



- ❖ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติคนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
- ❖ รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งคนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
- ❖ ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 2553
- ❖ การจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภوتاบ่อ จังหวัดหนองคาย
- ❖ ทศณคดีด้านการป้องกันโรคเบาหวาน ของพนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจ ที่มีภาวะก่อนเบาหวานในพื้นที่อำเภอนิคม จังหวัดขอนแก่น
- ❖ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย
- ❖ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชน ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงโสมพะรัง อำเภอพอง จังหวัดขอนแก่น
- ❖ การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง: หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี
- ❖ รูปแบบการบริโภคอาหารของกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ในอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

บรรณาธิการแปล



สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสาร สคร.6 ฉบับในมือท่านนี้ ตีพิมพ์ออกมาในช่วงเกิดวิกฤติอุทกภัยครั้งใหญ่หลวงของประเทศไทย พวกเราชาว สคร.6 ก็ขอร่วมเป็นกำลังกาย กำลังใจ รวมทั้งทุนทรัพย์และสติปัญญา ทั้งด้านการปฏิบัติการกิจการงานในหน้าที่ และกิจกรรมส่วนตัว เช่น การไปตั้งโรงทานก๋วยเตี๋ยวหมูร้อนๆ อร่อยๆ ของกลุ่มสื่อสารฯที่ศูนย์พักพิง ณ โรงเรียนบ้านโคกสีจ.ขอนแก่น การเข้าร่วมบริจาคทาน จัดถุงยังชีพ และปฏิบัติธรรมรวมใจ ณ วัดโพธิ์โนนทัน ซึ่งอยู่ใกล้ๆ สำนักงานของเรา เป็นต้น เรื่องน่าอ่านในฉบับนี้ก็ล้วนสำคัญในภาวะน้ำท่วม เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก และการกำจัดขยะมูลฝอย ซึ่งควรดำเนินการทั้งในศูนย์พักพิง และในพื้นที่หลังน้ำลด เรื่องเบาหวาน การลดหวานมันเค็ม และการชกมวยคลายไขมัน ก็ยังเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อรักษาภาวะน้ำตาลในเลือด และลดความอ้วน อย่างไรก็ดี เรื่องสุขภาพกาย ยังเป็นปัญหาน้อยกว่าด้านสุขภาพจิต และเศรษฐกิจ ซึ่งพวกเราก็จะได้ร่วมด้วยช่วยกัน เพื่อให้ผ่านพ้นวิกฤติไปด้วยการบาดเจ็บน้อยที่สุด และหวังว่า จะมีผลงานฟื้นฟูวิชาการ หรือสรุปบทเรียน หลังน้ำท่วมมาร่วมตีพิมพ์ นอกเหนือจากงานวิจัย ก็อยู่ในข่ายของวารสารเช่นกันค่ะ

แพทย์หญิงนงลักษณ์ เทศนา

บรรณาธิการ

ขอขอบคุณผู้อ่านบทความทางวิชาการ

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. ผศ.ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา | 8. นางนราสินี สติมัย |
| 2. พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ | 9. ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี |
| 3. นางคิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ | 10. ดร.วาสนา สอนเพ็ญ |
| 4. นายเกียรติชัย สารเศวต | 11. นางสาวกมลทิพย์ กฤษฏารักษ์ |
| 5. นางวันทนา กลางบุรัมย์ | 12. นางสาวกรรณิการ์ ตฤณวุฒิมพงษ์ |
| 6. นางลักขณา หลลายทวีวัฒน์ | 13. นางสาวจาตุรณณ์ ชุมพล |
| 7. นางกนกพร พินิจลึก | 14. นางสาวพิรพรรณ วังอุปัดชา |

...คำแนะนำ สำหรับผู้เขียน...

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค หรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ต.ค.-ม.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน มี.ค.

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

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน มิ.ย.-ก.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน พ.ย.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน ต.ค. ฉบับที่ 2 ภายในเดือน ก.พ.

ฉบับที่ 3 ภายในเดือน มิ.ย.

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ดังนี้

1. ผู้สมัครต้องศึกษาหลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกแบบฟอร์มและตามกติกา

2. ประกาศรับต้นฉบับ ผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มการสมัครพร้อมเอกสารพิมพ์ต้นฉบับ 3 ชุดและแผ่นบันทึกข้อมูล 1 แผ่น

3. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของต้นฉบับ

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

5. ส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามผลการอ่านประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)

6. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความถูกต้องและจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น

7. จัดส่งต้นฉบับ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม

8. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสาร

9. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะต้องผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ จึงจะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่อง เพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน

ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจวิชา

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

ย่อเอกสาร

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง

ควรสั้นกระชับรัดกุมได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้มีชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งอภิธานต่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน

เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัด แต่ชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ ของ การวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย
วิธีและวิธีการดำเนินการ	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ผล/ ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใดและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและ

เรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อบุคคล” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

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.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อย่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัว และชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารให้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิคุณพงศ์, พิชรี เงินตรา, ปรางค์ มหาศักดิ์พันธุ์, ฉวีวรรณ เขาวงกตพิงค์, ยุวดี ตาพิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol; 1998; 55: 697-701.

3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24: 190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ตันโพธิ์ตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน : สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พิ ลอฟพัส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก): 153-61.

วิธีการเขียนฉบับแทรก

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.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรงเพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzenberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347: 1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหาร ฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณวงษ์ จิราษฏร์, ประอร ขวลิธ อ่าง, พิกพ จิรณิโย, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

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.

3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, จามจิตต์ จันทราธิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโป้ไบ์เทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG, Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้ใช้โปรแกรม Microsoft Word พิมพ์บทความด้วยรูปแบบอักษร Eucrosia UPC ขนาด 16 ตัวอักษร ต่อหน้า และ Print หน้าเดียวลงในกระดาษขนาด A4 (21.6 X 27.9 ซม.) และส่งไฟล์ต้นฉบับเอกสารมาพร้อมกับแผ่น CD

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนา ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพโปสเตอร์แทนก็ได้หรือ save เป็นไฟล์ .JPEG หรือ .TIFF สำหรับการเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในภาพโปสเตอร์

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาของพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาของพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 1 ชุด

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น หรือของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบบทความของตน



แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณานำลงวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 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

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 18 ฉบับที่ 2 กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2554 Volume 18 No.2 February - May 2011

สารบัญ

- ❖ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่
ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 1
 สัญญา สุปัญญาบุตร
- ❖ รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งคนในผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ 12
 สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ, วงศา เลาทศิริวงศ์ และคณะ
- ❖ ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค
และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 2553 19
 จรัส เมื่อนาค, สุวรรณ เงินยวง
- ❖ การจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธราชทำบ่อ อำเภอน้ำหนาว จังหวัดหนองคาย 29
 มานัญ โพธิ์เสน, กาญจนา ครองธรรมชาติ
- ❖ ทศณคดีด้านการป้องกันโรคเบาหวาน ของพนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจ 38
 ที่มีภาวะก่อนเบาหวานในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
 อภิญา บ้านกลาง, เบญจา มุกตพันธ์
- ❖ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร 47
 อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย
 ปรีดาศักดิ์ หนูแก้ว, วิทยา ผ่องแผ้ว, กิรติ สวสมรัมย์
- ❖ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงโสภะ 56
 อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น
 ปิยวัฒน์ โพทะกะ, กาญจนา ครองธรรมชาติ
- ❖ การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง: 66
 หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี
 อุรวรรค์ ว่องวิไลรัตน์, พรทิพย์ คำพอ
- ❖ รูปแบบการบริโภคอาหารของกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน 76
 ในอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู
 อนัญญา ประดิษฐ์ปริษา, เบญจา มุกตพันธ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ Affecting Factors and Impacted to Preventive Behavior on the Influenza Type A (subtype 2009 H1N1) of the Population in Namon District, Kalasin Province

สัญญา สุปัญญาบุตร พ.บ.

Sanya Supanyabut M.D.

โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Namon Hospital, Kalasin Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 500 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการศึกษา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไคสแควร์ และค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ระดับสูงร้อยละ 81.40 มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 90.20 มีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 88.20 มีการปฏิบัติระดับปานกลางร้อยละ 53.40 ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตน คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ ความรู้ และทัศนคติ ($p < 0.001$) ส่วนปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้หวัด ไม่มีส่วนต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ดังนั้นเจ้าหน้าที่ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ให้กับประชาชนอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตน

Abstract

This study aimed to investigate the influencing factors and its impacted to preventive behavior for the influenza, a new 2009 type A (H1N1) of the people in Namon district Kalasin. Created questionnaire were approached to data collection with a group of 500 cases were selected with statistics method. It was applied statistics such as percentage mean, standard deviation, chi square and correlation coefficient of Pearson for data analysis.

The results found that the most samples have got a perceptions about the situation of a flu strains new 2009 type A (H1N1) with high percentage, as 81.40%, they have received much more knowledge of the diseases with high percentage, 90.20%, in attitude aspect with a moderate percentage 88.20% and with regards to practice with a moderate percentage as 53.40%. On basis of the affecting factors with practices were to get information, awareness, knowledge and attitude with statistics significantly at $p < 0.001$. In the other hand the characteristics factors were gender, marital status, education and experiences with flu illness have not significant. In conclusion, the health officers and theirs staff should have an offensive strategy with role and activities to provide information to prevent and control the diseases to the people continually and efficiency.

Keywords: Influenza Type A subtype H1N1, Affecting factors and impacted

บทนำ

ไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่เริ่มระบาดที่ประเทศเม็กซิโก และสหรัฐอเมริกา มาตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 หรือ ค.ศ.2009 เป็นโรคที่กำลังแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วรวมทั้งในประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประกาศระดับการระบาดของเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) อยู่ในระดับ 6 (ระบาดทั่วโลก) เมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2552 ถึงวันที่ 6 กรกฎาคม 2553 พบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ทั่วโลก จำนวน 94,512 ราย ใน 136 ประเทศ และพบผู้เสียชีวิตแล้ว 429 ราย คิดเป็นอัตราเสียชีวิตประมาณร้อยละ 0.45 ซึ่งยังคงระบาดอย่างต่อเนื่องและขยายวงกว้างขึ้นเรื่อยๆ⁽¹⁾ ผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) รายแรก ของประเทศไทยเริ่มป่วยระหว่างการเดินทางกลับจากประเทศเม็กซิโก วันที่ 3 กรกฎาคม 2552 ข้อมูล ณ วันที่ 30 มกราคม 2553 พบว่าในระดับประเทศอัตราป่วยรวมเท่ากับ 47 ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้เสียชีวิตจำนวน 198 ราย⁽²⁾

มีรายงานผู้ป่วยในทุกจังหวัด จังหวัดที่มีรายงานอัตราป่วยสูงสุดได้แก่ เชียงใหม่ (149 ต่อแสนประชากร) ตราด (149 ต่อแสนประชากร) เชียงราย (118 ต่อแสนประชากร) พะเยา (107 ต่อแสนประชากร) และสงขลา (106 ต่อแสนประชากร)⁽²⁾

ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2552 จังหวัดกาฬสินธุ์พบผู้ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ตลอดทั้งปีจำนวน 560 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 56.86 ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้เสียชีวิต 2 ราย⁽³⁾ ในส่วนของอำเภอนามน พบผู้ป่วยจำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 5.44 ต่อแสนประชากร ยังไม่พบผู้เสียชีวิต⁽⁴⁾

จากปัญหาการแพร่กระจายของโรคดังกล่าวซึ่งพบได้ทั่วโลก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้เป็นแนวทางดำเนินงานให้ความรู้

และให้คำแนะนำการสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการรับรู้ความรู้ทัศนคติการปฏิบัติตนตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชากรเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ใน 5 ตำบลในเขตอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณ ค่าเฉลี่ย กรณีทราบจำนวนประชากร⁽⁵⁾ ได้จำนวนตัวอย่าง 500 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ครั้งนี้ใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 N \sigma_x^2}{Z_{\alpha/2}^2 \sigma_x^2 + (N-1)d^2}$$

จะได้

$$n = 456$$

ดังนั้นการวิจัยนี้จึงเก็บข้อมูล 500 คน (เก็บเพิ่ม 10%)

$$N = \text{จำนวนตัวอย่าง } 35,660 \text{ คน}$$

$$Z = \text{ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ความเชื่อมั่น } 95\% \text{ เท่ากับ } 1.96$$

$$D = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ } 0.01$$

$$\sigma^2 = \text{ค่าความแปรปรวนของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) เท่ากับ } 6.83$$

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาจากการศึกษาตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านเป็นผู้พิจารณาความสอดคล้องของแบบสอบถามกับนิยามศัพท์และคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 คุณภาพของเครื่องมือ ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.241-0.521 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.754 ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร มีลักษณะเลือกตอบตามรายการ

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ทราบ ไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 ความรู้ จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด

ส่วนที่ 4 ทักษะคิด จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย กำหนดค่าคะแนน 2, 1 และ 0 ตามลำดับ การแปลผลข้อมูล คือ ทักษะคิดระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 1.34-2.00) ทักษะคิดระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 0.67-1.33) ทักษะคิดระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.66)

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ กำหนดค่าคะแนน 2, 1 และ 0 ตามลำดับ

การแปลผลข้อมูล คือ การปฏิบัติระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 1.34-2.00) การปฏิบัติระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 0.67-1.33) การปฏิบัติระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.66) ทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิธีการของครอนบาช (Cronbach) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha)⁽⁶⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นที่สอดคล้องเท่ากับ 0.72

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไคสแควร์ และค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ศึกษาระหว่างวันที่ 5-13 พฤศจิกายน 2552

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.40 อายุเฉลี่ย 47.57 ปี ระดับการศึกษาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.60 (ตารางที่ 1)

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับสูง ร้อยละ 81.40 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สูงสุด คือ ประเทศไทยมีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) ร้อยละ 97.40 รองลงมาคือ การล้างมือให้สะอาดสามารถป้องกันการติดต่อของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) ได้ ร้อยละ 97.20 การรับรู้ต่ำสุด คือ อำเภอนามน มีผู้ป่วยร้อยละ 71.20 (ตารางที่ 2,3)

ด้านความรู้เรื่องไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 90.20 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความรู้ที่ตอบถูกต้องมากที่สุด คือ การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงด้วยการกินอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ได้ ร้อยละ 98.40 รองลงมา คือ เชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ ร้อยละ 98.00 และความรู้ที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ที่มีอาการไม่รุนแรงสามารถนอนพักรักษาที่บ้านได้ ร้อยละ 60.60 (ตารางที่ 4, 5)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	143	28.60
หญิง	357	71.40
อายุ (ปี)		
15-25	65	13.00
26-35	62	12.40
36-45	142	28.40
46-55	87	17.40
56 ปีขึ้นไป	144	28.80
Mean = 47.57 S.D. = 12.61		
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	15	3.00
ประถมศึกษา	333	66.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	56	11.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย	70	14.00
อนุปริญญา/เทียบเท่า	19	3.80
ปริญญาตรี/สูงกว่า	7	1.40

