more effective outcome in terms of decreasing of morbidity and mortality from communicable and non communicable disease, together with better improve of surveillance system for routine work which subsequently related to mutual benefit of stakeholders in the future.

Authors have made relevant recommendation on more effective policy to be a prime mover for successful implementation of program in competent district on disease control in the near future.

Key words : Disease control competent district, Evaluation, Policy

บทนำ

นโยบายกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เน้นหนักในการสร้างความเชื่อมั่นในด้านควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และทันต่อ สถานการณ์คือ การพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง แบบยั่งยืน เป็นการพัฒนาระบบและกลไกการบริหาร จัดการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับ อำเภอ โดยพิจารณาตามเกณฑ์คุณลักษณะ 5 ประการ⁽¹⁾ ได้แก่ การมีคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพ การมีระบบระบาดวิทยาที่ดี การวางแผนการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การระดมทุนหรือการ สนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็น รูปธรรม และการมีผลสำเร็จของการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญ

จากสภาพปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น (สคร.6ขก.) พบว่าส่วนใหญ่เป็นปัญหาโรคทางเดิน อาหาร โรคทางเดินหายใจ และโรคติดต่อทางแมลง ซึ่งเป็นโรคประจำถิ่น รวมทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่กำลังมีแนวโน้มที่จะ เป็นปัญหามากขึ้น อีกทั้งในช่วงต้นปีงบประมาณ 2555 หลายพื้นที่ประสบอุทกภัย จึงต้องวางแผนการบริหาร จัดการเพื่อเตรียมพร้อมรองรับภัยพิบัติหรือเหตุฉุกเฉิน ที่อาจเกิดขึ้น กรมควบคุมโรคจึงมุ่งหวังให้แต่ละอำเภอมิ ระบบการบริหารจัดการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่ดี มีแนวทางการแก้ปัญหาสาธารณสุข ตามบริบทของพื้นที่โดยอำเภอเป็นจุดเชื่อมต่อในการ พัฒนา การสนับสนุน การส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค ดังนั้นการติดตามและประเมินผลจึงมีบทบาทสำคัญเพื่อ ประกอบการตัดสินใจในการพัฒนากระบวนการ หรือวิธี การดำเนินงาน การบรรลุผลสำเร็จของการดำเนินงานใน ด้านความเหมาะสมของวิธีการหรือกระบวนการพัฒนา ซึ่งจะช่วยให้ได้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการขยายผล โครงการ รวมทั้งมีประโยชน์ต่อการพัฒนาปรับปรุง องค์การ แผนงานโครงการและส่งผลต่อระบบข้อมูล สารสนเทศต่อไป จากบทบาทภารกิจดังกล่าว สคร.6 ขก.จึงให้ความสำคัญในการประเมินผล การพัฒนาอำเภอ

ควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (ปี 2554-2555) โดย ประเมินลักษณะการบริหารจัดการของจังหวัดในการขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนซึ่งเป็นการ ตอบสนองวิสัยทัศน์และพันธกิจของหน่วยงานตาม นโยบายของกรมควบคุมโรคและคาดว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้บริหารเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ วางแผน พิจารณาปรับกลยุทธ์การพัฒนางานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบท รวมทั้งเป็นแนวทางในการปรับกระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อเป้า ประสงค์ และยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินนโยบายการขับเคลื่อนอำเภอ ควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร.6 ขก.
2. เพื่อรับทราบปัญหาและข้อจำกัด รวมทั้งทราบ แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการอำเภอควบคุมโรค เข้มแข็ง ในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร.6 ขก. เพื่อนำ ไปใช้ในการปรับปรุงนโยบาย และการดำเนินงานให้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นิยามเชิงปฏิบัติการ

การประเมินผล⁽²⁾ หมายถึง การรวบรวมวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายอำเภอควบคุม โรคเข้มแข็ง ปี พ.ศ. 2554-2555 ของ สคร.6 ขก. โดย ครอบคลุมวัตถุประสงค์ เจเนอรัล ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่ผลที่เกิดขึ้นอย่างไร เจเนอรัลที่ทำให้เกิดความ แตกต่าง ผลการประเมินสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุง นโยบายเดิม พัฒนานโยบายใหม่ กำหนดมาตรการใหม่ วางแผนงาน/โครงการ สามารถจัดสรรทรัพยากรให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้น

จังหวัดที่มีระบบและกลไกการบริหารจัดการให้ เกิดการพัฒนา อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง⁽²⁾ หมายถึง จังหวัดสามารถจัดระบบและกลไกการบริหารจัดการให้ ครบถ้วน ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ภายใต้องค์ประกอบ 5 ประการ ดังนี้ 1. จังหวัดนำข้อมูลทางระบาดวิทยาของ โรคและภัยสุขภาพมาประเมินสถานการณ์ รวมถึงปัจจัย

ที่เกี่ยวข้องอื่นมากำหนดเป้าหมายวางแผนและปฏิบัติการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในจังหวัดและ/หรือหน่วยงานภายนอก 2. จังหวัดมีกลไกการสนับสนุนให้อำเภอผ่านเกณฑ์คุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน 3. จังหวัดมีระบบการติดตามความก้าวหน้าและผลสำเร็จพร้อมสรุปผลการดำเนินงานปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะ 4. จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังสอบสวนโรค และการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ 5. อำเภอผ่านเกณฑ์คุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนตามเป้าหมาย ภาพรวมจังหวัดต้องมีจำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ 60 ของอำเภอทั้งหมดในจังหวัด

อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนตามคุณลักษณะที่กำหนด^(2,3) หมายถึง อำเภอสามารถปฏิบัติตามเกณฑ์คุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน 5 ประการ ได้แก่ 1. มีคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2. มีระบบระบาดวิทยาที่ดี 3. วางแผนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 4. การระดมทุนหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นรูปธรรม 5. ผลสำเร็จของการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ หรือเป็นปัญหา

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model 4,5,6,7 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ

- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นพ.สสจ.) และ/หรือ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน(ผชว.)
- ประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (ผู้อำนวยการ รพศ./รพท. รพช. หรือ สสอ.)
- ผู้ประสานงานหลักระดับจังหวัด หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มระบาด หัวหน้ากลุ่มควบคุมโรคของ สสจ.