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของระดับการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1)

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (8 – 10 คะแนน)	407	81.40
ระดับปานกลาง (4 – 7 คะแนน)	86	17.20
ระดับต่ำ (0 – 3 คะแนน)	7	1.40
Mean = 8.88 S.D. = 1.66		

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1)

การรับรู้	การรับรู้	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ประเทศไทยมีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1)	487	97.40
2. อำเภอนามนมีผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) เกิดขึ้น	356	71.20
3. โรงพยาบาลนามนมีความพร้อมในการตรวจรักษาผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1)	366	73.20
4. โรงพยาบาลนามนมีวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1)	402	80.40
5. ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1)	423	84.60
6. ไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) สามารถติดต่อได้ง่าย	483	96.60

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) (ต่อ)

การรับรู้	การรับรู้	
	จำนวน	ร้อยละ
7. ไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) สามารถป้องกันได้	476	95.20
8. การสวมหน้ากากอนามัยสามารถป้องกันการติดต่อของโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ได้	484	96.80
9. การล้างมือให้สะอาดสามารถป้องกันการติดต่อของโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ได้	486	97.20
10. เมื่อเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) แล้วมีโอกาสเสียชีวิตได้	479	95.80

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ของระดับความรู้ เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	451	90.20
ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน)	43	8.60
ระดับต่ำ (0-10 คะแนน)	6	1.20
Mean = 17.85 S.D. = 2.30		

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1)

ข้อความ	ความรู้	
	ตอบถูก	ร้อยละ
1. เชื้อที่ทำให้เกิดโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) คือ เชื้อไวรัส	471	94.20
2. โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ติดต่อทางการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย	477	95.40
3. เชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้	490	98.00
4. ผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) สามารถแพร่เชื้อได้หลังมีอาการไม่เกิน 7 วัน	389	77.80
5. โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ติดต่อโดยการไอจามรดกันโดยตรง	465	93.00
6. โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ติดต่อโดยการที่มีสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1)	388	77.60
7. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ที่สำคัญ คือ การปิดปาก จมูก เวลาไอจาม	478	95.60
8. การใช้มือหยิบอาหารเข้าปากโดยตรงมีโอกาสติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ได้	431	86.20
9. โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) มีอาการเหมือนไข้หวัดใหญ่ทั่วไป ได้แก่ ไข้สูง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจลำบาก อาเจียน ท้องเสีย	480	96.00

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ของความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) (ต่อ)

ข้อคำถาม	ความรู้	
	ตอบถูก	ร้อยละ
10. ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) มักมีอาการคล้ายโรคไข้หวัดใหญ่	473	94.60
11. หากป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ไม่จำเป็นต้องหยุดงานหรือหยุดเรียน	371	74.20
12. ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ที่มีอาการไม่รุนแรงสามารถนอนพักรักษาที่บ้านได้	303	60.60
13. คนที่ไปทำงานในพื้นที่ที่มีการระบาดควรพักอยู่บ้านเพื่อสังเกตอาการ 3-7 วัน	450	90.00
14. คนที่อยู่ใกล้ผู้ป่วยระยะทางไม่เกิน 1 เมตรสามารถหายใจเอาเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายได้	428	85.60
15. การล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งจะป้องกันหรือลดการติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1)	484	96.80
16. ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) คือ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว สตรีมีครรภ์	417	83.40
17. การไปอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ เวทีดนตรี มีโอกาสติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1)	475	95.00
18. การใช้หน้ากากอนามัยสามารถป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ได้	487	97.40
19. การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงด้วยการกินอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ได้	492	98.40
20. การเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ควรเป็นหน้าที่ของทุกคน	476	95.20

ด้านทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 88.20 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ทัศนคติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การทำความสะอาดบ้านเรือนให้สะอาดสามารถป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ได้ ($\bar{X} = 1.32$, S.D. = 0.53) รองลงมา คือ การติดตามสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) และให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถป้องกันโรคดังกล่าวได้ ($\bar{X} = 1.21$, S.D. = 0.99) ทัศนคติต่ำสุด คือ การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) เป็นเรื่องที่ยุ้งยากเกินกว่า

จะปฏิบัติได้ ($\bar{X} = 0.83$, S.D. = 0.78) (ตารางที่ 6,7)

ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติระดับปานกลางร้อยละ 53.40 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การปฏิบัติที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่หลังไอ จาม หรือสั่งน้ำมูก ($\bar{X} = 1.63$, S.D. = 0.50) รองลงมา คือ ทานหกลีกล้วย การไปในที่มีคนแออัด ($\bar{X} = 1.56$, S.D. = 1.03) การปฏิบัติต่ำสุด คือ ท่านให้ความร่วมมือในการณรงค์เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X} = 1.16$, S.D. = 0.41) (ตารางที่ 8,9)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ของระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1)

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับทัศนคติดี (ค่าเฉลี่ย 1.34-2.00)	50	10.00
ระดับทัศนคติปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.67-1.33)	441	88.20
ระดับทัศนคติควรปรับปรุง (ค่าเฉลี่ย 0.00-0.66)	9	1.80
Mean = 1.10 S.D. = 0.23		

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1)

ทัศนคติ	ร้อยละของทัศนคติ			$\bar{X}$	S.D.
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย		
1. โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) เป็นโรคที่เกิดได้เฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว	40.00	25.60	34.40	1.05	0.86
2. การทำความสะอาดบ้านเรือนให้สะอาดสามารถป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ได้	35.60	60.80	3.60	1.32	0.53
3. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ กินอาหารครบ 5 หมู่ สามารถป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ได้	21.40	74.80	3.80	1.17	0.47
4. การล้างมือบ่อย ๆ หรือใช้เจลล้างมือ สามารถป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ได้	5.00	92.80	2.20	1.02	0.26
5. การสวมหน้ากากอนามัยสามารถป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ได้	7.80	90.40	1.80	1.06	0.30
6. โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) เป็นโรคที่มีความรุนแรงถึงเสียชีวิตได้	18.60	78.80	2.60	1.16	0.43
7. การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) เป็นเรื่องที่ยุ้งยากเกินกว่าจะปฏิบัติได้	23.40	36.40	40.20	0.83	0.78
8. ปัจจุบันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) สามารถรักษาหายได้	20.20	77.20	2.60	1.17	0.44
9. การติดตามสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) และให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถป้องกันโรคดังกล่าวได้	12.20	86.00	1.80	1.21	0.99
10. การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ และใช้ช้อนกลางสามารถป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ได้	7.60	90.40	2.00	1.05	0.30

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1)

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติสูง (ค่าเฉลี่ย 1.34-2.00)	230	46.00
ระดับการปฏิบัติปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.67-1.33)	267	53.40
ระดับการปฏิบัติต่ำ (ค่าเฉลี่ย 0.00-0.66)	3	0.60
Mean = 1.35 S.D. = 0.23		

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1)

การปฏิบัติตน	ร้อยละของการปฏิบัติ			$\bar{X}$	S.D.
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ		
1. ท่านล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่หลัง ไอ จาม หรือสั่งน้ำมูก	64.60	34.00	1.20	1.63	0.50
2. ท่านใส่หน้ากากอนามัยเมื่อป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่	51.00	41.60	7.40	1.43	0.62
3. ท่านใส่หน้ากากอนามัยเมื่อเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก ๆ	55.40	31.40	13.00	1.42	0.71
4. ท่านหลีกเลี่ยงการไปในที่มีคนแออัด	60.00	33.00	7.00	1.56	1.03
5. ท่านเคยไอ จาม โดยไม่ได้ปิดปาก	47.80	31.20	21.00	1.29	0.92
6. ท่านหยุดพักอยู่ที่บ้านเมื่อมีอาการป่วยเป็นหวัด	33.40	63.40	3.20	1.30	0.52
7. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วัน	57.20	34.20	8.60	1.48	0.65
8. เมื่อพบผู้มีอาการป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ท่านแนะนำให้ไปรักษาที่สถานอนามัย	27.20	69.00	3.80	1.23	0.50
9. เมื่อท่านเจ็บป่วยมีไข้ท่านจะไปปรึกษาหรือรักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์	17.80	81.80	0.40	1.17	0.38
10. ท่านติดตามสถานการณ์ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) เมื่อมีการออกข่าวทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน	25.80	73.80	0.40	1.25	0.44
11. เมื่อท่านได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ท่านจะประชาสัมพันธ์ให้เพื่อนบ้านในหมู่บ้านทราบ	26.20	73.40	0.40	1.25	0.44
12. ท่านให้ความร่วมมือในการรณรงค์เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	17.80	80.40	1.80	1.16	0.41

ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตน คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ ความรู้ และทัศนคติ ($p < 0.001$) ส่วนปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) (ตารางที่ 10)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของทัศนคติกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกที่ขนาดความสัมพันธ์ 0.179 ช่วงความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง 0.091 ถึง 0.264 ในส่วนของด้านการรับรู้และความรู้ มีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัจจัย	χ^2	p-value
เพศ	1.397	0.497
สถานภาพสมรส	13.285	0.102
การศึกษา	10.053	0.436
ประวัติการป่วยโรคไข้หวัดใหญ่	5.857	0.439
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	17.019	< 0.001 *

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001

ตารางที่ 11 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัจจัย	r	95% CI	p-value
การรับรู้	- 0.019	- 0.031 ถึง - 0.007	< 0.001 *
ความรู้	- 0.020	- 0.028 ถึง - 0.001	< 0.001 *
ทัศนคติ	0.179	0.091 ถึง 0.264	< 0.001 *

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001

อภิปรายผล

การศึกษานี้สามารถสรุปประเด็นในการอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. ด้านการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) พบว่าส่วนมากมีการรับรู้ระดับสูงร้อยละ 81.40 แต่มีบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่ทราบ คือ อำเภอนามนมีผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) เกิดขึ้น ร้อยละ 71.20 และโรงพยาบาล

นามนมีความพร้อมในการตรวจรักษาผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ร้อยละ 73.20 ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าโรงพยาบาลนามนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลแก่ประชาชนในพื้นที่ยังไม่ครอบคลุม ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องนำมาพิจารณาและทำการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้เกี่ยวกับ

สถานการณ์ของโรคในพื้นที่และทราบถึงความพร้อมของโรงพยาบาลน่าน ในการเตรียมรองรับสถานการณ์ของโรค

2. ด้านความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 90.2 สอดคล้องกับการศึกษาของกองสุศึกษา⁽⁷⁾ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ระดับดี ร้อยละ 95.40 และอุทัย พาโนมัย⁽⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ระดับสูง ร้อยละ 54.97 แต่มีความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อย คือ ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ที่มีอาการไม่รุนแรงสามารถนอนพักรักษาที่บ้านได้ ร้อยละ 60.60 และ หากป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) ไม่จำเป็นต้องหยุดงานหรือหยุดเรียน ร้อยละ 74.20 ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ (ร้อยละ 95.20) สอดคล้องกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) ของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 96.00) โดยได้รับข้อมูลจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ (ร้อยละ 90.21)

3. ด้านทัศนคติ พบว่า มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.20 แตกต่างจากการศึกษาของอุทัย พาโนมัย⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) ระดับสูง ร้อยละ 62.25 แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่ำสุด คือ การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) เป็นเรื่องที่ยุ้งยากเกินกว่าจะปฏิบัติได้ ($\bar{x} = 0.83$, S.D. = 0.78) และการล้างมือบ่อยๆ หรือใช้เจลล้างมือสามารถป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ได้ ($\bar{x} = 1.02$, S.D. = 0.26) แตกต่างจากความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง คือ การล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งจะป้องกันหรือลดการติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ร้อยละ 96.80

ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าได้รับความรู้ผ่านทางสื่อต่าง ๆ แต่ก็ยังคงไม่มีความมั่นใจว่าจะสามารถป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) ได้ ดังนั้นหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำเป็นต้องหาแนวทางการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนว่าการล้างมือสามารถป้องกันการติดต่อของโรคได้ นอกจากนั้นยังต้องสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนว่าการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ไม่ใช่เรื่องยุ่งยากเกินกว่าที่จะปฏิบัติได้สำหรับประชาชน

4. ด้านการปฏิบัติตน พบว่า มีการปฏิบัติระดับปานกลางร้อยละ 53.40 แตกต่างจากการศึกษาของอุทัย พาโนมัย⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) ระดับสูง ร้อยละ 51.66 แต่สอดคล้องกับทัศนคติที่มีระดับปานกลาง ร้อยละ 88.20 แต่แตกต่างจากความรู้ที่มีระดับสูง ร้อยละ 90.20 ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูงเพราะมีการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ แต่การที่กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ว่าเป็นเรื่องยุ่งยากเกินกว่าจะปฏิบัติได้ จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติในระดับปานกลางเท่านั้น สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติ⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่บุคคลแสดงออกมาโดยมีความรู้และทัศนคติเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง แต่ในการศึกษาค้นคว้าพบว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูงแต่ถ้ามีทัศนคติระดับปานกลางก็ส่งผลให้มีการปฏิบัติเพียงระดับปานกลางเช่นกัน

5. ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตน คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ ความรู้ และทัศนคติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับทราบสถานการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ในพื้นที่ และมีความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) จึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ

ต้นเพื่อป้องกันโรค ส่วนปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้หวัด ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1)

ดังนั้นเจ้าหน้าที่ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของควรมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ให้กับประชาชนอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ นพ.สมยศ ศรีจารนัย ที่สนับสนุนให้เกิดงานวิจัยในโรงพยาบาล ชุมชน ดร.วีระศักดิ์ สืบเสาะ ดร.สงครามชัย สีทองดี ดร.จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ปรึกษางานวิจัยและให้ความรู้ด้านงานวิจัย นพ.เศกสรรค์ ชัยสุขสันต์ อายุรแพทย์ รพ.ศูนย์ขอนแก่น ผู้ให้ข้อคิดและความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนามนทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ทองเจริญ. ระบาดบันลือโลก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรสมัย (1999); 2553.
2. ดาริกา กิ่งเนตร, วรยา เหลืองอ่อน, อัจฉรา วรารักษ์, บรรณาธิการ. คู่มือการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ใหญ่ (H₁N₁) 2009 สำหรับบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553 หน้า 20.
3. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2552. เข้าถึงได้จาก รายงานระบาดวิทยา สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
4. รายงานระบาดวิทยาโรงพยาบาลนามน ปี 2552. เข้าถึงได้จาก รายงานระบาดวิทยา SRRT โรงพยาบาลนามน.
5. อรุณจิรวัฒน์กุล. ชีวิตดีดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา; 2551.
6. วีระศักดิ์ สืบเสาะ. การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวิจัย. เอกสารประกอบการสอนวิชาหลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2551.
7. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ผลการสำรวจความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 สายพันธุ์ใหม่ H1N1 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระหว่างวันที่ 17-18 กันยายน 2552: ม.ป.ท.; 2552. หน้า 1-7.
8. อุทัย พาโนมัย. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น. การศึกษาค้นคว้าอิสระทางสาธารณสุข ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
9. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติการวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2526.

รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

Self-efficacy Promotion Model of AIDS Patients Receiving Antiretroviral Therapy

สุวรรณ บุญยະลีพรรณ	ปร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)*	Suwanna Boonyaleepun	Ph.D. (Public Health)
วงศา เลหาศิริวงศ์	ปร.ด. (การจัดการภาครัฐ)**	Wongsa Laohasiriwong	Ph.D. (Public Sector Management)
เจียมจิต แสงสุวรรณ	ปร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)*	Jiamjit Saengsuwan	Ph.D. (Public Health)
ภัทระ แสนไชยสุริยา	ปร.ด. (วิทยาศาสตร์สุขภาพ)**	Pattara Sanchaisuriya	Dr.rer.med. (Health Science)
เพลินตา ศิริปการ	พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)*	Ploenta Siripakarn	M.N.S. (Adult Nursing)
ศิริณา ศรีทราพิสิฐ	พ.บ. (จิตแพทย์ทั่วไป) ***	Sirina Satthapisit	M.D. (Psychiatrist)
และคณะ			

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*** โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

Khon Kaen Reginal Hospital, Khon Kaen Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึง กันยายน 2552 โดยกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย บุคลากร /เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น บุคลากรโรงพยาบาลบ้านไผ่และผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลบ้านไผ่ จำนวน 11, 51, 9 และ 32 คน ตามลำดับ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกต สัมภาษณ์เจาะลึก สนทนากลุ่ม และทบทวนบันทึกgrayงาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินการโดยใช้สถิติ Paired-t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่พัฒนาขึ้นนั้นประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบาย 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) บริการยาต้านไวรัสเอดส์แบบครบวงจร 4) การให้คำปรึกษา 5) โทรศัพท์สายด่วน 6) การเยี่ยมบ้าน 7) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 8) ผู้ดูแลผู้ป่วย 9) การฝึกทักษะที่จำเป็นรวมทั้งงานอาชีพ และ 10) การประเมินผล เมื่อได้ดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาพบว่า สมรรถนะแห่งตนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเพิ่มขึ้นจาก 52.69 เป็น 83.41 และที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ เพิ่มขึ้นจาก 39.96 เป็น 84.88 ดังนั้น รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์นี้ควรได้รับการขยายสู่หน่วยบริการสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

Abstract

This action research aimed to develop a model for improving self-efficacy of AIDS patients receiving Antiretroviral therapy (ART) based on Bandura's Self-efficacy Theory. It was conducted between October, 2008 and September, 2009. Eleven staff and 51 people living with HIV/AIDS of Khon Kaen Regional Hospital and 9 staff and 32 people living with HIV/AIDS of Banpai Hospital were participated. Quantitative data were collected using questionnaires. Qualitative data were gathered by observation, in-depth interview, focus group discussion and document review. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and presented as percentage, mean and standard deviation. Paired t-test was performed to compare self efficacy scores between before and after implementation. Content analysis was performed for qualitative data.

It was found that a self-efficacy promotion model for AIDS patients receiving ART consisted of 10 components: Policy, Multidisciplinary team, A one - stop service, Counseling, Hotline, Home visit, Peer group meetings, Caregivers, Special training and Evaluation. Comparing means of self-efficacy score between before and after implementation indicated that there were statistically significant increased ($p < 0.001$) from 52.69 to 83.41 at Khon Kaen Regional Hospital and from 39.96 to 84.88 at Banphai Hospital. So, this model should be implemented in other ARV health care facilities.

Keywords: Self-efficacy, AIDS patient, antiretroviral therapy

บทนำ

ผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องให้ความสำคัญในการดูแล เพราะผู้ป่วยเอดส์ที่มี Medication adherence สูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95) มีผลทำให้การดื้อ (Drug resistance) ต่อยาต้านไวรัสเอดส์ลดลง⁽¹⁾ แต่การมี adherence ต่อยาต้านไวรัสเอดส์ในระดับสูงตามเป้าหมายที่วางไว้นั้นต้องมีการดำเนินการที่เป็นระบบโดยทีมสหสาขาด้านสุขภาพ การตัดสินใจนำยาต้านไวรัสเอดส์มาใช้อย่างกว้างขวางในประเทศต้องมีความพร้อมทางด้านโครงสร้างทั้งในส่วนของบุคลากรและเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากเรื่องยาราคาสูง⁽²⁾ และเนื่องจากการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยเอดส์เพื่อชะลอความก้าวหน้าของการเข้าสู่ระยะท้ายของโรคนั้นต้องการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอตลอดชีวิต ซึ่งหมายถึงการมีสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ในการให้ความร่วมมือ ทั้งนี้วิธีการหรือกลยุทธ์ในการเพิ่มประสิทธิภาพการรับยาต้านไวรัสเอดส์ยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด^(3,4)

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์โดยคาดหวังว่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรับยาต้านไวรัสเอดส์

อีกทั้งเป็นการพัฒนาคุณภาพทางบริการด้านยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งจะเป็นผลให้สามารถป้องกันปัญหาการดื้อยาในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1. การวิเคราะห์สภาพปัญหาการบริการเทียบกับเป้าหมาย โดยใช้ข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ 2. การร่วมวางแผนพัฒนาระบบบริการ 3. การทดลองจัดระบบบริการตามแผน 4. การติดตามประเมินผลพัฒนาระบบบริการ และ 5. การนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงระบบบริการให้สามารถจัดบริการให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มที่เกี่ยวข้อง โดยเลือกโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น (รพช.ขอนแก่น) จังหวัดขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลบ้านไผ่ เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิและเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น รวมทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่โรงพยาบาลบ้านไผ่ดูแล

รับผิดชอบ ซึ่งเลือกตามคุณสมบัติเครือข่ายการรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หลังจากนั้นทีมวิจัยได้ดำเนินการดังนี้ 1. เลือกผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสของแต่ละโรงพยาบาลและแต่ละระดับเป็นทีมประสานงาน 2. ทบทวนงานที่เกี่ยวข้องและนำเสนองานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสทั้งหมด 3. กำหนดผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัส ประกอบด้วย แพทย์ เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอก งานชั้นสูตร งานกุมารเวชกรรม-นรีเวชกรรม งานห้องคลอด งานผู้ป่วยในหญิง งานผู้ป่วยในชาย งานสุขภาพและป้องกันโรค นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ผู้ให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน จากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 11 คน และโรงพยาบาลบ้านไผ่ จำนวน 9 คน รวมทั้งหมด 20 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลบ้านไผ่ จำนวน 51 และ 32 คน 4. ดำเนินการวิจัยตามรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่พัฒนาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁽⁵⁾ และ 5. ประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์วัดความพึงพอใจต่อการบริการในแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL_BREF) ที่แปลโดย สุวัฒน์ นัตนรินทร์กุลและคณะ⁽⁶⁾ แบบวัดสมรรถนะแห่งตนของผู้รับบริการและแบบวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานด้านโรคเอดส์ของผู้ให้บริการ ตลอดจนแนวคำถามในแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลทุติยภูมิเก็บรวบรวมจาก บันทึก รายงาน ข้อมูลปฐมภูมิที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมโดยการสังเกต สัมภาษณ์เจาะลึก และสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

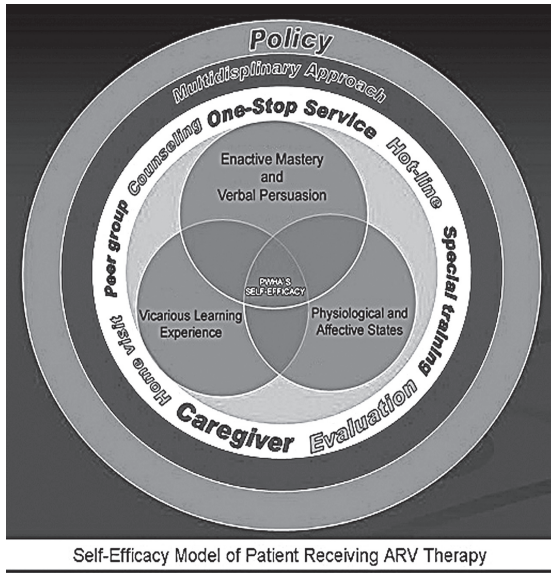
ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนนสมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุปเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะการพัฒนาและดำเนินการ

ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในงานเอดส์ของโรงพยาบาล กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura เป็นกรอบแนวคิดพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนมีองค์ประกอบสำคัญ 10 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. กำหนดนโยบาย (Policy) งานเอดส์ของสถานพยาบาลในแต่ละระดับให้ชัดเจนและสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและมีรูปธรรมในเชิงโครงสร้าง 2. ทีมสุขภาพ (Multidisciplinary team) เป็นผู้ให้บริการด้านการรักษาและดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แบบองค์รวม (Holism) 3. บริการยาต้านไวรัสแบบครบวงจร (One-stop service) อย่างเป็นองค์รวม 4. การให้คำปรึกษา (Counseling) ที่มีประสิทธิภาพ 5. บริการด้านข้อมูลข่าวสารทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง (Hot line) 6. การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ในผู้ป่วยที่ยินยอม 7. การเข้ากลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และทำกิจกรรมร่วมกัน (Peer group) 8. ผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) เพื่อเพิ่มสมรรถนะของผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทันเวลาตามสภาพการณ์จริง 9. การฝึกฝนทักษะที่จำเป็นรวมทั้งงานอาชีพอย่างมีเป้าหมายที่ชัดเจนและมีโครงการสนับสนุนตามบริบทและเงื่อนไขของสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ 10. การประเมินผลภายในและภายนอกสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับเป็นระยะ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 โมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนาแบบนั้น พบว่า โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมีการดำเนินงานในองค์ประกอบที่ 2, 3, 4, 5 และ 10 ได้ครอบคลุมเป้าหมายร้อยละ 100 แต่องค์ประกอบที่ 1 คือ นโยบายและโครงสร้าง มีการดำเนินการแต่ยังไม่ครอบคลุมสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ อีกทั้งการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจและปฏิบัติให้สอดคล้องและบรรลุเป้าหมายยังคงจำกัดเฉพาะกลุ่ม สำหรับองค์ประกอบที่สถานบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิยังไม่สามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามเป้าหมาย คือ องค์ประกอบที่ 6 การเยี่ยมบ้าน (Home visit) ดำเนินการได้เพียงร้อยละ 70 และ 40 รวมทั้งองค์ประกอบที่ 7 การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Peer group) ดำเนินการได้ร้อยละ 90 และ 70 องค์ประกอบที่ 8 ผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver)

สนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเพิ่มสมรรถนะของผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทันเวลาตามสภาพการณ์จริงในกรณีที่มีการเปิดเผยตัวให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามบริบทโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิดำเนินการได้เพียงร้อยละ 70 แต่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิดำเนินการได้ถึงร้อยละ 100 องค์ประกอบที่ 9 การฝึกทักษะที่จำเป็นรวมทั้งงานอาชีพของผู้ป่วย (Special training) ดำเนินการได้เพียงร้อยละ 80 และ 60

2. ระยะประเมินผล

จากการติดตามประเมินผลใน 6 เดือนหลังการพัฒนาพบว่า สามารถเพิ่มความครอบคลุมตามเป้าหมายจากก่อนการพัฒนา ดังนี้ องค์ประกอบที่ 6 การเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิดำเนินการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 90 แต่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิยังคงระดับเดิม คือ ร้อยละ 40 และองค์ประกอบที่ 9 การฝึกทักษะที่จำเป็นรวมทั้งงานอาชีพของผู้ป่วย ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90 และ 60 อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบที่ 7 การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ดำเนินการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิได้ในระดับเดิม คือ ร้อยละ 90 และ 70 รวมทั้งองค์ประกอบที่ 8 การสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) ดำเนินการได้ในระดับเดิม คือ ร้อยละ 100 และ 70

นอกจากนี้ ผลการประเมินสมรรถนะแห่งตนของผู้รับบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ชี้ให้เห็นว่า สมรรถนะแห่งตนของผู้รับบริการในภาพรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ตลอดจนมีความพึงพอใจในบริการในภาพรวมสูงขึ้น ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 สมรรถนะแห่งตนของผู้รับบริการจำแนกตามระดับโรงพยาบาล

สมรรถนะแห่งตน ของผู้รับบริการ	ก่อน $\bar{X}$ ($\pm$ S.D.)	หลัง $\bar{X}$ ($\pm$ S.D.)	Mean diff	95 % CI	Paired t-test	p-value
โรงพยาบาล ระดับทุติยภูมิ*	52.69 ($\pm$ 17.57)	83.41 ($\pm$ 9.94)	30.72	24.59-36.87	10.05	< 0.001
โรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ**	39.96 ($\pm$ 7.12)	84.88 ($\pm$ 10.20)	44.92	40.15-49.69	19.43	< 0.001

* N = 51 คน ** N ก่อน = 32 คน N หลัง = 25 คน

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการจำแนกตามระดับโรงพยาบาล

ความพึงพอใจในภาพรวม (คะแนนเต็ม 130 คะแนน)	โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ		โรงพยาบาลตติยภูมิ	
	ก่อน $\bar{X}$ ($\pm$ S.D.)	หลัง $\bar{X}$ ($\pm$ S.D.)	ก่อน $\bar{X}$ ($\pm$ S.D.)	หลัง $\bar{X}$ ($\pm$ S.D.)
ผู้รับบริการ (N=32/25)	N=32	N=25	N=51	
	82.90 ($\pm$ 10.51)	94.24 ($\pm$ 10.97)	50.80 ($\pm$ 16.78)	83.41 ($\pm$ 9.94)
ผู้ให้บริการ (N=9/9)	N=9		N=11	
	77.33 ($\pm$ 7.16)	78.44 ($\pm$ 5.83)	66.63 ($\pm$ 5.73)	70.82 ($\pm$ 5.25)

การอภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ในสถานพยาบาล โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับรู้ และมีความเข้าใจตรงกัน ตลอดจนเห็นเป้าหมายในการดูแลอย่างชัดเจน มีสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นส่วนประสานเชื่อมต่อสำคัญที่สามารถให้การรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่เจ็บป่วยเล็กน้อยหรือติดเชื้อฉวยโอกาสในระยะแรก และส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนสู่สถานบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิตามลำดับ เป็นผลให้ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์มีสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยผลสำเร็จจากการดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนา

แสดงให้เห็นจากค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนหลังจากการดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการจัดโปรแกรมเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลใด ๆ เพื่อการรักษาหรือบำบัด สิ่งสำคัญ คือ การรับรู้ปัญหา การเพิ่มความเข้มแข็ง และการคงไว้ซึ่งการตอบสนองทางสังคมอย่างเหมาะสมของบุคคล⁽⁷⁾

รูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ สอดคล้องกับการติดตาม Medication adherence และการดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ที่ควบคู่ไปกับการสร้างเสริมโปรแกรมทางจิตสังคมทำให้ผู้ป่วยเอดส์สามารถรับยาต้านได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง⁽⁸⁾ และการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่พบว่า การให้ความรู้ คำแนะนำ

ร่วมกับการฝึกทักษะในการปฏิบัติ การให้กำลังใจและการสร้างเสริมพลังทางด้านจิตใจ ช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้ได้ผลดี⁽⁹⁾ ซึ่งการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่หลักการสำคัญคือ เน้นประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีการวางแผนอย่างเป็นระบบและมีการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ ในขณะที่เดียวกันต้องมีการปฏิบัติที่ดีโดยการบูรณาการเป้าหมายขององค์กรและความต้องการของบุคคลทั้งในปัจจุบันและอนาคต⁽¹⁰⁾ อีกทั้งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่เห็นว่าสุขภาพ คือ ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่ากัน มีส่วนร่วม มีระบบสร้างเสริมสุขภาพ และระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์⁽¹¹⁾

อนึ่ง การดำเนินงานในองค์ประกอบที่ 8 การฝึกฝนทักษะรวมทั้งงานอาชีพอย่างมีเป้าหมายชัดเจนชี้ว่า การบริหารจัดการงบประมาณในการช่วยเหลือด้านงานอาชีพในลักษณะจัดตั้งเป็นกองทุนหรือจัดสรรงบประมาณไว้ส่วนกลาง และมีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยผู้ติดเชื้อและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ เป็นรูปแบบที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน นอกจากนี้ระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในองค์ประกอบที่ 6 การเยี่ยมบ้าน ต้องการวิธีการและสื่อที่หลากหลาย เช่น การให้คำปรึกษา สื่อวีดิทัศน์ คู่มือหนังสือ แผ่นพับ วิทยุชุมชน เป็นต้น ในการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีทางจิตเวชศาสตร์ และจิตวิทยาทางสังคม ที่ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรในทีมสุขภาพต้องมีความสามารถในการสังเกต การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ สามารถสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเกิดประสบการณ์ใหม่ระหว่างการรักษาเพื่อการดำเนินชีวิตต่อไปโดยใช้เทคนิคหรือวิธีการปรับพฤติกรรมเสริมร่วมกับการรักษาจะทำให้เกิดประสิทธิผลดียิ่งขึ้น⁽¹³⁾ และสอดคล้องกับ Bodenheimer et al.⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การพัฒนาโมเดลสำหรับการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Primary care Model) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นในการบริหารจัดการการรักษายาบาลเบื้องต้นให้มีคุณภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรปรับปรุงการสื่อสารของผู้รับบริการและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลแต่ละระดับให้ตระหนักในเป้าหมายของการดำเนินการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อการเชื่อมต่อในระบบสุขภาพ

2. ควรเน้นการพัฒนาด้านกิจกรรมการสนับสนุนงานอาชีพและการจัดสรรงบประมาณ รวมทั้งการให้กำลังใจซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่องโดยมีโครงการสนับสนุน ประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรของรัฐและเอกชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ดำเนินงานเอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลบ้านไผ่ที่ร่วมมือและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทยและสมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปีพ.ศ.2549/2550. กรุงเทพฯ: ชุมชนสมทกรณ การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
- วิชัย โชควิวัฒน์. จากเจเนียวความหวังห่างไกลออกไปอีก: การประชุมเอดส์โลกครั้งที่ 12 ในงานควบคุมโรคเอดส์และกามโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการโรคเอดส์ที่เจนีวา; 2541: 1-8.
- Singh N, Squier C, Sivek C, Wagener M, Nguyen HM, Yu LV. Determinant of Compliance with Antiretroviral Therapy in Patients With Human Immunodeficiency Virus: Prospective Assessment with Implication for Enhancing Compliance. AIDS Care 1996; 8: 261-9.

4. Ningsanon P, Lertpiriyasuwat C, Thanprasertsuk S, Smitakestrin S, Yachompoo C, Luddaglom J, et al. Effectiveness of HIV Treatment and Care in Northern Thailand [Abstract]. In Abstract Volume 1 XV International AIDS Conference Bangkok 11-16 July; 2004: 42.
5. Bandura A. Self-Efficacy: the Exercise of Control. New York: W.H. Freeman & Company; 1997.
6. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิวรรณ ตันติพัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ, ราณี พรหมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. วารสารกรมสุขภาพจิต 2541; 5(3): 4-14.
7. Bandura A, Walters RH. Social Learning and Personality Development. New York: Holt, Rinhart & Winson; 1963.
8. Moatti JP, Spire B, Kazatchkine M. Drug Resistance and adherence to HIV/AIDS Antiretroviral Treatment: Against a Double Standard between the North and the South. AIDS 2004; 18(Suppl3): S55-61.
9. สำนักงานนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย. รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์: ผลของการดูแลสุขภาพอนามัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย; 2544.
10. ชัญชัย อาจิณสมภาร. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2548.
11. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: สหพัฒนไพศาล; 2550.
12. วงศา เลหาศิริวงศ์, ภัทระ แสนไชยสุริยา, เจียมจิต แสงสุวรรณ, สุวรรณ บุญยะสิทธิ์, ศิริณา ศรีธาทพิสิฐ, การุณย์ หงษ์กา และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์: สภาพการณ์ปัจจุบัน. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552. (อัดสำเนา).
13. วีรวุฒิ เอกกมลกุล, ขวัญทิพย์ โพธิ์วัดอุธรรม, เกสร ทมิตชงค์, เครือวัลย์ เชาวนจินดา. การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 2537; 2(1): 5-12.
14. Bodenheimer T, Wagner HF, Grumbach K. Improving Primary Care for Patient with Chronic Illness. JAMA 2009; 288(14): 1775-9.

ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรค และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของ อาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 2553

The Knowledge, Perception with Dengue Haemorrhagic Fever Disease,
Behaviors Prevention Control and Factor Relation of Public Health
Volunteers Case study : Maung District, Prachaup Khiri khan Province, 2010

จำรัส เพื่อกคง	วท.บ. (สุขศึกษา)	Jamrus Peaukkong	B.Sc. (Health Education)
สุลาวรรณ เงินยวง	ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)	Sulawan Ngernyuang	B.Sc. (Public Health)
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 4.3		Center for vector borne disease control 4.3	
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์		Prachaup hiri khan province	

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะด้านประชากร ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเครื่องมือเป็นแบบสอบถาม แบบทดสอบ และแบบวัดพฤติกรรม รวบรวมข้อมูลระหว่างเมษายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2553 การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลใช้สถิติ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติทดสอบ t-test, ANOVA และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.1 กลุ่มอายุระหว่าง 41- 50 ปี ร้อยละ 41.3 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 70.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 51.7 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน น้อยกว่า 10 ปีร้อยละ 59.4 ระยะเวลาระหว่าง 15 - 20 ปีร้อยละ 9.2 และไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านร้อยละ 48.9 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 46.7 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง อายุต่างกันมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงร้อยละ 87.0 เพศ และการดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงร้อยละ 76.5 คุณลักษณะด้านเพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านความรู้ ทักษะเทคนิค และวิธีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การแจ้งข้อมูลข่าวสารและสถานการณ์ของโรคให้ทราบเป็นประจำ ควรแนะนำแหล่งข้อมูลความรู้ที่สามารถค้นคว้าเพิ่มเติมได้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมทุกครั้ง เพื่อเป็นการถอดบทเรียนจากประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติงานจริง

คำสำคัญ: ความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก ปัจจัย อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

This study were aimed to study on knowledge, perception of dengue hemorrhagic fever and prevention of public health volunteers and study of individual factors related between knowledge, perception and behavior of dengue hemorrhagic fever prevention. The study design was cross-sectional analytic study. Data were collected by questionnaires during April to August 2010. Statistical was presented in term of percentage, mean, t-test, ANOVA and correlation (Pearson's product moment correlation coefficient) were applied to analytical study at .05 level of significantly.

The result revealed that most of samples were female (78.1 %), Primary school level (70.8%), period of public health volunteer less than 10 years (59.4 %). There were not other responsibilities in the community (48.9%). The knowledge on dengue hemorrhagic fever was fair level. The perceive of the susceptibility on dengue hemorrhagic fever was high level and there was different significantly between age factors. The perceived self-efficacy to prevent dengue hemorrhagic fever was high level. There were different significantly between age and other responsibilities in the community factors. The prevention and control behaviors was high level (76.5%), Gender, the perceive of the susceptibility, the perceived self-efficacy and knowledge on dengue hemorrhagic fever factors were associated significantly with the prevention and control behaviors.

This research suggestion to strengthen the knowledge and skill on dengue hemorrhagic fever prevention and control and make lesson learned.

Keywords: Knowledge, Perceive, Behaviors, Dengue hemorrhagic fever, Factor, Public health volunteers

บทนำ

สภาพปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกทั้งในระดับประเทศ ระดับเขต และระดับจังหวัด ทำให้กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าวมาโดยตลอดนับสิบปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามหาวิธีการต่างๆ มาใช้ดำเนินการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลาย เช่น การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การใช้สารเคมีทำลายลูกน้ำ การใช้สารเคมีพ่นเพื่อทำลายยุงตัวเต็มวัย การใช้ปลากินลูกน้ำ การใช้กับดักลูกน้ำชนิดลอย และการใช้แบคทีเรียฆ่าลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น แต่การป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่จะเกิดผลดีนั้นจะต้องผสมผสานหลายๆ วิธีเข้าด้วยกัน และจะต้องปฏิบัติโดยมีความครอบคลุมมากที่สุด รวมทั้งในชุมชนหนึ่งๆ ควรดำเนินการทุกหลังคาเรือน ซึ่งแม้ว่ามีการควบคุมที่ดีในหลังคาเรือนส่วนใหญ่แล้ว แต่ยังคงมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอยู่ในบางหลังคาเรือน ยุงลายที่เหลือนี้อาจจะค่อยๆ เพิ่มจำนวนมากขึ้น และทำให้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ นอกจากนี้ การลดหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายจะต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หากเป็นไปได้ควรมีการดำเนิน

การตลอดทั้งปี โดยมีเป้าหมายการควบคุมทั้งในบ้านเรือน รอบๆ บริเวณบ้าน สิ่งแวดล้อม และที่โรงเรียน

การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกนอกจากมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในทุกระดับ ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เป็นด่านแรกที่จะช่วยรายงานผู้ป่วยหรือร่วมดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่มายาวนาน และอสม. ยังเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งของกระทรวงสาธารณสุขในการช่วยเหลือประชาชนอย่างใกล้ชิดทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูโรคในชุมชน โดยเฉพาะการสร้างสุขภาพซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน “เป็นผู้ที่มีจิตวิญญาณแห่งความเสียสละเพื่อสังคมอย่างเต็มเปี่ยม มีความเอื้ออาทรต่อเพื่อนบ้านในชุมชน และอสม.ด้วยกันเอง”⁽¹⁾ และยังเป็นอาสาสมัครสาขาหนึ่ง ซึ่งเกิดจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ริเริ่มนำเอาการ “สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)” อันเป็นยุทธศาสตร์การบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all by the Year 2000) มาเป็นนโยบายที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพประชาชน ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการ

ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ มุ่งเน้นให้ชุมชนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกำลังสำคัญ โดยในยุคแรกของการสาธารณสุขมูลฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีหน้าที่ “แก้ไขาราย กระจายข่าวดี ชีวีบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน และทำตนเป็นตัวอย่างที่ดี”⁽²⁾

ดังนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดต่อการดำเนินมาตรการดังกล่าวข้างต้นคือการที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งควรเน้นในเรื่องของการบริหารจัดการ การตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นที่คาดหวังว่าประชาชนในท้องถิ่นจะถือเป็นแกนนำสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ รวมถึงการแก้ปัญหาในด้านอื่นๆ อีกด้วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม การดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะทำให้ประชาชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมั่นใจในความเป็นผู้นำและยังเป็นการทราบถึงมาตรการหรือแนวทางในการพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
3. ศึกษาพฤติกรรมกระทำการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมกระทำการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Cross-sectional analytics study โดยประชากรและตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ทั้งหมด 6 ตำบล 63 หมู่บ้าน ซึ่งมีทั้งสิ้นจำนวน 315 คน โดยทำการศึกษาทุกคน และระยะเวลาดำเนินการ อยู่ระหว่างช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้ แบบวัดการรับรู้และพฤติกรรมกระทำการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (หมวดคุณลักษณะทั่วไปด้านปัจจัยส่วนบุคคล หมวดความรู้ หมวดการรับรู้ และหมวดพฤติกรรม) ที่ผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา และโครงสร้าง 3 ท่าน และทดสอบค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือตามหมวดความรู้ หมวดการรับรู้ และหมวดพฤติกรรมมีค่า 0.84, 0.87 และ 0.89 ตามลำดับ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเองตามจำนวนตัวอย่างที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้เกณฑ์การแปลผลความรู้ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ เป็นคะแนนที่ได้ตั้งแต่ 0-5 คะแนน ระดับปานกลาง เป็นคะแนนที่ได้ตั้งแต่ 6-7 คะแนน และระดับสูง เป็นคะแนนที่ได้ตั้งแต่ 8-10 คะแนน ส่วนระดับการรับรู้และพฤติกรรม ใช้เกณฑ์การแปลผลเป็น 3 ระดับเช่นกัน คือ ระดับต่ำ เป็นคะแนนที่ได้ต่ำกว่าร้อยละ 60.00 ระดับปานกลาง เป็นคะแนนที่ได้ตั้งแต่ร้อยละ 60.00-79.99 และระดับสูง เป็นคะแนนที่ได้ตั้งแต่ 80.00-100.00