- บุคลากรที่ผ่านการอบรมการพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับตำบล

- ผู้อำนวยการ รพสต.และ/หรือ บุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

2. กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มนพ.สสจ.ในพื้นที่รับผิดชอบ

กรอบแนวคิดการประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น



ของ สคร.6ขก.และ/หรือ ผชชว. ประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ผู้ประสานงานหลักโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับเขตและระดับจังหวัด หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยา หัวหน้ากลุ่มควบคุมโรคของ สสจ. จังหวัดละ 5 คน ครอบคลุมทั้ง 9 จังหวัด จำนวน 45 คน

ลักษณะที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) บุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน และทำหน้าที่เป็นครู ก ในระดับอำเภอและจังหวัดเพื่อประเมินสาระด้านนโยบายและความพึงพอใจต่อการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนจำนวน 108 คน (กลุ่มประชากรทั้งหมด 190 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานหลักระดับจังหวัด 2 คน ระดับอำเภอ 134 คน และผู้ที่ผ่านการอบรมครู ก ในระดับจังหวัด 40 คน)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

3.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยนำเครื่องมือที่สร้างจากกรมควบคุมโรค เก็บข้อมูลจากนพ.สสจ. ผชชว. ประธานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และผู้ประสานงานหลักระดับจังหวัด หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยา และหัวหน้ากลุ่มควบคุมโรคของ สสจ. ประเด็นข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ได้แก่ ความสำเร็จที่ผู้บริหารต้องการให้เกิดขึ้น กลยุทธ์ที่ต้องดำเนินการเพื่อให้ถึงเป้าหมาย ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาโครงการ ความคาดหวังต่อบทบาท สคร. และอำเภอเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน บรรลุตามความคาดหวัง และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาโครงการในปีต่อไป

3.2 ประเด็นสนทนากลุ่ม (Focus Group) ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีประสบการณ์ 2 คน เก็บข้อมูลจากบุคลากรที่ผ่านการอบรมการพัฒนาศักยภาพ SRRT

ระดับตำบล ที่เป็นตัวแทนในพื้นที่เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 10 และ 12 จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5-7 คน

3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน เครื่องมือชุดนี้ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของกรมควบคุมโรค เนื้อหาผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีประสบการณ์ 2 คน ข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (Rating Scale) เก็บข้อมูลจากบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน และผ่านการอบรมหลักสูตรครู ก ในระดับอำเภอและจังหวัด โดยทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้เท่ากับ 0.95

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ใช้วิธีตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการประเมินผลอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน กรมควบคุมโรค จำนวน 5 คน

5. การรวบรวมข้อมูล

5.1 ทำหนังสือถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

5.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม ในส่วนของบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ ในเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2554

5.3 เก็บข้อมูลความพึงพอใจต่อการดำเนินงานระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2555

5.4 เก็บรวบรวมข้อมูลด้านผลลัพธ์ ตามคุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ตามเอกสารสรุปรายงานนิเทศตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 10, 12 และข้อมูลในระบบออนไลน์ของสำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ในการบรรยายข้อมูลแจกแจง

6.2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยตรวจสอบความถูกต้อง และความเชื่อมโยงของข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคสามเส้า (Triangulation)

7. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการประเมินผลวิธีประเมินผล ประโยชน์ที่จะเกิดจากการประเมินผล และสิทธิในการปกปิดข้อมูล ตลอดจนสิทธิของผู้ให้ข้อมูลที่จะให้หรือปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลตามความสมัครใจ

ผลการศึกษา

1. ด้านบริบทและปัจจัยนำเข้า

1.1 การประเมินนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน สคร.6 ขก.

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 108 คน อายุเฉลี่ย 37 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 52.8 ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.8 เป็นผู้รับผิดชอบอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ ทั้งนี้ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรครู ก จากกรมควบคุมโรค ในการพัฒนา SRRT ระดับตำบลทุกคน (ตารางที่ 1)

1.1.2 การประเมินนโยบาย องค์ประกอบด้านสาระนโยบาย กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 62.9 เห็นว่าเป้าหมายของนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งค่อนข้างชัดเจน ร้อยละ 54.6 ค่อนข้างสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบันของการป้องกันควบคุมโรค ร้อยละ 65.8 หน่วย

งานระดับจังหวัดมีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ความสอดคล้องของแผนงาน ความสอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินงานของจังหวัด ร้อยละ 53.7 ของหน่วยงานส่วนกลางมีแนวทาง/แผนปฏิบัติงาน/กิจกรรมที่รองรับนโยบายค่อนข้างชัดเจน นโยบายสอดคล้องกับแผนงาน/โครงการ/แผนปฏิบัติงานของจังหวัด ร้อยละ 54.6 แผนปฏิบัติงานและกิจกรรมตามนโยบาย มีความสอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินงานตามปีงบประมาณของจังหวัด ร้อยละ 75.9 และหน่วยงานกรมควบคุมโรคมีการถ่ายทอดนโยบายแนวทางการปฏิบัติงาน/แผนกิจกรรมลงสู่ผู้ปฏิบัติค่อนข้างชัดเจน ร้อยละ 64.8 (ตารางที่ 2)

ในองค์ประกอบด้านการจัดสรรงบประมาณ ร้อยละ 64.8 เห็นว่า การจัดสรรงบประมาณค่อนข้างสอดคล้องกับแผนงานโครงการ/แผนปฏิบัติงาน/กิจกรรมของจังหวัด และร้อยละ 52.8 เห็นว่างบประมาณที่มีการจัดสรรค่อนข้างเพียงพอ ทั้งนี้ร้อยละ 53.3 เห็นว่าการโอนงบประมาณจากกรมควบคุมโรคให้ สสจ. ดำเนินการค่อนข้างล่าช้า

ส่วนองค์ประกอบด้านการพัฒนาบุคลากร และสิ่งสนับสนุน พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.4 เห็นว่าการเตรียมความพร้อมบุคลากรเพื่อรองรับนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนมีความเหมาะสม การกำหนดผู้รับผิดชอบโครงการของหน่วยงาน และ สสจ. ค่อนข้างชัดเจนร้อยละ 56.5 และชัดเจนมาก ร้อยละ 52.8 การประสาน ชี้แจง ถ่ายทอดนโยบายจากกรมควบคุมโรค และ สคร.6 ขก. สู่ผู้รับผิดชอบงานของ สสจ. และ สสอ. ก่อนดำเนินโครงการค่อนข้างชัดเจนร้อยละ

ตารางที่ 1 สถานปฏิบัติงาน และหน้าที่รับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่าง (n=108)

หน้าที่รับผิดชอบ \ สถานที่ปฏิบัติงาน	สสจ.	รพศ/รพท/ รพช.		รพสต.	รวม
		สสอ.	รพช.		
ผู้รับผิดชอบงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับจังหวัด	23.2				23.2
ผู้รับผิดชอบโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนระดับอำเภอ		36.1	26.8	13.9	76

(ร้อยละ)

ตารางที่ 2 องค์ประกอบด้านสาระนโยบาย (n=108)