สถิติที่ใช้แยกเป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดยตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้สำหรับการทดสอบสมมติฐานโดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่ศึกษาด้วยการใช้สถิติทดสอบ t-test, ANOVA และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.1 อายุระหว่าง 41–50 ปีร้อยละ 41.3 รองลงมาคืออายุระหว่าง 30–40 ปีร้อยละ 29.2 ที่พบน้อยคือกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีและมากกว่า 60 ปีขึ้นในจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 5.4 และ 4.4 ศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 70.8 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา 27.9 ที่พบน้อยคือระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่าร้อยละ 1.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 51.7 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 33.0 งานบ้าน/อื่นๆ ร้อยละ 8.6 ค่าขาย ร้อยละ 6.7 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) น้อยกว่า 10 ปีร้อยละ 59.4 รองลงมาคือระยะเวลาระหว่าง 10–15 ปีร้อยละ 25.7 ระยะเวลาระหว่าง 15–20 ปีร้อยละ 9.2 ระยะเวลามากกว่า 20 ปีร้อยละ 5.7 และไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านร้อยละ 48.9

จากตารางที่ 1 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลางร้อยละ 46.7 รองลงมาคือความรู้ในระดับต่ำร้อยละ 30.8 ความรู้ในระดับสูงร้อยละ 22.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมในระดับปานกลาง (6.2 คะแนน)

จากตารางที่ 2 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลางร้อยละ 51.1 รองลงมาคือมีการรับรู้ในระดับสูงร้อยละ 31.1 และการรับรู้ในระดับต่ำร้อยละ 17.8

จากตารางที่ 3 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออกในระดับสูงร้อยละ 58.7 รองลงมาคือมีการรับรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 37.1 และการรับรู้ในระดับต่ำร้อยละ 4.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (5 คะแนนลงมา)	97	30.8
ปานกลาง (6–7 คะแนน)	147	46.7
สูง (8 คะแนนขึ้นไป)	71	22.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (คะแนนร้อยละ 59 ลงมา)	56	17.8
ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60–79)	161	51.1
สูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	98	31.1

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (คะแนนร้อยละ 59 ลงมา)	13	4.1
ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60–79)	117	37.1
สูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	185	58.7

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	p-value
เพศ			
ชาย	6.4	t = 1.847	0.066
หญิง	6.7		
อายุ			
< 30 ปี	7.0	F = 2.381	0.050
30- 40 ปี	6.5*		
41-50 ปี	6.7*		
51-60 ปี	6.6*		
61 ปี ขึ้นไป	7.6*		
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	6.7	F = 0.323	0.725
มัธยมศึกษา	6.6		
อนุปริญญา/สูงกว่า	6.7		
อาชีพ			
รับจ้าง	6.5	F = 1.493	0.216
เกษตรกร	6.7		
ค้าขาย	7.1		
งานบ้าน/อื่นๆ	6.8		
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ			
< 10 ปี	6.8	F = 1.600	0.189
10 - 15 ปี	6.4		
16 - 20 ปี	6.5		
มากกว่า 20 ปี	6.6		

*The mean difference is significant at the 0.05 level

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะด้านกลุ่มอายุที่ต่างกันในภาพรวมมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง

เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และการดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านที่ต่างกัน มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามการจัดระดับ

	ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ	(คะแนนร้อยละ 59 ลงมา)	7	2.2
ปานกลาง	(คะแนนร้อยละ 60-79)	34	10.8
สูง	(คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	274	87.0

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	p-value
เพศ			
ชาย	7.3	t = 2.001*	0.046
หญิง	7.6		
อายุ			
< 30 ปี	7.7	F = 0.741	0.565
30- 40 ปี	7.5		
41-50 ปี	7.4		
51-60 ปี	7.6		
61 ปี ขึ้นไป	7.8		
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	8.0	F = 0.720	0.609
มัธยมศึกษา	7.5		
อนุปริญญา/สูงกว่า	7.5		
อาชีพ			
รับจ้าง	7.5	F = 1.950	0.122
เกษตรกร	7.5		
ค้าขาย	7.7		
งานบ้าน/อื่นๆ	7.9		
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ			
< 10 ปี	7.5	F = 0.110	0.954
10 - 15 ปี	7.6		
16 - 20 ปี	7.5		
มากกว่า 20 ปี	7.5		
การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน			
ดำรงตำแหน่งอื่น	7.2	F = 1.951*	0.001
ไม่ได้ดำรงตำแหน่งอื่นๆ	7.9		

*The mean difference is significant at the .05 level

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับการปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (คะแนนร้อยละ 59 ลงมา)	20	6.3
ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60–79)	54	17.1
สูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	241	76.5

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากร การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p - value
คุณลักษณะด้านเพศ	0.130	0.021
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	0.084	0.137
การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.250	< 0.001
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	0.182	0.001
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	0.010	0.865

จากตารางที่ 5 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูงร้อยละ 87.0 รองลงมาที่มีการรับรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 10.8 และการรับรู้ในระดับต่ำร้อยละ 2.2

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะด้านเพศ และการดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ต่างกัน มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 7 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูงร้อยละ 76.5

รองลงมาในระดับปานกลางร้อยละ 17.1 และในระดับต่ำร้อยละ 6.3

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าคุณลักษณะด้านเพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมานานกว่า 10 ปี จึงขาดประสบการณ์ การสั่งสมความรู้ ขาดการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งอื่น ซึ่งการสั่งสมประสบการณ์เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมความรู้⁽³⁾ การที่ยังมีกลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจถึงการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านในการทำลายหรือกำจัดลูกน้ำยุงลายเพราะอาจจะยังยึดติดกับการใช้สารเคมีในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย จึงควรมีการส่งเสริมให้ลดการใช้สารเคมีและใช้วิธีการทางกายภาพหรือการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน ในส่วนขององค์ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกควรมีการทบทวนความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นระยะ ๆ เพราะจะเป็นการเพิ่มศักยภาพด้านความรู้ ซึ่งจะส่งผลต่อทักษะด้านการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน จากผลการศึกษายังพบกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับต่ำค่อนข้างมาก จึงต้องเพิ่มทักษะด้านการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ เพราะความรู้ถือเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ โดยการนึกได้ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การค้นคว้า การศึกษา⁽⁴⁾

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามปัจจัยด้านคุณลักษณะด้านประชากรที่แตกต่างกัน มีความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 อาจเป็นเพราะขนาดและลักษณะการกระจายของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาค่อนข้างมีความเบ้ จึงอาจส่งผลให้ไม่พบความแตกต่างดังกล่าว

การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือการรับรู้ระดับสูง และปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรที่แตกต่างกันไม่มีอิทธิพลต่อระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกนั้นจะทำให้เสียชีวิตได้และทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หากไม่สนใจรับรู้และปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ถ้าหากการรับรู้ของเขาคลาดเคลื่อนจากความจริง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมผิด ๆ และก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเองได้ การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (action oriented in the present) เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลาทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วยเสมอ การรับรู้

ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนว่า บุคคลจะมีการกระทำใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงใด ๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งเป็นการลดความรุนแรงของโรคและรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) เป็นความรู้สึกถึงอันตรายและผลเสียต่อชีวิตทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เกิดทุพพลภาพ หรือเกิดความเจ็บปวด เป็นต้น ความรู้สึกเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของโรคที่ยังไม่เกิดขึ้นจริงนี้จะอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อโรคนั้น ๆ การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่บุคคลจะต้องมีการรับรู้ด้วยว่าโรคที่คุกคามต่อตนเองนั้นมีความรุนแรง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ หรือกระทบกระเทือนต่อชีวิต ครอบครัว การงานและสังคม⁽⁵⁾

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.7) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านอายุต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุระหว่าง 30-40 ปี 41-50 ปี และ 51-60 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) เป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคในสภาวะหรือสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรือเป็นความเชื่อในการยอมรับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลว่ามีโอกาสเกิดโรคในผู้ที่มีสุขภาพดีทั่วไป และเป็นการรับรู้ว่าการเกิดโรคมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคเรื้อรังหรือเป็นโรคอื่น ๆ ได้ ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แน่นอนแล้ว ซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้ต่อสุขภาพว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงนั้นจะเป็นแรงกระตุ้น

ให้บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันโรค การมีประสบการณ์เดิมจะช่วยให้การตีความสิ่งเร้าที่ได้รับและจากบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขตามความเป็นจริงย่อมได้รับรู้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสถิติผู้ป่วย/ตายของพื้นที่ และของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ด้วยโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นอายุของกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นอาจส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากขึ้น ส่วนปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรอื่นๆ ที่ไม่พบว่ามียุทธวิธีต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับเดียวกัน ไม่ว่าเพศชายหรือหญิง อาชีพ การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านต่างกัน ก็ไม่มีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะด้านเพศ และการดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในหมู่บ้านต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.1) และในสภาพความเป็นจริง การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินการเป็นเพศหญิงส่วนใหญ่จึงอาจส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างจากเพศชาย ส่วนปัจจัยด้านการดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีตำแหน่งหน้าที่อื่นในชุมชนมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน อาจเนื่องมาจากการมีเวลาเสียสละทุ่มเทให้กับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างเต็มที่ ต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ต้องรับภาระทางสังคมหลายหน้าที่ ส่วนปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ต่างกัน มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็น

เพราะการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกจากข้อคำถามเป็นเรื่องความสามารถที่ถึงแม้จะมีปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรที่แตกต่างกันก็สามารถมีการรับรู้ที่ไม่ต่างกัน

พฤติกรรมกรดำเนินการในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง และไม่พบความแตกต่างระหว่างปัจจัยคุณลักษณะด้านประชากรกับพฤติกรรมกรดำเนินการในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาสาสมัครฯ ทุกคน มีความรับผิดชอบในงานควบคุมโรคของตนเองและมีแผนการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคทุกเดือนที่ต้องปฏิบัติเหมือนกันทุกคน ทำให้มีพฤติกรรมกรดำเนินการในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ไม่แตกต่างกัน หรืออาจเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนมีความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเหมือนกันจึงมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน

คุณลักษณะด้านเพศ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคคลจะมีการกระทำใดๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้เกิดผลกระทบในการดำเนินชีวิตได้ รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงใดๆ จะก่อให้เกิดประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งเป็นการลดความรุนแรงของโรคและรับรู้ว่าเป็นการกระทำที่ไม่มียุทธวิธีขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น⁽⁵⁾

ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรู้เรื่องโรคมีความเกี่ยวข้องค่อนข้างน้อยกับการปฏิบัติงานที่กลุ่มตัวอย่างต้องแสดงพฤติกรรมกรดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างสม่ำเสมอ โดยไม่ได้คำนึงถึงองค์ประกอบด้านความรู้ และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครฯ อย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านความรู้ และทักษะเทคนิคและวิธีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การแจ้งข้อมูลข่าวสารและสถานการณ์ของโรคให้ทราบเป็นประจำ ควรแนะนำแหล่งข้อมูลความรู้ที่สามารถค้นคว้าเพิ่มเติมได้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ วารสารต่างๆ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมทุกครั้งที่ถือเป็นการถอดบทเรียนจากประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติงานจริง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงด้วยดีโดยได้รับความกรุณาจาก นายแพทย์อนุพงศ์ สุจริยากุล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ที่ให้คำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับรูปแบบการวิจัย ขอขอบพระคุณคุณนิคม กสิวิทย์อำนวย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ที่ช่วยให้คำแนะนำในด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์

ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 4.3 ประจวบคีรีขันธ์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. หลักสูตรอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข ปี 2550. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข: เรติเอชั่น; 2550.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. หลักสูตรอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปี 2552. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข: เรติเอชั่น; 2552.
3. ไพศาล หวังพานิช. การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2526.
4. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ: การจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วังบูรพา; 2520.
5. Rosenstock MI. Historical Origin of the health believe Model. Health educ Monogr 1974; 2(4): 354-83.

การจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

Solid Waste Management of Thabo Crown Prince Hospital, Thabo District, NongKhai Province

มาณีย์ โพธิเสน ส.ม.(อนามัยสิ่งแวดล้อม)* Marunai Photisen M.P.H. (Environmental Health)
กาญจนิศา ครองธรรมชาติ ปร.ด. (วิศวกรรมสิ่งแวดล้อม)** Kannitha Krongthamchat Ph.D. (Environmental Engineering)

*โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
**ภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Thabo Crown Prince Hospital,
Amphor Thabo, NongKhai Province
Department of Environmental Health Sciences,
Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของการจัดการมูลฝอยสำรวจปริมาณของมูลฝอยทั่วไป และมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้น รวมถึงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของบุคลากรในการจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการให้ความรู้โดยใช้แบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารจำนวน 10 คนและเจ้าหน้าที่จำนวน 194 คน นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาสภาพปัจจุบันของการจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ พบว่าเจ้าหน้าที่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการจัดการมูลฝอย ร้อยละ 63.9 โดยมีพนักงานทำความสะอาดเก็บมูลฝอยอยู่ในแผนกคิดเป็นร้อยละ 91 เจ้าหน้าที่ต้องการให้มีการจัดการอบรมในเรื่องการจัดการมูลฝอยมากถึงร้อยละ 93.6 ในด้านของปริมาณมูลฝอย ศึกษาโดยเปรียบเทียบปริมาณมูลฝอยก่อนการอบรมและหลังการอบรมในช่วงเดียวกันของเดือน สิงหาคม กันยายน และตุลาคม พ.ศ. 2551 และ 2552 พบว่า ปริมาณมูลฝอยในโรงพยาบาลลดลง ในเดือนดังกล่าวเท่ากับ 352, 550 และ 605 กิโลกรัมตามลำดับ (คิดเป็นร้อยละ 7.7, 15.3 และ 15.5 ตามลำดับ) มีปริมาณมูลฝอยเฉลี่ยต่อเตียงก่อนการอบรมและหลังการอบรมคิดเป็น 44.7 และ 39.1 กิโลกรัมต่อเตียง ด้านความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อพบว่าการอบรมแล้ว เจ้าหน้าที่มีความรู้เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 11.1 และผู้บริหารมีความรู้เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 30.9 การวัดระดับความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยพบว่า เจ้าหน้าที่และผู้บริหารของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ มีความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยเพิ่มขึ้น โดยมีระดับความรู้มาตรฐานเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 6.7 และ 20 ด้านการปฏิบัติตัวในการจัดการมูลฝอยพบว่า การปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยส่วนใหญ่ยังขาดวินัยเกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอย และมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงการทิ้งให้ถูกต้อง ภายหลังจากได้รับการฝึกอบรมแล้วพบว่า การปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่ในการจัดการมูลฝอย มีค่าเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 13.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

คำสำคัญ: มูลฝอย การจัดการมูลฝอย

Abstract

This research was a Quasi-experiment research. Three objectives were to explored including the current status of solid waste management, the quantity of solid waste and infectious waste and the personnel knowledge, attitude and practice of the solid waste management of Thabo Crown Prince Hospital, Nong Khai Province. The data of pre and post training was collected by using questionnaires. The samples were divided in 2 groups; 10 executive and 194 operating staffs by using questionnaire. The data were analyzed by descriptive and inferential statistics such as frequency, percentage, average.

The current status of solid waste management in Thabo Crown Prince Hospital indicated that there were 63.9% staffs who had trained in solid waste management. For the collection of solid waste, there had the housekeepers in the divisions around 91% and around 93.6% of the staffs required to have training about the topic of solid waste management. In quantity of solid waste aspect, the result for comparison the solid waste quantity of before and after training in month by month for the period of 2008 – 2009, August, September and October, showed that the quantity of solid waste were decreased at those months about 352, 550 and 605 kilograms. Respectively (7.7, 15.3 and 15.5%, respectively). The solid waste quantity per bed from before and after training was 44.7 and 39.1 kilograms per bed. At the solid waste management knowledge aspects, it found that 11.1% hospital staffs and 30.9% hospital executives increased their knowledge after training. The standard knowledge level of hospital staffs and executives increased 6.7 and 20%. The solid waste management practice of the most hospital staffs lack of discipline of separation general and infectious waste. However, after solid waste management training, the number of suitable solid waste management practice staffs increased to 13.5% with statistically significant at 95% confidence level.

Keywords: Solid waste, Waste management

บทนำ

ในชีวิตประจำวันของมนุษย์เรามีของทั้งหมดประโยชน์ใช้สอยหมดคุณภาพหรือชำรุดแตกหักมากมาย ไม่ว่าจะเป็นวัสดุชิ้นเล็ก ๆ เช่น เศษแก้ว เศษอาหาร เศษผ้า หรือวัสดุชิ้นใหญ่ ๆ เช่น ตู้ โต๊ะ เก้าอี้ ที่ชำรุด ใช้การไม่ได้ เรียกว่า มูลฝอยทั้งสิ้น เราสามารถพบเห็นมูลฝอยได้ตามบ้านเรือน ที่พักอาศัย โรงเรียน โรงพยาบาล ตลาดสด ท้องถนน แม่น้ำลำคลอง ฯลฯ มูลฝอยที่พบตามท้องที่ต่าง ๆ เหล่านี้เกิดจากการที่บุคคลขาดระเบียบวินัย และจิตสำนึกต่อการรักษาสังแวดล้อม ปัญหาเหล่านี้ได้ก่อให้เกิดความสกปรก การทำลายทัศนียภาพของบ้านเมือง ชุมชน ส่งกลิ่นเหม็นรบกวน ซ้ำยังเป็นแหล่งเพาะหรือแพร่กระจายของเชื้อโรคอีกด้วย

จากรายงานปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นของประเทศไทยในปี พ.ศ.2538-2548 โดยกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมพบว่า ปริมาณมูลฝอยในรอบสิบปีมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ โดยในปี พ.ศ.2538 มีปริมาณ

มูลฝอย เฉลี่ย 34,492 ตัน/วัน และในปี พ.ศ.2548 มีปริมาณมูลฝอย เฉลี่ย 39,221 ตัน/วัน และเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณมูลฝอยระหว่างปี พ.ศ.2538 และปี พ.ศ.2548 จะมีปริมาณมูลฝอยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นวันละ 4,729 ตัน/วัน⁽¹⁾

นอกจากมูลฝอยทั่วไปที่กำลังเป็นปัญหาระดับประเทศแล้ว มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากสถานพยาบาลก็ได้ก่อให้เกิดปัญหาเช่นกัน โดยพบว่า โรงพยาบาลในสภามณฑลที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 820 แห่ง ผลิตมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ยวันละ 0.46 กิโลกรัม/เตียง โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 73.1 มีเตาเผาขนาด 100-180 กิโลกรัม/ชั่วโมง เตาเผาร้อยละ 65.1 อยู่ในสภาพดีหรือพอใช้ที่เหลืออยู่ในสภาพชำรุด สำหรับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลร้อยละ 62.32 เตาเองในโรงพยาบาล รองลงมาใช้บริการของเอกชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 23.2, 4.9 และ 3.6 ตามลำดับ โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 1.1 ยังกำจัดมูลฝอยไม่ถูกต้อง⁽²⁾

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลชุมชนที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีขนาด 90 เตียง ให้บริการในด้านสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นการให้บริการด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ จากการดำเนินการดังกล่าวถ้าไม่มีระบบการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้อก็จะส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นมูลฝอยทั่วไป มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยติดเชื้อ เป็นต้น ซึ่งมูลฝอยเหล่านี้มีจำนวนไม่น้อยในแต่ละวัน และการกำจัดมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อในขณะนี้ยังไม่มีจัดการที่ชัดเจนเป็นสัดส่วน แต่ปัญหาที่พบจริง ๆ หลังจากได้ดำเนินการวิจัยไปแล้วนั้น พบว่าบุคลากรยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้อ จึงส่งผลถึงพฤติกรรมการจัดการมูลฝอย และการทิ้งมูลฝอยที่ไม่ถูกต้อและไม่ได้มาตรฐาน ทำให้ค่าใช้จ่ายในการจัดการมูลฝอยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ยังมีปริมาณไม่แตกต่างกันในแต่ละปี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการมูลฝอยของบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประกอบการพิจารณาของผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้ที่สนใจได้ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไขการจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ หรือโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของการจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อหาปริมาณของมูลฝอยทั่วไป และมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของบุคลากรในการจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จำนวน 204 คน และจากการสำรวจปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นก่อนและหลังให้ความรู้แก่บุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2552

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) เจ้าหน้าที่ระดับบริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 20 คน 2) เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อและพนักงานทำความสะอาดที่โรงพยาบาลทำสัญญาว่าจ้างกับบริษัทเอกชน จำนวน 396 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดตัวอย่าง = 204 ตัวอย่าง

จากการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 204 คน จากนั้นจึงคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่ระดับบริหารของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

$$n = \frac{204}{416} \times 20 = 9.81 = 10 \text{ คน}$$

กลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อและพนักงานทำความสะอาดที่โรงพยาบาลทำสัญญาว่าจ้างกับบริษัทเอกชน

$$n = \frac{204}{416} \times 396 = 194.19 = 194 \text{ คน}$$

หลังจากได้ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ แล้วจึงทำการเก็บตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกปริมาณของมูลฝอยทั่วไป และมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 1 ชุด

2. แบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ได้แก่

2.1 ชุดที่ใช้สำหรับเจ้าหน้าที่ระดับบริหารของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

2.2 ชุดที่ใช้สำหรับเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และพนักงานทำความสะอาดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อทำสัญญาว่าจ้างกับบริษัทเอกชน

ระยะเวลา และสถานที่ทำการการศึกษา:

ศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2552 ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ขั้นตอนดำเนินการ

แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1.1 การเลือกพื้นที่ในการวิจัย กำหนดประชากรที่จะศึกษา

1.2 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งการอบรมในเรื่องของการจัดการมูลฝอย

1.3 สร้างเครื่องมือในการวิจัย

1.4 ตรวจสอบความถูกต้อง และครอบคลุมของแบบสอบถาม โดยปรึกษาและขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญ

1.5 ทดลองการใช้แบบสอบถาม (try out) โดยนำไปทดสอบกับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น ที่มีความใกล้เคียงและคล้ายคลึงกับพื้นที่ที่ใช้ในการวิจัยจริง

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ พนักงานทำความสะอาดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อทำสัญญาว่าจ้างกับบริษัทเอกชนทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.2 ให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นก่อนการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการจัดการมูลฝอย

2.3 อบรมให้ความรู้ในเรื่องการจัดการมูลฝอยแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อทุกคนรวมทั้งพนักงานทำความสะอาด

2.4 ให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นหลังการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการจัดการมูลฝอย

2.5 บันทึกปริมาณมูลฝอยก่อนและหลังการให้ความรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยทดสอบด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ในการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการให้ความรู้ด้านการจัดการมูลฝอย

ผลการวิจัย

1. สภาพปัจจุบันของการจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

จากการตอบแบบสอบถามเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อก่อนให้ความรู้ พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการจัดเก็บมูลฝอยร้อยละ 88.3 และไม่พบปัญหาการจัดเก็บมูลฝอยของพนักงานร้อยละ 11.7 โดยแบ่งปัญหาที่พบได้ดังนี้

1.1 ระยะเวลาการจัดเก็บห่างเกินไประยะ 35.5

1.2 ถังรองรับมูลฝอยมีน้อยร้อยละ 25.8

1.3 ไม่มีจุด พัก มูลฝอย หรือ จุด พัก ไม่เหมาะสม พนักงานเก็บไม่เรียบร้อย ไม่เป็นระเบียบ ร้อยละ 3.2

1.4 เก็บไม่ตรงเวลาและไม่มีผู้รับผิดชอบ ชัดเจนร้อยละ 9.7

2. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.8 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 56.7 สถานภาพโสดร้อยละ 38.1 และสถานภาพหม้าย หย่าร้างร้อยละ 5.2 เคยได้รับการอบรมในเรื่องการจัดการมูลฝอยร้อยละ 63.9 อีกร้อยละ 36.1 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดเก็บมูลฝอยเลย และเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยร้อยละ 12.9 โดยร้อยละ 5.7 ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยจากการอบรม วิทยุ/โทรทัศน์ และเอกสาร/สิ่งพิมพ์ คิดเป็นร้อยละ 34.6, 28.3 และ 31.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าโรงพยาบาลควรจัดให้มีการอบรมในเรื่องการจัดการมูลฝอยมากถึงร้อยละ 93.6

3. ความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการจัดการมูลฝอย

3.1 ความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงาน

จากการศึกษาพบว่า ก่อนให้ความรู้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 15.1 (S.D. = 1.9) ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาตรฐานร้อยละ 85.6 และระดับต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 14.4 และภายหลังการให้ความรู้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเป็น 19.1 (S.D. = 2.1) ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาตรฐานร้อยละ 92.3 และต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 7.7 แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมทำให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อมีความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยเพิ่มขึ้น โดยมีระดับความรู้มาตรฐานเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 6.7 (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

3.2 ความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยของผู้บริหาร

จากการศึกษาพบว่า ก่อนให้ความรู้ผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อมีคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 17.4 (S.D. = 1.0) ส่วนใหญ่มีระดับความรู้มาตรฐานร้อยละ 60.0 และภายหลังการให้ความรู้ ผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อมีคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 19.1 (S.D. = 0.5) ส่วนใหญ่มีระดับความรู้มาตรฐานร้อยละ 80.0 แสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมทำให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อมีความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยเพิ่มขึ้น โดยมีระดับความรู้มาตรฐานเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 20.0 (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยของเจ้าหน้าที่ ก่อนและหลังให้ความรู้

ความรู้	ค่าคะแนน	ก่อนให้ความรู้*		หลังให้ความรู้**	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาตรฐาน	มากกว่าค่าเฉลี่ย	166	85.6	179	92.3
ระดับต่ำกว่ามาตรฐาน	น้อยกว่าค่าเฉลี่ย	28	14.4	15	7.7

หมายเหตุ * ก่อนให้ความรู้ ค่าเฉลี่ย = 15.1 S.D. = 1.9 ค่าต่ำสุด = 12 ค่าสูงสุด = 19

** หลังให้ความรู้ ค่าเฉลี่ย = 19.1 S.D. = 2.1 ค่าต่ำสุด = 16 ค่าสูงสุด = 22

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยและการจัดการมูลฝอยของผู้บริหาร ก่อนและหลังให้ความรู้

ความรู้	ค่าคะแนน	ก่อนให้ความรู้*		หลังให้ความรู้**	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาตรฐาน	มากกว่าค่าเฉลี่ย	6	60.0	8	80.0
ระดับต่ำกว่ามาตรฐาน	น้อยกว่าค่าเฉลี่ย	4	40.0	2	20.0

หมายเหตุ * ก่อนให้ความรู้ ค่าเฉลี่ย = 17.4 S.D. = 1.0 ค่าต่ำสุด = 10 ค่าสูงสุด = 19

** หลังให้ความรู้ ค่าเฉลี่ย = 19.3 S.D. = 0.5 ค่าต่ำสุด = 14 ค่าสูงสุด = 21

4. การปฏิบัติตัวในการจัดการมูลฝอย

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการอบรม การปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยอย่างถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 78.3 และปฏิบัติไม่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 21.7 ส่วนใหญ่ยังขาดวินัยเกี่ยวกับการคัดแยกมูลฝอย และมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงการทิ้งให้ถูกต้องเมื่อได้รับการฝึกอบรมแล้วผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยอย่างถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 91.8 และปฏิบัติไม่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 8.2 ภายหลังการอบรมค่าร้อยละของการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 13.5 แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระ

ยุพราชท่าบ่อได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้นจากการฝึกอบรมเกี่ยวกับมูลฝอยและการจัดการมูลฝอย ทำให้สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

5. ชนิดและปริมาณมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

ผลการสำรวจข้อมูลชนิด ปริมาณมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้อ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ⁽⁶⁾ ก่อนการให้ความรู้ (รายละเอียดดังตารางที่ 3) และเปรียบเทียบปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อก่อนให้ความรู้ พ.ศ.2551 และหลังให้ความรู้ พ.ศ.2552 (รายละเอียดดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ชนิดและปริมาณมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ตั้งแต่เดือน พ.ย. 2550-ต.ค. 2551

เดือน	ปริมาณมูลฝอยทั่วไป		ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ	
	ก่อนการให้ความรู้ (กิโลกรัม)		ก่อนการให้ความรู้ (กิโลกรัม)	
พฤศจิกายน 2550	3,872		2,935	
ธันวาคม 2550	3,026		2,132	
มกราคม 2551	3,951		3,144	
กุมภาพันธ์ 2551	3,226		2,352	
มีนาคม 2551	4,412		3,568	
เมษายน 2551	3,172		2,243	
พฤษภาคม 2551	4,718		3,615	
มิถุนายน 2551	3,720		2,878	
กรกฎาคม 2551	3,996		3,162	
สิงหาคม 2551	5,402		4,569	
กันยายน 2551	4,628		3,606	
ตุลาคม 2551	4,734		3,894	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ ก่อนและหลังการให้ความรู้ พ.ศ.2551 และ 2552

พ.ศ.2551		พ.ศ.2552		ผลต่างหลังให้ความรู้	
เดือน	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	เดือน	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	ร้อยละ
สิงหาคม	4,569	สิงหาคม	4,217	352	7.7
กันยายน	3,606	กันยายน	3,056	550	15.3
ตุลาคม	3,894	ตุลาคม	3,289	605	15.5

ตารางที่ 5 จำนวนผู้มารับบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2551 และ 2552

เดือน	ผู้ป่วยนอก (ราย)		ผู้ป่วยใน (ราย)		รวม (ราย)		ผลต่างของผู้ป่วยรวม	
	2551	2552	2551	2552	2551	2552	ราย	ร้อยละ
สิงหาคม	7,637	8,566	984	1,019	8,621	9,585	964	11.2
กันยายน	5,946	6,034	858	912	6,804	6,946	142	2.1
ตุลาคม	6,440	6,539	908	936	7,348	7,475	127	1.7

ผลการสำรวจปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ หลังการอบรมในช่วงเดือนเดียวกันของสองปีคือ เดือนสิงหาคม กันยายน และตุลาคม พ.ศ. 2551⁽⁷⁾ และ 2552 พบว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ลดลงในเดือนดังกล่าว 352, 550 และ 605 กิโลกรัม ตามลำดับ หรือคิดเป็นร้อยละ 7.7, 15.3 และ 15.5 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้มารับบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อในช่วงเดือนสิงหาคม กันยายน และตุลาคม พ.ศ.2551 ก่อนการศึกษามีปริมาณ 8,621, 6,804 และ 7,348 ราย ตามลำดับ และหลังได้รับความรู้ในช่วงเดือนสิงหาคม กันยายน และตุลาคม พ.ศ. 2552 มีปริมาณผู้มารับบริการ 9,585, 6,946 และ 7,475 ราย ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าช่วงเวลาเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 11.2, 2.1 และ 1.7 ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 5)

ดังนั้นจึงพออนุมานได้ว่า ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อที่ลดลงไม่ได้เป็นผลมาจากปริมาณผู้มารับบริการที่ลดลง แต่ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ลดลงน่าจะมาจากเจ้าหน้าที่มีความรู้และความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยที่เพิ่มมากขึ้น

หากพิจารณาตามขนาดของโรงพยาบาล จะพบว่าโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อซึ่งมีขนาด 90 เตียง มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อต่อเตียงก่อนการอบรมและหลังการอบรมเฉลี่ยคิดเป็น 0.5 และ 0.4 กิโลกรัม/เตียง/วัน เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาศาสนาการณำกำจัดมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2549 ที่มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย 0.5 กิโลกรัม/เตียง/วัน⁽²⁾ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อจึงมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ย/เตียง/วันก่อนการอบรมสูงกว่าค่าเฉลี่ยมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อภิปรายผล

การให้ความรู้ในเรื่องการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้องโดยใช้คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลทำให้ความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องการจัดการมูลฝอยของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อ.ท่าบ่อ จ.หนองคาย มีค่าสูงขึ้น เป็นผลให้ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อภายหลังจากการได้รับความรู้แล้วมีปริมาณลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธยา สุภา-ปัญญากุล และกาญจนา ครองธรรมชาติ⁽⁵⁾ ได้ศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า การจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลสกลนคร มีรูปแบบในการจัดการมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม และได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และได้จัดแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใหม่ภายหลังดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ และวัดระดับคะแนนความรู้แล้วพบว่า มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ด้านปริมาณมูลฝอยติดเชื้อพบว่า หลังดำเนินการมีปริมาณมูลฝอยลดลง และมีมูลฝอยอื่นปนในมูลฝอยติดเชื้อลดลงร้อยละ 13.1 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้และการจัดระบบมูลฝอยติดเชื้อทำให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีระดับความรู้การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยดีขึ้นและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยณรงค์ แก้วจันทน์⁽⁸⁾ ได้ศึกษาพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในสถานีนอนามัย จังหวัดนครศรีธรรมราช การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานีนอนามัย ในระดับสูง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อคือปัจจัยการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยมีผลต่อพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในสถานีนอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และปัจจัยจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล มีผลต่อพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในสถานีนอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 และผู้วิจัยยังได้เสนอ

แนะแนวทางเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการอบรมและการสาธิตในทุกขั้นตอนการปฏิบัติ รวมถึงการจัดทำคู่มือ เอกสาร เพื่อก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักและสร้างจิตสำนึกในการปฏิบัติอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการรณรงค์เรื่องการจัดการมูลฝอยภายในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นให้เกิดการจัดการมูลฝอยที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากการดำเนินงานของโรงพยาบาล
2. ควรมีการศึกษาปริมาณมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ หลังการดำเนินงานอีกระยะหนึ่งเพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของปริมาณมูลฝอยว่าจะมีแนวโน้มเป็นอย่างไร
3. ควรมีการติดตามและประเมินการปฏิบัติตามของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อช่วยกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงหน้าที่ที่ต้องช่วยกันลดปริมาณมูลฝอยต่อไป
4. ควรมีการตรวจสอบตัวเลขปริมาณมูลฝอยทุกเดือนเพื่อหาสาเหตุและดำเนินการแก้ไขได้อย่างทันท่วงที
5. เสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อเพื่อกำหนดนโยบายในการจัดการมูลฝอยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อต่อไป
6. ควรจัดให้มีธนาคารมูลฝอยรีไซเคิลเพื่อให้เกิดการจัดการมูลฝอยอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

กราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ชัชชาย แจ่มใส อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจารย์เภสัชกรสุรสิทธิ์ วัชรสุโพธิ์ เภสัชกร 9 โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ที่ได้ให้คำแนะนำ ขอบพระคุณอาจารย์ปราณี เคหะจินดาวัฒน์ พยาบาลชำนาญการระดับ 8 หัวหน้าหน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลรามาริบัติ อาจารย์จุฑารัตน์

เยี่ยมทอง หัวหน้างานแม่บ้านโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่ให้คำแนะนำในการสร้างแบบสอบถาม ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช กระนวน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ที่ช่วยทดสอบ แบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริง ขอขอบคุณผู้อำนวยการและ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอ ท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการ ตอบแบบสอบถามและความร่วมมือในการให้ข้อมูล อันเป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานปริมาณ มูลฝอยที่เกิดขึ้นของประเทศไทยในปี พ.ศ.2538- 2548. [ออนไลน์] [ม.ป.ป.] [อ้างเมื่อ 13 พฤษภาคม 2553]. จาก http://www.environnet.in.th/index.php?option=com_content&view=article&id=5&catid=8&Itemid=13
2. สุพร ผดุงศุภโลย, ชูตินาถ ทศจันทร์. สถานการณ์การ กำจัดมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2549. วารสารการ จัดการสิ่งแวดล้อม 2551; 4: 90-106.
3. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติ สถิติเพื่อการ ตัดสินใจ. กรุงเทพฯ: คณะพาณิชยศาสตร์และการ บัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
4. บัณฑิต ถิ่นคำพ. คู่มือปฏิบัติการชีวสถิติสำหรับ ศึกษาชีวสถิติด้วยตนเอง. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลัง นานาวิทยา; 2543.
5. ยุทธยา สุภาพัญญกุล. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ของโรงพยาบาลสกลนคร. (วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
6. งานสุขาภิบาลและป้องกันโรค. สรุปรายงานประจำ ปี. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อ.ท่าบ่อ จ.หนองคาย; 2550.
7. งานสุขาภิบาลและป้องกันโรค. สรุปรายงานประจำ ปี. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อ.ท่าบ่อ จ.หนองคาย; 2551.
8. ชัยณรงค์ แก้วจันทน์. พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในสถานีนามัย จังหวัดนครศรีธรรมราช. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.

ทัศนคติด้านการป้องกันโรคเบาหวาน ของพนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจที่มีภาวะก่อนเบาหวานในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

Diabetes Prevention attitude among government and state enterprise employees with Prediabetes in Muang District, Khon Kaen Province

อภิญญา บ้านกลาง พย.บ. (พยาบาลศาสตร์)*
เบญจา มุกตพันธ์ วท.ม. (โภชนศาสตร์)**

Apinya Banklang B.N.S. (Nursing Science)
Benja Muktabhant MS. (Nutrition)

*คณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย
**ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Nursing, Collage of Asian Scholar
Department of Nutrition, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติด้านการป้องกันโรคเบาหวานของพนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือพนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 86 คน ที่ผ่านการตรวจเลือดด้วยวิธี Oral Glucose Tolerance Test (OGTT: ระดับน้ำตาลในเลือด 144 – 199 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทัศนคติในด้านรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA version 10.0 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาร้อยละ 62 เป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติรวมทุกด้านอยู่ในระดับสูงร้อยละ 65 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76) มีทัศนคติด้านการออกกำลังกายระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติด้านการรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนักในระดับสูงร้อยละ 58 และ 51 โดยทัศนคติรายข้อที่ไม่ส่งเสริมการป้องกันโรคเบาหวาน พบว่ากว่าร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่มีความสุขที่ต้องควบคุมอาหาร รู้สึกไม่พอใจถ้าห้ามไม่ให้รับประทานอาหารที่ชอบ และเห็นว่าการรับประทานอาหารหวาน มัน ทอดนานๆ ครั้งคงไม่ทำให้อ้วน และหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าหากต้องควบคุมน้ำหนักจะไม่ได้รับประทานอาหารที่ชอบ กล่าวโดยสรุป กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะก่อนเบาหวานมีทัศนคติที่ดีด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน แต่ยังมีทัศนคติที่ไม่ส่งเสริมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนัก ดังนั้นควรมีกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักเพื่อนำไปสู่การปรับทัศนคติที่ดีด้านการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: ภาวะก่อนเบาหวาน ทัศนคติ การป้องกันโรคเบาหวาน

Abstract

This survey research aims to investigate the attitude toward diabetes prevention of government and state employees in Meuang District, Khon Kaen Province. Eighty-six government and state employees received a blood test by Oral Glucose Tolerance Test with blood glucose levels between 144–199 mg/dl were recruited. Data including general information, attitudes toward food consumption, exercise and weight control to prevent diabetes were collected using questionnaires. The data collection was conducted between January and March 2011.

The results showed that 62 percent of the participants were female and most (70 percent) held a bachelor's degree or more. Of the total, 65 percent had high overall attitude scores. Majority (76 percent) had high attitude scores of exercise. Whereas, high attitudes scores on food consumption and weight control were 58 and 51 percent. Considering attitude not-promoting prevention of diabetes showed that more than 40 percent of the respondents felt unhappy to diet and feel uncomfortable if asking not to eat favorite dishes. In addition, taking sweets, fried and high fat dishes occasionally will not cause obesity. And one-third of the subjects feel that controlling weight will result in unable to eat favorite foods. In conclusion, the subjects with pre-diabetic conditions had a positive attitude to exercise for preventing diabetes but the attitude not promoting prevention of diabetes including diet and weight control were reported. Therefore, there should be public awareness activities to bring about a positive attitude adjustment in food consumption and weight control to prevent diabetes.

Keywords: Prediabetes, Attitude, Prevention of diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความชุกสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและของโลก โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเหมือนชาวตะวันตก เนื่องจากเป็นโรคที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงต่างๆ ตามมามากมายถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ล่าช้าหรือไม่เหมาะสม⁽¹⁾ จากสถิติในปี พ.ศ. 2543 พบผู้ป่วยเบาหวาน 171 ล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2573 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคน⁽²⁾ บุคคลที่เป็นเบาหวานในประเทศไทยก็เพิ่มสูงขึ้นทุกปีเช่นกัน โดยอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานในปี 2542–2551 เพิ่มขึ้นจาก 218.9 เป็น 675.7 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾ จากการสำรวจในปี ค.ศ.2000 พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของโลกรองจากโรคติดต่อ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ⁽⁴⁾ จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี 2542–2551 พบอัตราตายด้วยโรคเบาหวานในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเพิ่มขึ้นจาก 11.4 เป็น 12.2 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾

เมื่อพิจารณาภาวะเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของบุคคลที่มีภาวะก่อน

เบาหวานนั้นจะสูงกว่าปกติ แต่ยังไม่ถึงระดับของโรคเบาหวาน (FBS เท่ากับ 100–125 mg/dL หรือ OGTT เท่ากับ 140–199 mg/dL)⁽⁵⁾ การศึกษาความชุกภาวะก่อนเบาหวานในประเทศไทย พบความชุกของภาวะก่อนเบาหวานร้อยละ 12.6 (ร้อยละ 14.7 ในชาย และร้อยละ 10.5 ในหญิง)⁽⁶⁾ การศึกษาในหลายๆ เชื้อชาติพบว่า ผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน (Impaired Glucose Tolerance: IGT) จะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึงร้อยละ 19–61 ภายในระยะเวลา 5–10 ปี⁽⁷⁾ จากการศึกษาหลายๆ งานวิจัยในปัจจุบัน ได้แสดงให้เห็นว่าผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มที่มีภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) ด้วยการออกกำลังกายที่ไม่มากนักแต่สม่ำเสมอ และการควบคุมน้ำหนักจะช่วยป้องกันการเป็นโรคเบาหวานได้มากกว่าร้อยละ 50⁽⁸⁾ โดยข้อเสนอแนะที่เหมาะสมที่สุดคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัว การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม และการออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ ซึ่งทัศนคติเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม^(8,9) ศักดิ์สุนทรเสณี กล่าวถึง ทัศนคติที่เชื่อมโยงไปถึงพฤติกรรมของบุคคลว่า ทัศนคติหมายถึง

ความสลับซับซ้อนของความรู้สึกรู้สึก หรือการมีอคติของบุคคลในการที่จะสร้างความพร้อมที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามประสบการณ์ของบุคคลนั้นที่ได้รับมา และเป็นความโน้มเอียงที่จะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดีหรือต่อต้านสิ่งแวดล้อมที่จะมาถึงทางหนึ่งทางใด ส่วนด้านพฤติกรรมหมายถึง การเตรียมตัว หรือความพร้อมที่จะตอบสนอง⁽¹⁰⁾ ซึ่งทัศนคติสามารถเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงได้จากการได้รับข้อมูลข่าวสาร การเรียนรู้ และการเลียนแบบ หรือรับเอาทัศนคติของผู้อื่น^(8,11,12)

การศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันทั้งในภาคตัดขวาง และการศึกษาระยะยาวพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมบางอย่างที่อาจเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ ความอ้วน โดยเฉพาะ Upper body obesity การขาดการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะ Sedentary lifestyles และ westernization และการบริโภคอาหารบางชนิด โดยเฉพาะอาหารประเภทไขมันในปริมาณสูง⁽¹³⁾ ซึ่งพนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจเป็นกลุ่มที่มีวิถีชีวิตแบบนั่ง ๆ นอน ๆ (Sedentary lifestyles) พิจารณาจากการทำงานแบบนั่งโต๊ะ หรือหน้าคอมพิวเตอร์ตลอดวัน หน้าที่/ ความรับผิดชอบ ภาระงาน และสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน รวมถึงวิถีชีวิตที่เร่งรีบ แข่งขัน ส่งผลให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพของพนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผลการศึกษามีประโยชน์ในการวางแผนนโยบายสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาทัศนคติด้านการป้องกันโรคเบาหวานของพนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ พนักงานราชการและรัฐวิสาหกิจที่