ประเด็น	(ร้อยละ)		
	ชัดเจนมาก/ สอดคล้องมาก	ค่อนข้างชัดเจน/ ค่อนข้าง สอดคล้อง	ไม่ชัดเจน/ ไม่สอดคล้อง
เป้าหมายนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน	28.8	62.9	8.3
นโยบายมีความสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบันของ การป้องกันควบคุมโรค	43.5	54.6	1.9
หน่วยงานระดับจังหวัดสามารถนำนโยบายไปสู่แนวทาง การปฏิบัติได้	25.9	65.8	8.3
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลางมีแนวทาง/แผนปฏิบัติงาน/ กิจกรรมที่รองรับนโยบาย	35.2	53.7	11.1
มีความสอดคล้องกับแผนงานโครงการ/แผนปฏิบัติงาน ของจังหวัด	40.8	54.6	4.6
แผนปฏิบัติงานและกิจกรรมตามนโยบาย มีความสอดคล้องกับ ระยะเวลาดำเนินงานตามปีงบประมาณของจังหวัด	15.8	75.9	8.3
หน่วยงานกรมควบคุมโรค ที่มีการถ่ายทอดนโยบายแนวทางการ ปฏิบัติงาน/แผนกิจกรรม ลงสู่ปฏิบัติ	27.6	64.8	7.6

75.8 แต่เห็นว่าค่อนข้างล่าช้าถึงร้อยละ 82.6

ด้านการถ่ายทอด ชี้แจง วางแผนดำเนินการและการประสานงาน จากกรมควบคุมโรคและ สคร.6ขก. สู้สจ. และ สสอ. ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.8 เห็นว่าค่อนข้างชัดเจน กระบวนการถ่ายทอด ชี้แจง และวางแผนดำเนินการระหว่างหน่วยงานกรมควบคุมโรคสู่หน่วยงานผู้ปฏิบัติ การอบรมหลักสูตร SRRT ตำบล ที่สคร.6ขก. สนับสนุนจังหวัด และการสนับสนุนของจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนนโยบายในระดับพื้นที่ที่มีความเหมาะสม ร้อยละ 78.7, 78.7 และ 69.8 ตามลำดับ โดยการประสานติดตามสนับสนุนจากหน่วยงานกรมควบคุมโรคค่อนข้างต่อเนื่อง ร้อยละ 63.6 กิจกรรมการจัดการอบรมหลักสูตร SRRT ตำบลซึ่งสคร.6 ขก. สนับสนุนจังหวัดยังไม่เหมาะสม เนื้อหาในหลักสูตรค่อนข้างมาก แต่ใช้เวลาในการอบรมเพียง 1 วันเท่านั้น

ด้านการประชาสัมพันธ์และสื่อสาร พบว่าส่วนใหญ่

ร้อยละ 77.8 เห็นว่าการสื่อสารประชาสัมพันธ์จาก สคร. 6ขก. สู้จังหวัด/อำเภอค่อนข้างสอดคล้องกับสภาพการณ์ของงานป้องกันควบคุมโรค มีเนื้อหาเพื่อการสื่อสารประชาสัมพันธ์ค่อนข้างชัดเจนโดยร้อยละ 70.4 เห็นว่าการสื่อสารประชาสัมพันธ์ค่อนข้างต่อเนื่อง และร้อยละ 65.7 เห็นว่าเข้าใจง่ายสามารถสื่อความหมายตามที่ต้องการมีช่องทางและสื่อที่ใช้เพื่อการสื่อสารค่อนข้างหลากหลาย

สำหรับองค์ประกอบด้านผลของนโยบายส่วนใหญ่เห็นว่าคุณลักษณะที่ใช้ประเมินผลอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน 5 ด้านมีความเหมาะสม โดยเฉพาะคุณลักษณะด้านการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรมคิดเป็นร้อยละ 82.9 รองลงมาร้อยละ 79.6 เป็นคุณลักษณะด้านคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับคุณลักษณะด้านการวางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัย

สุขภาพ คุณลักษณะด้านผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ และคุณลักษณะด้านระบบระบาดวิทยาที่ดี คิดเป็นร้อยละ 79.0 ร้อยละ 76.2 และร้อยละ 75.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

คุณลักษณะด้านผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่อย่างน้อยประเด็นละเรื่องนั้น ควรมีกรอบสำหรับการประเมินผลการดำเนินงานโรคและภัยสุขภาพที่มีความหลากหลายมากกว่าเดิม

1.2 บริบทของพื้นที่รับผิดชอบของ สคร.6 ขก.

จากนโยบายด้านสุขภาพของประเทศไทย ได้กำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนา โดยให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทุกระดับทุกขั้นตอน และพบว่า ทุกหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร.6 ขก. ได้นำนโยบายทางด้านสุขภาพไปจัดทำแผนงาน โครงการ จุดเริ่มต้นของนโยบาย เนื่องมาจากการนำข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาและการป้องกันควบคุมโรคมาวิเคราะห์ไม่ต่อเนื่อง การวางแผนงาน

ป้องกันควบคุมโรคไม่มีแนวทางชัดเจนในแต่ละพื้นที่ ส่วนใหญ่การจัดระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเป็นการตั้งรับ ทำให้การพบเหตุการณ์ของโรคล่าช้า การดำเนินงานควบคุมโรคจึงล่าช้าไปด้วย

ปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นโรคทางเดินอาหาร โรคทางเดินหายใจ และโรคติดต่อมาโดยแมลง ส่วนโรคประจำถิ่น 8 ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ ไข้หวัด และไข้เลือดออก ล้วนแล้วแต่เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม รวมทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหามากขึ้น ประกอบกับในช่วงต้นปีงบประมาณ 2554 บางพื้นที่ประสบอุทกภัย ต้องมีการวางแผนการบริหารจัดการ เพื่อเตรียมพร้อมรองรับภัยพิบัติหรือเหตุฉุกเฉิน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบของการตรวจราชการและนิเทศงานในแต่ละหัวข้อ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของพื้นที่ โดยให้พิจารณาปัญหาในพื้นที่เป็นพิเศษในปี 2554-2555 ซึ่งการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนเป็นหนึ่งในประเด็นหลักของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

ตารางที่ 3 องค์ประกอบด้านผลของนโยบาย (n=108) ระดับความความเห็น

(ร้อยละ)

ประเด็น	เหมาะสมมาก	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม
คุณลักษณะด้านคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	9.3	79.6	11.1
คุณลักษณะด้านระบบระบาดวิทยาที่ดี	18.5	75.9	5.6
คุณลักษณะด้านการวางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	16.2	79.0	4.8
คุณลักษณะด้านการระดมทรัพยากรหรือการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นรูปธรรม	9.5	82.9	7.6
คุณลักษณะด้านผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่อย่างน้อยประเด็นละ 1 เรื่อง	19	76.2	4.8

2. ด้านกระบวนการ

2.1 การแปลงนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนสู่การปฏิบัติ

2.1.1 การสานรับนโยบายของกรมควบคุมโรคในการขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนพบว่า สคร.6 ขก. มีผู้ดูแลรับผิดชอบหลักชัดเจน ดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการ มีแผนงาน โครงการ ร่องรับและมีการติดตามควบคุมกำกับงานทั้งระบบ ในปี 2554 ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน 1,345,660 บาท จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอำเภอป้องกันควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคระดับอำเภอ ในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ 8 จังหวัด ในปี 2555 สคร.6 ขก. ได้งบประมาณ 5,989,564 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.04 ของงบประมาณที่ สคร.6 ขก. ได้รับซึ่งได้ขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนอย่างต่อเนื่อง โดยจัดทำแผนงาน/โครงการร่องรับ 9 โครงการ เพื่อมุ่งสนับสนุนภาคีเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคระดับอำเภอในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมทั้ง 9 จังหวัด (เพิ่มจังหวัดบึงกาฬซึ่งตั้งขึ้นใหม่)

แต่การจัดสรรงบประมาณรอบแรกในปี 2555 ค่อนข้างน้อย ต้องเร่งโอนงบประมาณส่วนใหญ่ ในช่วงสองไตรมาสหลัง เห็นได้ชัดว่าไม่ได้วางแผนดำเนินงานกิจกรรมล่วงหน้าตั้งแต่ต้นปี ทำให้ต้องปรับรูปแบบการทำงาน และปฏิทินการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติจากที่ได้กำหนดไว้และบางกิจกรรมจำเป็นต้องเร่งรัดจัดกิจกรรมภายใต้ระยะเวลาที่กำหนด การประสานงานให้เกิดกิจกรรมตามวัตถุประสงค์จึงไม่คล่องตัวเท่าที่ควร

2.1.2 การสนับสนุนของทีมครู ก ระดับเขต โดยกลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่ายเป็นแกนกลางในการประสานงาน ครู ก ระดับเขตที่ได้รับการพัฒนาทักษะจากส่วนกลาง 10 คน ซึ่งมาจากกลุ่มงานต่าง ๆ รับผิดชอบสนับสนุนพื้นที่จังหวัดละ 1-2 คนครอบคลุมทั้ง 8 จังหวัด ภารกิจหลักคือส่งเสริมการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพเครือข่าย SRRT ตำบล ตามนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบ

ยั่งยืน ร่วมออกติดตามนิเทศงานในพื้นที่ ร่วมกำหนดแนวทางในการพัฒนา และเสริมหนุนให้เกิด “คุณลักษณะอำเภอป้องกันควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน” แบบมีส่วนร่วม ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในระดับจังหวัดและอำเภอ รวมทั้งการประสานนิเทศติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ ติดตามให้จังหวัดวิเคราะห์ผลการประเมินตนเอง (Self Assessment) ในระดับอำเภอ ตามคุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนโดยการบันทึกข้อมูลในระบบออนไลน์ของสำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค ดำเนินการ 2 ครั้ง / ปี

2.1.3 การสื่อสารประชาสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มสื่อสารความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับการถ่ายทอดแนวคิดและรูปแบบการสร้างกระแส กระตุ้นจิตใจให้ สสอ. เข้าร่วมในโครงการ “อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน” โดยได้จัดทำสื่อหลายช่องทาง อาทิ ปฏิทิน ไดอารี การประชุมเชิงปฏิบัติการ การทำข่าวแจกสื่อมวลชน

2.2 การเชิดชูเกียรติและให้รางวัลแก่จังหวัดและอำเภอที่ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน สคร.6 ขก. ได้ดำเนินการคัดเลือกจังหวัดและอำเภอเพื่อเชิดชูเกียรติ และให้รางวัลการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนปี 2554-2555 ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด โดยพิจารณาจากความครบถ้วน ความสมบูรณ์ของการจัดระบบเพื่อพัฒนางานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนที่โดดเด่นมากที่สุด และให้ สสจ. ที่ได้รับการคัดเลือกเข้ารับรางวัลศึกษาดูงานต่างประเทศ ได้รับโล่เชิดชูเกียรติ ได้รับโอกาสเข้าร่วมสัมมนาวิชาการระดับประเทศ และ สสจ. พิจารณาส่งชื่ออำเภอที่สมควรเข้ารับรางวัลร่วมด้วย ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ปฏิบัติเหมือนกันทั่วประเทศ ซึ่งในปีแรกเน้นความสำเร็จในระดับอำเภอ ปีที่สองเพิ่มความสามารถในการจัดการไกระบบบริหารจัดการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในระดับ สสจ. นอกจากนี้ ปี สคร.6 ขก. ได้เพิ่มขวัญและกำลังใจให้กับผู้ประสานงานหลักระดับจังหวัดและผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงานระดับอำเภอ ตำบล ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์วิชาการในพื้นที่อื่นร่วมกันอีกด้วย

3. ด้านผลลัพธ์

3.1 รูปแบบการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

ทีมประเมินการพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนของ สคร.6 ขก. และผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ร่วมออกติดตามประเมินเพื่อรวบรวมข้อมูลอำเภอที่จังหวัดคัดเลือก ให้เป็นอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนซึ่งเป็นต้นแบบของจังหวัดในการดำเนินงานตามคุณลักษณะอำเภอป้องกันควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน 5 ด้าน5 พบว่า

3.1.1 การจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ส่วนใหญ่คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอมีนายอำเภอเป็นประธาน หัวหน้าส่วนราชการอื่น ๆ เป็นกรรมการ หลายพื้นที่มีการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน นายอำเภอของแต่ละอำเภอลงนามแต่งตั้งคณะกรรมการ ซึ่งมีตัวแทนครบทั้ง 3 ภาคส่วน (รัฐ ท้องถิ่น ประชาชน) อย่างน้อย 2 คณะ ส่วนใหญ่ฝ่ายอำนวยการมีนายอำเภอเป็นประธาน สสอ.เป็นเลขานุการ หัวหน้าส่วนราชการในอำเภอที่เกี่ยวข้อง นายก อบท. กำนัน ประธาน อสม. ร่วมเป็นกรรมการดำเนินการ คณะกรรมการดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ระดับ มีปลัดอำเภอเป็นประธาน สสอ.เป็นเลขานุการ บางอำเภอมีคณะกรรมการสุขภาพประชานิยมร่วมด้วย ในระดับตำบล มีนายก อบต.เป็นประธาน ผอ.รพสต.เป็นเลขานุการ ข้อสังเกตคือ อำเภอซึ่งจังหวัดกำหนดเป็นตัวชี้วัดการรับรองของผู้ว่าราชการจังหวัดจะมีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานอย่างเข้มข้นโดยมีนายอำเภอเป็นประธาน ฝ่ายสาธารณสุขเป็นเลขานุการ จะชี้แจงแนวทางในเวทีของการประชุมส่วนราชการของอำเภอ กำหนดนโยบายปฏิบัติให้คณะกรรมการไปดำเนินงาน ซึ่งทำให้เกิดความชัดเจนและคุณภาพการปฏิบัติงานร่วมกันได้เป็นอย่างดี ส่วนอำเภอที่ไม่ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการรับรองของผู้ว่าราชการจังหวัด แต่เป็นเพียงตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของ สสจ.จะมีการลงนามข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างจังหวัดกับอำเภอ โดยมีการประชุมชี้แจงแก่คณะกรรมการ ส่วนใหญ่จะไม่ครบองค์ประชุม แต่พบว่าสมาชิกของการประชุมจะมีเฉพาะส่วนสาธารณสุขเท่านั้น ส่วนวิธีการพิจารณาขอหมายให้คณะ

กรรมการรับผิดชอบดำเนินงาน พบว่า นายอำเภอ/ปลัดอำเภอที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ในการควบคุมกำกับ มีการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วน บูรณาการเรื่องงบประมาณภายในอำเภอ ส่วนฝ่ายสาธารณสุขใน สสอ.ทำหน้าที่เป็นเลขานุการและเป็นทีม SRRT รวมทั้ง อบท. สนับสนุนการดำเนินงานในระดับตำบล ซึ่งขอบเขตงานจะปรากฏในคำสั่งคณะกรรมการส่วนรายละเอียดการปฏิบัติเป็นไปตามที่คณะทำงานย่อยตกลงกันภายในแต่ละอำเภอ

3.1.2 การมีระบบระบาดวิทยาในระดับอำเภอที่ดี ส่วนใหญ่ดำเนินการอยู่แล้ว หลายพื้นที่มีการมอบหมายบุคลากรรับผิดชอบเฝ้าระวังโรคชัดเจนทั้งในระดับอำเภอและตำบล (นายอำเภอเป็นผู้ลงนามในคำสั่งแต่งตั้ง) ให้ทำหน้าที่เฝ้าระวังโรคผ่านการอบรมระบาดวิทยาครอบคลุมทุกแห่ง สำหรับการรายงานการเกิดโรคที่สำคัญของพื้นที่และโรคที่สำคัญของประเทศจากโรงพยาบาลและ รพ.สต. สามารถดำเนินการได้ทันเวลามากกว่าร้อยละ 80 SRRT อำเภอทุกแห่งใช้คอมพิวเตอร์ในการจัดการฐานข้อมูล การสำรองข้อมูลในอดีตเพื่อใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบอย่างน้อย 5 ปี มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลให้คณะกรรมการทราบทุกเดือน แต่ในรอบปีที่ผ่านมาพบว่า SRRT ตำบลยังวิเคราะห์ข้อมูลน้อยส่วนใหญ่จะรวบรวมข้อมูลส่งให้อำเภอวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม SRRT ทั้งระดับอำเภอและตำบลทุกแห่งมีการประเมินตนเองตามมาตรฐานของ SRRT โดยจัดทำระเบียบรายชื่อบุคคลและหมายเลขโทรศัพท์/ที่อยู่ของทีม SRRT ที่เป็นปัจจุบันทุกแห่ง นอกจากนี้พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของ SRRT ตำบลได้รับงบประมาณยานพาหนะหรือสิ่งสนับสนุนจาก อบท. เพื่อใช้ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ และสามารถตรวจจับเหตุการณ์ความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้ส่วนการแจ้งข้อมูลข่าวสารโรคและภัย ผ่านเว็บไซต์เครือข่าย SRRT ของสำนักงานระบาดวิทยา หลายพื้นที่เริ่มมีรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติส่วนใหญ่เกี่ยวกับโรคระบบทางเดินอาหาร หรือผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออก

3.1.3 การวางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ พบว่า SRRT ตำบลหลายพื้นที่ มีเป้าหมายและแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรค ที่เป็น

ปัญหาสำคัญของพื้นที่ชัดเจนอยู่แล้ว ร้อยละ 90 เป็นประเด็นปัญหาเรื่องโรคไข้เลือดออก และวัณโรค มีปฏิทินปฏิบัติการ/รณรงค์ในการป้องกันควบคุมโรค/ปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่ และของประเทศไทย โดยปฏิบัติการร่วมกับ อปท. และ ภาคประชาชนมีการกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อติดตามประเมินผลแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคชัดเจน

3.1.4 การสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่าส่วนใหญ่ อปท. ได้จัดสรรทรัพยากรเพื่อการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่โดยระดมทุนจากกองทุนสุขภาพตำบล นอกจากนี้ในหลายพื้นที่สามารถระดมทุนจากพรข.ที่ได้จัดสรรทรัพยากรเพื่อการป้องกันควบคุมโรคอย่างเป็นรูปธรรม แต่หน่วยงานอื่นๆ เช่น องค์กรเอกชน วัด ประชาชน ยังให้การสนับสนุนในส่วนนี้ค่อนข้างน้อย

3.1.5 ผลสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และเป็นปัญหาในพื้นที่ พบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่คัดเลือกประเด็นไข้เลือดออกเป็นโรคที่สำคัญตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขกว่าร้อยละ 80 ส่วนการคัดเลือกปัญหาในพื้นที่ส่วนใหญ่เลือกวัณโรคและเบาหวานสำหรับการจัดตั้งห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ในส่วนที่ได้ดำเนินการแล้วเป็นประจำ คือ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในเรื่องสารเคมีและการตรวจอาหาร (เครื่องในสัตว์) ต่างๆ ในอนาคตจะดำเนินการในเรื่องการพัฒนาสม.ให้สามารถเก็บตัวอย่างส่งตรวจได้ในบางโรค เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคและภัยในพื้นที่

จากการรายงานสรุปแบบประเมินคุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนปี 2555 ในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร.6 ขก. พบว่าอำเภอที่ประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ตามคุณลักษณะ 5 ประการเท่ากับร้อยละ 91.79(123 อำเภอจากทั้งหมด 134 อำเภอ) ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของประเทศคือร้อยละ 80.436

3.1.6 วิธีการวิเคราะห์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพและวิธีการเลือกโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาของพื้นที่ พบว่า ทุกอำเภอมีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยบุคลากรด้าน

สาธารณสุขจะเป็นผู้วิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญกำหนดพื้นที่ซึ่งต้องเฝ้าระวัง แล้วนำข้อมูลชี้แจงให้คณะกรรมการรับทราบส่วนใหญ่ สสจ.โดยงานระบาดวิทยาจะเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดเป็นภาพรวมของจังหวัด แหล่งข้อมูลที่น่ามาใช้จัดทำแผนงาน/โครงการส่วนใหญ่ได้มาจากข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลระบาดวิทยาโรคในระดับประเทศและพื้นที่ ในกลุ่มโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อของกรมควบคุมโรค ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เปรียบเทียบสถานการณ์ของพื้นที่กับระดับประเทศ แต่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่ยังไม่มีมาใช้และวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงมาใช้ประโยชน์ การกำกับ ติดตามแผนงาน/โครงการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นรายไตรมาส ส่วนการติดตามนิเทศงานแบบบูรณาการของ คปสอ.จะติดตามในเวทีหัวหน้าส่วนราชการประจำเดือนของอำเภอ

3.2 ระบบกลไกการบริหารจัดการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน สำหรับพิจารณาการดำเนินงานของ สสจ.มี 5 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 การนำข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคและภัยสุขภาพมาประเมินสถานการณ์รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นมากำหนดเป้าหมายวางแผน และปฏิบัติการร่วมกันในการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่(8จังหวัด) มีระบบข้อมูลครบทั้ง 4 ด้าน และมีภาควิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ และร่วมแก้ปัญหาโดยบุคลากรจากหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอ และ/หรือหน่วยงานที่เป็นศูนย์วิชาการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และร่วมวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองตามคุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน องค์ประกอบที่ 2 พบว่า ทุกจังหวัดมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนให้เกิดอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ประกอบด้วยบุคลากรของ สสจ. หน่วยงานภายในจังหวัด และ/หรือหน่วยงานภายนอกอื่นๆ จังหวัดมีการถ่ายทอดความรู้ แนวปฏิบัติเกี่ยวกับ SRRT ตำบล ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอทุกแห่งรับทราบอย่างทั่วถึง แต่พบว่า

3 จังหวัดยังไม่มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ 2555 เพื่อสนับสนุนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน รวมทั้งการสื่อสารถ่ายทอด ชี้แจงนโยบาย จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานภายนอกยังไม่ทั่วถึง องค์ประกอบที่ 3 พบว่าทุกจังหวัดมีการกำหนดแผนการติดตามประเมินผลโดยมีปฏิทินการทำงานอย่างชัดเจน 7 จังหวัดมีการนิเทศกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานของอำเภออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีเอกสารและรายงานสรุปการนิเทศชัดเจน โดยสรุปรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมทุก 6 เดือน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบอย่างเป็นรูปธรรม แต่ปรากฏว่ามากกว่าครึ่ง ไม่มีการเผยแพร่ผลการดำเนินงานขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบอย่างทั่วถึงในเชิงประจักษ์ องค์ประกอบที่ 4 พบว่าทุกจังหวัดมีทีม

SRRT ดำเนินการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุมโรคได้ตามมาตรฐานที่สอดคล้องกับกฎหมายระหว่างประเทศ องค์ประกอบที่ 5 พบว่าพื้นที่ 8 จังหวัด มีอำเภอผ่านเกณฑ์ตามคุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนอย่างน้อยร้อยละ 60

3.3 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

ในการเก็บข้อมูลความพึงพอใจ ผู้ประสานงานหลักอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนและทำหน้าที่เป็นครู ก ในระดับอำเภอและจังหวัด เมื่อปลายปีงบประมาณ 2555 ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามตอบกลับ 68 ชุด จาก 108 ชุด พบว่าส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการดำเนินงานในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 80 เพราะช่วยสร้างทีมอำเภอในการบริหารจัดการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและแนวทางการดำเนินงานเอื้อ/สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคระดับอำเภอ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อการดำเนินงานพัฒนาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (n= 68)

ประเด็น	ร้อยละความพึงพอใจและความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ช่วยสร้างทีมอำเภอในการบริหารจัดการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค	22.1	66.2	10.3	1.0	0
แนวทางการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งเอื้อ/สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของระดับอำเภอ	23.5	64.7	10.3	1.5	0
เกณฑ์การประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ปี 2555 เป็นเกณฑ์ที่เหมาะสมกับการทำงานของระดับอำเภอ	18.2	54.5	25.8	1.5	0
กระบวนการที่ให้อำเภอประเมินตนเองตามคุณลักษณะทั้ง 5 ด้านเหมาะสม	18.2	56.1	25.7	0	0
กระบวนการประเมินคัดเลือกอำเภอเพื่อรับรางวัล	10.6	63.6	24.3	1.5	0
การกำหนดให้มีรางวัลเป็นสิ่งตอบแทน	22.7	42.4	30.4	4.5	0
อำเภอได้รับการสนับสนุนทางวิชาการในการดำเนินงานโครงการอำเภอ ควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนจากหน่วยงานต่างๆ อย่างเหมาะสม	10.6	59.1	27.3	3.0	0
การได้รับข้อมูลข่าวสารและการประชาสัมพันธ์สนับสนุนการดำเนินงานโครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน เหมาะสมเพียงพอ	14.9	40.3	35.8	9.0	0
การมีส่วนร่วมของท่านในการดำเนินการตามโครงการนี้	14.7	33.8	33.8	16.2	1.5
โครงการนี้ทำให้จังหวัดได้รับประโยชน์	29.4	52.9	13.2	4.4	0
ความพึงพอใจภาพรวมต่อการเข้าร่วมดำเนินงานโครงการอำเภอ ควบคุมโรคเข้มแข็งกับกรมควบคุมโรค	14.7	63.2	20.6	1.5	0

3.4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้บริหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่อโครงการอำเภอควบคุม โรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

3.4.1 ความคาดหวังหรือความสำเร็จของ
นโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนที่ต้องการ
ให้เกิดขึ้นในอีก 3 - 5 ปีข้างหน้า

3.4.1.1 ด้านนโยบาย ผู้บริหาร สจ.

คาดหวังว่าความสำเร็จของการขับเคลื่อนงานตาม
โครงการฯ จะเป็นส่วนหนึ่งในการลดการป่วยการตายจาก
โรคต่าง ๆ ระบบข้อมูลระบาดวิทยาพัฒนาสู่งานประจำที่
เชื่อมโยงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ให้ทำงานร่วมกันได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ควรผลักดันเป็นยุทธศาสตร์
ระดับจังหวัด ดึงท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วม ผลักดัน
ให้เกิด SRRT ทุกระดับที่เข้มแข็งเป็นระบบมากขึ้น และ
บูรณาการกับภาคส่วนอื่นๆ อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้ง
สามารถป้องกันควบคุมโรคได้รวดเร็วเพื่อรองรับเข้าสู่
ประชาคมอาเซียนและประเด็นหรือกลยุทธ์ที่ต้องดำเนิน
การเพื่อส่งเสริม การทำงานในรูปแบบเครือข่าย สนับสนุน
การกระจายอำนาจในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน
ควบคุมโรค สนับสนุนการทำงานในภาพกว้าง เช่น ใน
โรงเรียน ส่งเสริมให้อาสาสมัครหน่วยกู้ชีพมาร่วมในทีม
SRRT ผลักดันให้มีการจัดสรรบุคลากรใน รพ.สต.ให้ครบ
ตามกรอบ สนับสนุนให้เกิดตำบลควบคุมโรคเข้มแข็ง
และส่งเสริมให้เกิดข้อตกลงร่วมกันระหว่างอำเภอและ
อปท. ให้ความร่วมมือดำเนินงาน SRRT

3.4.1.2 ด้านวิชาการ กรมควบคุม
โรค ควรเป็นพี่เลี้ยงในการสนับสนุนการสอบสวนโรค
การวินิจฉัยยืนยันในเชิงวิชาการในฐานะผู้เชี่ยวชาญ โดย
การส่งงานเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ (On the Job
Training) รวมทั้งในวิชาการด้านการพยากรณ์โรค เพื่อ
จังหวัดจะใช้ในการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันโรคได้
อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยพิจารณาการพัฒนา
บุคลากรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
(Service Plan) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง สคร.ควรทำ
หน้าที่ในลักษณะผู้ประเมินภายนอก ในด้านมาตรฐาน
วิชาการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (External
Audit) ให้ได้ตามมาตรฐาน และประเด็น (Issue) หรือ

กลยุทธ์ที่ต้องดำเนินการ เพื่อให้ได้ตามความคาดหวัง

3.4.1.3 ด้านการสื่อสารและ
ประชาสัมพันธ์ กรมวิชาการควรมีการสื่อสารในภาพกว้าง
ให้ทั่วถึงทุกระดับด้วยความรวดเร็ว ทันสถานการณ์ และ
ควรดำเนินการให้สอดคล้องสัมพันธ์กับการดำเนินงาน
ภายใต้งบประมาณนั้น ๆ

สรุปอภิปราย

การกำหนดนโยบายพัฒนาอำเภอควบคุมโรค
เข้มแข็งแบบยั่งยืน ค่อนข้างสอดคล้องกับสภาพการณ์
ปัจจุบันของการป้องกันควบคุมโรค หน่วยงานระดับ
จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร.6 ขก. สามารถนำ
นโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ค่อนข้างชัดเจน นโยบายกรม
ควบคุมโรคสอดคล้องกับการจัดทำแผนงาน/โครงการ/
แผนปฏิบัติงานของจังหวัด และหน่วยงานกรมควบคุม
โรคมีการถ่ายทอดนโยบายแนวทางการปฏิบัติงาน/แผน
กิจกรรมลงสู่ผู้ปฏิบัติค่อนข้างชัดเจน กระบวนการ
ถ่ายทอดนโยบายลงสู่พื้นที่ที่มีความล่าช้า การวางแผนงาน
ประจำต้องเลื่อนออกไป สอดคล้องกับผลการศึกษาบท
เรียนจากโครงการบ้านนี้ปลอดภัยน้ำยุงลายปี 2546 ใน
พื้นที่เขต 6⁽⁹⁾ การประเมินผลเชิงคุณภาพการนำนโยบาย
สู่การปฏิบัติเรื่อง อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน
ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2554⁽¹⁰⁾ และการประเมิน
ผลเชิงนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนใน
พื้นที่เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 10 และ
12 ปี 2554⁽¹¹⁾ การแปลงนโยบายของกรมควบคุมโรคไป
สู่การปฏิบัติ พบว่าในระดับเขตและระดับจังหวัดมีผู้ดูแล
รับผิดชอบงานหลักชัดเจน มีแผนงานโครงการรองรับที่
ชัดเจน ดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการ สอดคล้องกับ
ผลการศึกษาการประเมินโครงการประกวดบ้านนี้ปลอดภัย
น้ำยุงลายเขต 5⁽¹²⁾ การได้รับจัดสรรงบประมาณ
สำหรับขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งมีความเพียง
พอเหมาะสม แต่การโอนงบประมาณส่วนกลางล่าช้า
สำหรับประเด็นคุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง
แบบยั่งยืน พบว่าแต่ละอำเภอมียุทธศาสตร์ตั้ง
คณะกรรมการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งที่
ชัดเจน แต่พิจารณาในเชิงคุณภาพและรูปธรรมของ

การดำเนินงาน พบว่าส่วนใหญ่การดำเนินงานยังขับเคลื่อนเฉพาะหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข กระบวนการให้อำเภอประเมินตนเอง และสะท้อนกลับข้อมูลให้ไปถึงในระดับอำเภอนั้น ในบางจังหวัดยังมีการรับรู้ถึงวิธีการตลาดเคลื่อน ทำให้ไม่เห็นภาพของกระบวนการพัฒนาที่มาจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง การมีระบบระบาดวิทยาที่ดีพบว่าส่วนใหญ่มีการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) เพื่อการติดต่อสื่อสารงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมากขึ้น นอกเหนือจากการสื่อสารด้วยช่องทางปกติในการเผยแพร่ประสานข้อมูลด้านระบาดวิทยา ทุกจังหวัดมีการพัฒนาฐานข้อมูลโรคติดต่อ สำหรับฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อ ได้มีความพยายามในการสร้างโปรแกรม เพื่อดึงข้อมูลจากโปรแกรมฐานข้อมูลที่มีความแตกต่างกัน ให้สามารถนำมาวิเคราะห์เป็นภาพรวมของอำเภอจังหวัดได้ส่วนการวางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในระดับอำเภอ ยังขาดการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หลายพื้นที่ยังคงดำเนินการเฉพาะในกลุ่มงานควบคุมโรค หรืองานระบาดวิทยาเท่านั้นงบประมาณส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากอปท. ซึ่งเป็นข้อกำหนดตามนโยบายหลักประกันสุขภาพอยู่แล้ว สำหรับผลสำเร็จของการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ ส่วนใหญ่อำเภอเลือกปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็น 1 ใน 2 ประเด็นโรคสำหรับการประเมินตามคุณลักษณะที่ 5 โดยพิจารณาจากสถานการณ์โรคย้อนหลัง 3-5 ปี และพิจารณาจากความพร้อมในการดำเนินงานของพื้นที่ซึ่งมีโอกาสประสบความสำเร็จในการแก้ไข/จัดการกับปัญหาดังกล่าว

ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จของการขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน สะท้อนได้ว่า 1) การดำเนินการต่อเนื่องเป็นปีที่ 2 ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจกระบวนการทำงานมากขึ้น 2) เกณฑ์ประเมินตามคุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนนั้นมีการปรับปรุงเล็กน้อย จึงสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติได้มากขึ้น 3) ภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับสูงมีความสำคัญที่สุดต่อการขับเคลื่อนงาน อาทิ ผู้ว่าราชการจังหวัด นพ.สสจ. นายอำเภอ ประธานคณะกรรมการ

ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ส่งผลให้เกิดการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน ทั้งผู้รับผิดชอบและงบประมาณ ลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงานลง 4) SRRT ทุกระดับมีศักยภาพ และมีการพัฒนาที่ต่อเนื่องกำกับติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาเป็นระยะ 5) การเชิดชูเกียรติและให้รางวัล แก่จังหวัดและอำเภอที่ผ่านเกณฑ์อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนอย่างสม่ำเสมอ เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการงาน

1. ควรขับเคลื่อน“โครงการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน”ให้เป็นแผนยุทธศาสตร์ซึ่งอาจเป็นระยะเวลา 3-5 ปี ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป
2. ควรกระตุ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ เช่น อปท. เข้ามามีบทบาท และมีเวทีในการนำเสนอผลงาน/ประกวดผลการดำเนินงาน โดยให้หน่วยงานที่เป็นภาคีเครือข่ายได้เป็นส่วนหนึ่งของการนำเสนอผลงาน
3. นอกจากการทำความเข้าใจร่วมกัน (MOU) ระหว่างกรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และชมรม อปท.แล้ว กรมควบคุมโรคควรมีหนังสือสั่งการจากหน่วยงานระดับสูง พร้อมทั้งชี้แจงให้หน่วยงานในระดับพื้นที่ ได้รับทราบนโยบายที่ได้ตกลงร่วมกัน และแนวทางในการดำเนินงาน
4. กรมควบคุมโรคควรจัดทำเกณฑ์/ตัวชี้วัดหรือคู่มือการประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจนเพียงพอต่อการสนับสนุนงาน เพื่อเป็นกรอบแนวทางการปฏิบัติงานของหน่วยงานในพื้นที่และให้เป็นทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผู้บริหารกรมควบคุมโรคและผู้รับผิดชอบหลักควรทบทวนเป้าหมายการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน โดยเฉพาะหลักสำคัญของการมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือการสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น คือการร่วมคิดร่วมวางแผนงาน ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ด้านสุขภาพร่วมกัน จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การมีส่วนร่วมที่แท้จริงเพื่อขับเคลื่อนอำเภอควบคุม

โรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ นั้นมีน้อยมาก ความสำเร็จจึงขึ้นอยู่กับ 1) สัมพันธภาพ ของบุคลากรระหว่างองค์กรและศักยภาพการประสาน งานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่กับหน่วยงาน อื่นที่เกี่ยวข้อง 2) วัฒนธรรมการทำงานร่วมกันระหว่าง องค์กรของในแต่ละพื้นที่

จำเป็นอย่างยิ่งที่ กรมควบคุมโรคจะต้องทบทวน เป้าหมายการวัดผลสำเร็จการดำเนินงานที่ส่งผลต่อ ยุทธศาสตร์และ ความร่วมมือกับเครือข่ายภาคภายใน และนานาชาติ รวมทั้งสนับสนุนพื้นที่ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างเข้มแข็งและ ยั่งยืนให้ชัดเจน หากมองในแง่ของการร่วมดำเนินงาน จำเป็นต้องวางระบบการประสานนโยบายเพื่อเอื้อให้ หน่วยงานในระดับพื้นที่ สามารถประสานการดำเนินงาน ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้สะดวกมากยิ่งขึ้น ควรทำการถ่ายทอดนโยบาย ข้อตกลง แนวทางการดำเนิน งานของแต่ละกระทรวงสู่หน่วยงานในระดับพื้นที่ให้มีการ รับทราบร่วมกัน เพื่อสะดวกต่อการประสานงานในระดับ พื้นที่ การร่วมคิดร่วมวางแผน การร่วมมองปัญหาและ วิเคราะห์สาเหตุปัญหาของพื้นที่ หน่วยงานส่วนกลางจะ ต้องศึกษาและเรียนรู้ความสำเร็จจากพื้นที่และสามารถชี้ เป้าหมายเพื่อการพัฒนาได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. ความชัดเจนในแนวทางการขับเคลื่อนงานใน ระดับจังหวัด ความเอาใจจริงเอาใจของผู้บริหารที่มี กระบวนการบริหารจัดการที่ดี มีการติดตามกำกับ ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับอำเภอ ตำบล สามารถพัฒนาระบบกลไกการบริหารจัดการการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในระดับจังหวัดและ อำเภอได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ความยั่งยืน ความต่อเนื่องในการสนับสนุนด้าน วิชาการของทีมพี่เลี้ยงในระดับเขต มีส่วนสำคัญที่จะช่วย ให้พื้นที่เกิดความคล่องตัวในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุม โรค รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีประกวด การให้รางวัล และการเชิดชูเกียรติมีส่วนผลักดันให้ทุก ภาคส่วนขับเคลื่อนงานตามสภาพปัญหาในพื้นที่อย่าง เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศ.นพ.ธีระ งามสุต ที่ให้คำแนะนำที่มี คุณค่า ขอขอบคุณ ดร.นพ.ณรงค์ วงศ์บา ผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนให้ทำการศึกษาเรื่องนี้ ขอขอบคุณรศ.ดร.กล้า ทองขาว ผู้อำนวยการหลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจ บัณฑิตย และ พ.ญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ รองผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ คำแนะนำในการศึกษา ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด ทิมาอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งระดับจังหวัดและ อำเภอทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้ การประเมินผลครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.ทิศทางการและ กลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุม โรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2555. ม.ป.ท. :โรง พิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการ ถ่ายทอดเป้าหมายและตัวชี้วัดสู่หน่วยงานและ บุคลากรกรมควบคุมโรคประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2555.ม.ป.ท.:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
3. สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค.คู่มือประเมิน อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน.ม.ป.ท
4. จุมพล หนิมพานิช. การประเมินผลนโยบาย:หลักการ แนวคิดและการประยุกต์ใช้=Policy evaluation: principle. พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี:สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิราช; 2552.
5. จุมพล หนิมพานิช.การวิเคราะห์นโยบาย ขอบข่าย แนวคิด ทฤษฎีและกรณีตัวอย่าง=Policy Analysis scopes, concepts,theories and case studies.พิมพ์ ครั้งที่ 4.นนทบุรี:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธ รมิราช; 2552.

6. นวรัตน์ สุวรรณผ่อง.การประเมินผลและการเขียนโครงการด้านสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอ็ดส์ (กพอ); 2542.
7. Stufflebeam,D.L. Evaluation theory,models,and applications.San Francisco:Jossey-Bass;2007.
8. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 2554. รายงานประจำปี 2554.ขอนแก่น:สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น; 2554
9. กังสดาล สุวรรณรงค์และคณะ. บทเรียนจากโครงการบ้านนี้ปลอดภัยน้ำยุงลาย : การมีส่วนร่วมของประชาชน ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 6 ปี 2546.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 2547;11(4):9-25.
10. กังสดาล สุวรรณรงค์ ชูติมา วัชรกุล และศรีสุนทร วิริยะวิภาต. รายงานการประเมินผลเชิงนโยบาย: อำเภอกวนชุมโรคเข้แม้แข่งแบ่ย์ย่นในพ้พื้นที่เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 10 และ 12 ปี 2554.ขอนแก่น:โรงพิมพ์คลังนานาธรรม; 2554.
11. บัณฑิต วรรณประพันธ์ และคณะ.รายงานการประเมินผลเชิงคุณภาพการนำนโยบายสู่การปฏิบัติเรื่องอำเภอกวนชุมโรคเข้แม้แข่งแบ่ย์ย่นในพ้พื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2554. นครราชสีมา:มปท; 2555.
12. ธนวัน ชาแสงบง และคณะ.รายงานการประเมินผลโครงการประกวดบ้านนี้ปลอดภัยน้ำยุงลายเขต 5 ปี พ.ศ.2546. นครราชสีมา:สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา; 2546.