มีภาวะก่อนเบาหวานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผ่านการคัดกรองโดยการตรวจเลือดด้วยวิธี Oral glucose tolerance test จำนวน 86 คน (นำข้อมูลมาจากระบบการวิจัย “การใช้ระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมง และการพัฒนา risk score ในการคัดกรองภาวะก่อนเบาหวานชนิด impaired glucose tolerance” ซึ่งมีจำนวน 109 ราย จากจำนวนการคัดกรองทั้งหมด 1,200 ราย)

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร⁽¹⁴⁾

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 P (1-P)}{e^2}$$

P คือ ค่าสัดส่วนของผู้ที่มีทัศนคติด้านการป้องกันโรคเบาหวานในระดับสูง เท่ากับร้อยละ 69.6⁽¹⁵⁾

กำหนด $\alpha = 0.05$ ($Z_{\alpha/2} = 1.96$)

e คือ ความกระชับของการประมาณค่า โดยมีเงื่อนไขว่าห้ามกำหนดค่า e เกิน 15% ของค่าพารามิเตอร์ที่เรากำลังจะประมาณค่า : ดังนั้นกำหนดค่า $e = 15\% \times (0.70)$ เท่ากับ 0.105

$$\text{แทนค่า } n = \frac{1.96^2 (0.70)(1-0.70)}{0.105^2}$$

$$n = 73.17 = 74$$

ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 74 ราย แต่ประชากรทั้งหมดมีเพียง 109 ราย ดังนั้นผู้วิจัยตัดสินใจศึกษาในประชากรทั้งหมด 109 ราย เพื่อป้องกันการเก็บตัวอย่างไม่ครบจากเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก (Inclusion-Exclusion criteria) ในการเก็บข้อมูลมีอาสาสมัครที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดออก 23 ราย จึงเก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 86 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ประชาชนเพศชาย และหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะก่อนเบาหวาน เป็นครั้งแรก

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ
2. ความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง (Severe hypertension)

หมายถึง ค่าความดันโลหิตขณะหลอดเลือดหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) ≥ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือ ค่าความดันโลหิตขณะหลอดเลือดหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure) ≥ 120 มิลลิเมตรปรอท

3. ผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกไต
4. ผู้ป่วยโรคหัวใจ

เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2554 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และทัศนคติการป้องกันโรคเบาหวาน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน โดยแบบสอบถามทัศนคติมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยให้เลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนทัศนคติ มีดังนี้

ทัศนคติทางบวก (Positive attitude)	ทัศนคติทางลบ (Negative attitude)
เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมากที่สุด
5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยมาก 4 คะแนน	เห็นด้วยมาก 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยปานกลาง
3 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน	เห็นด้วยน้อย 4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนนทัศนคติ ใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ตามแนวคิดของเบสท์⁽¹⁶⁾ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ระดับค่าเฉลี่ย} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

คะแนน 3.67 – 5.00 หมายถึงทัศนคติระดับดีมาก

คะแนน 2.34 – 3.66 หมายถึงทัศนคติระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึงทัศนคติระดับไม่ดี

หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาชเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์

ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA version 10.0 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 61.6 อายุเฉลี่ย 47.4 ± 9.2 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 70.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่รับรู้ภาวะเสี่ยงเบาหวานร้อยละ 74.3 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติด้านการป้องกันโรคเบาหวานในระดับสูงร้อยละ 61.6 และระดับปานกลางร้อยละ 34.9 ที่เหลือมีทัศนคติในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาระดับทัศนคติรายด้านของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทัศนคติด้านการออกกำลังกายในระดับสูง (ร้อยละ 75.6) ที่เหลือมีคะแนนทัศนคติด้านการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนทัศนคติด้านการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.8 มีคะแนนทัศนคติในระดับสูง และร้อยละ 37.2 มีคะแนนทัศนคติในระดับปานกลาง ที่เหลือมีคะแนนทัศนคติในระดับต่ำ สำหรับทัศนคติด้านการควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีเพียงครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนในระดับสูง (ตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณาทัศนคติรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีทัศนคติที่ไม่ส่งเสริมการป้องกันโรคเบาหวานในเรื่องต่อไปนี้ ด้านการรับประทานอาหารพบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นว่าในคนที่มีกรรมพันธุ์เบาหวาน แม้จะรับประทานอาหารป้องกันโรคเบาหวาน ก็ไม่สามารถป้องกันโรคได้ (ร้อยละ 43) กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่มีความสุขที่ต้องควบคุมการรับประทานอาหารไขมัน อาหารรสเค็ม หรืออาหารรสหวาน (ร้อยละ 42) ไม่พอใจถ้าถูกห้ามไม่ให้รับประทานอาหารที่ชอบ (ร้อยละ 44) และเห็นว่าการกินอาหารหวาน มัน หรือทอด กินนาน ๆ ครั้งคงไม่ทำให้อ้วน (ร้อยละ 42) ด้านการออกกำลังกาย พบว่าร้อยละ 22 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ชอบออกกำลังกายเพราะเห็นว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก สำหรับทัศนคติด้านการควบคุมน้ำหนักพบว่า ร้อยละ 31 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าหากต้องควบคุมหรือลดน้ำหนักจะไม่ได้กินอาหารที่ชอบ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ร้อยละการป้องกันโรคเบาหวานรายด้าน จำแนกตามระดับทัศนคติ (n = 86)

ทัศนคติ	ระดับทัศนคติ		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ทัศนคติด้าน			
ด้านการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	55.8	37.2	7.0
ด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	75.6	24.4	0
ด้านการควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	53.5	43.0	3.5
ทัศนคติรวม (3 ด้าน)	61.6	34.9	3.5

ตารางที่ 2 ร้อยละของทัศนคติด้านการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n = 86)

ทัศนคติ	ร้อยละ				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยเล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ด้านการรับประทานอาหาร					
1. ในคนที่มีกรรมพันธุ์เบาหวาน แม้จะรับประทานอาหารป้องกันโรคเบาหวาน ก็ไม่สามารถป้องกันโรคได้	15.1	27.9	29.1	22.1	5.8
2. มักจะรู้สึกดี เมื่อรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ	72.1	15.1	8.1	4.7	0
3. การรับประทานอาหารจำพวกผัก/ อาหารกากใย มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และช่วยป้องกันโรคเบาหวานได้	66.3	15.1	11.6	7.0	0
4. มักจะรู้สึกไม่ดี/ ไม่มีความสุข ที่ต้องควบคุมการรับประทานอาหารประเภทอาหารไขมัน หรืออาหารรสเค็ม หรืออาหารรสหวาน	9.3	32.6	8.1	41.9	8.1
5. มักจะรู้สึกไม่ดี/ ไม่พอใจ ถ้ามีใครมาบอกว่า รับประทานอาหารมากเกินไป หรือห้ามไม่ให้รับประทานอาหารที่ชอบ	8.1	36.1	10.5	36.0	9.3
6. ชอบรับประทานอาหารประเภทอาหารจานด่วน เช่น แซนวิช พิซซ่า ขนมเค้ก แยมโรล ปาท่องโก๋ ซาลาเปา เป็นต้น	4.7	4.6	16.3	50.0	24.4
7. การรับประทานอาหารหวาน มัน หรือทอด มักจะบอกตนเองว่า “นาน ๆ กินที คงไม่ทำให้อ้วนหรอก” “กินนิดเดียวเอง ไม่เป็นไรหรอก” เป็นต้น	16.3	25.6	10.5	30.2	17.4

ตารางที่ 2 ร้อยละของทัศนคติด้านการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ (n = 86) (ต่อ)

ทัศนคติ	ร้อยละ				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยเล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ด้านการออกกำลังกาย					
8. การออกกำลังกายทำให้เสียค่าใช้จ่าย หรือเสียเวลาโดยไม่จำเป็น	5.8	9.3	5.8	34.9	44.2
9. ในคนมีสุขภาพแข็งแรงดี ก็ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	75.6	20.9	2.3	1.2	0
10. ไม่ชอบออกกำลังกาย เพราะเห็นว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก เสียเวลา และทำให้เหนื่อย	4.7	17.4	16.3	36.1	25.5
11. การออกกำลังกาย และควบคุมอาหารช่วยให้มีรูปร่างดี และสุขภาพดีด้วย	66.3	20.9	3.5	5.8	3.5
ด้านการควบคุมน้ำหนัก					
12. การควบคุมหรือลดน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นสิ่งที่ยากลำบาก และเป็นไปไม่ได้	10.5	5.8	15.1	39.6	29.0
13. หากต้องควบคุมหรือลดน้ำหนัก มักจะกังวลว่า จะไม่ได้กินอาหารที่ชอบหรืออยากกิน	4.7	26.7	18.6	32.6	17.4
14. ขณะควบคุมหรือลดน้ำหนัก มักจะคิดและให้กำลังใจตนเองเพื่อความสำเร็จ เช่น คิดว่า “ท่านกำลังจะมีรูปร่างที่ดีขึ้น” “ท่านจะสามารถเลือกใส่เสื้อผ้าที่อยากใส่ได้” เป็นต้น	37.2	45.4	4.6	10.5	2.3
15. ความอ้วนมีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องพยายามควบคุมหรือลดน้ำหนัก	8.1	10.5	8.2	43.0	30.2
16. คนอ้วน หากพยายามควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้	66.3	25.6	7.0	1.1	0

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติด้านการออกกำลังกายในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นเพราะมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกายในพื้นที่ ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เช่น จัดงานรณรงค์

ออกกำลังกายในสวนสาธารณะ วันรวมพลังสร้างสุขภาพ หรือ KHON KAEN Exercise's Day ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมออกกำลังกายวิธีต่างๆ ได้แก่ แอโรบิคลีลา สูลาฮูป ปั่นจักรยานล้อเดียวเป้าแคน B-boy Speed Dance แอโรบิคพร้อมกันรอบสวนฯ รำวงย้อนยุค เดิน วิ่งเพื่อ

สุขภาพ การจัดการทรัพยากรผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการตรวจสุขภาพ บริการเครื่องดื่มทดแทนแอลกอฮอล์ และมีการมอบรางวัลนักออกกำลังกายยอดเยี่ยมจังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2553⁽¹⁷⁾ รวมถึงการดำเนินงานของศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น กรมอนามัย เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคอ้วนคนไทย (คนไทยไร้พุง) โดยเน้นการออกกำลังกายและการณรงค์สร้างเสริมสุขภาพ⁽¹⁸⁾ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย และจากการศึกษาของอดิศักดิ์ กริเทพ พบว่าทัศนคติต่อการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับกลาง ($r = 0.338$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001⁽¹⁹⁾ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีทัศนคติด้านการออกกำลังกายในระดับสูง ย่อมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายด้วย ส่วนทัศนคติด้านการรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน พบว่าเพียงครั้งหนึ่งที่มีทัศนคติในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่ตระหนักถึงภาวะเสี่ยง รวมถึงอุปสรรคของการดูแลสุขภาพคือ การไม่มีเวลา ด้วยชั่วโมงการทำงานที่ไม่ปกติ วิถีชีวิตที่เร่งรีบ จึงมักใช้เป็นข้ออ้างในการไม่ใส่ใจรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Food Industry Network ที่พบว่า ผู้บริโภคชายยุโรปอายุ 15-34 ปี มักจะลังเลที่จะเลือกรับประทานอาหารสุขภาพ เนื่องจากคิดว่ารสชาติไม่อร่อย และไม่อยากจะอดอาหารที่ชอบ นอกจากนี้ คนส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า การกินอาหารสุขภาพนั้นปฏิบัติตามได้ไม่ง่าย และเป็นเรื่องยุ่งยาก ประกอบกับพวกเขายังขาดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง ความรู้ในการพัฒนานิสัยการกินนั้นก็มีพร้อมอยู่แล้ว แต่แรงบันดาลใจที่จะทำนั้นยังน้อยอยู่เพราะเป็นเรื่องของทัศนคติเชิงลบที่ต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงให้เป็นบวก⁽²⁰⁾ Green and Kreuter กล่าวว่าทัศนคติเป็นความรู้สึกซึ่งมีทั้งผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การมีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันจะทำให้เกิดการแสดงออกในการปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน⁽²¹⁾ ดวงเนตรธรรมกุล พบว่า คะแนนตั้งต้นทัศนคติฯ มีอิทธิพลต่อคะแนนตั้งต้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ 0.05 ($t = 9.466$) แต่มีอิทธิพลต่อคะแนนพัฒนาการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = 1.644$) ส่วนพัฒนาการทัศนคติฯ มีอิทธิพลต่อตัวแปรพัฒนาการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = 8.256$)⁽²²⁾ และพึงพรรณ สัจจา พบว่า 1. ความรู้ ทัศนคติ และการสื่อสารของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2. การสื่อสารของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายการยอมรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ การสื่อสารและความรู้ ตามลำดับ⁽²³⁾ งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แม้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ พนักงานราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ดี แต่ก็ยังมีทัศนคติในการป้องกันโรคเบาหวานในระดับไม่ตึง โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งอาจเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อม หน้าที่/ ความรับผิดชอบ ภาระงาน สภาพเศรษฐกิจ รวมถึงการไม่มีเวลาด้วยชั่วโมงการทำงานที่ไม่ปกติ วิถีชีวิตที่เร่งรีบ จึงมักใช้เป็นข้ออ้างในการไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ต้องบริโภคอาหารอย่างเร่งรีบ ไม่มีเวลาปรุงอาหารเอง และขาดการกระตุ้นเตือนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะก่อนเบาหวาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์แพทย์ในเครือโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และศูนย์สุขภาพนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น ควรเน้นการปรับทัศนคติในด้านการรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนักเพื่อป้องกันโรคเบาหวานโดยควรจัดกิจกรรมณรงค์เผยแพร่ และให้ข้อมูลข่าวสาร/ ให้ผู้เชี่ยวชาญให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงโทษของการรับประทานอาหารหวาน มัน และกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน โดยเน้นย้ำให้รับทราบถึงโรคที่มีสาเหตุมาจากความอ้วน และกลุ่มตัวอย่างทุกคน

ควรรู้ค่าความเสี่ยงของตัวเอง ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และควรควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม โดยค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ระหว่าง 18.5 – 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ควบคุมรอบเอวในเพศชาย ไม่เกิน 90 เซนติเมตร และเพศหญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร เน้นการให้ข้อมูลซ้ำๆ อาจเป็นโฆษณาทางวิทยุ ป้ายโฆษณาขนาดใหญ่ที่มองเห็นและเข้าใจได้ง่าย และควรดำเนินการผ่านสื่อที่เข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ในวงกว้าง และการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ ควรเน้นสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงควรมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในด้านทัศนคติ และพฤติกรรม เช่น มีบอร์ดติดคำขวัญ/ คำคมประจำวัน มีการประกวดคำขวัญ/คำคมเกี่ยวกับการส่งเสริมทัศนคติ ด้านการรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนัก และให้รางวัล มีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในหน่วยงาน เช่น หลังเลิกงานมีการนำเดินแอโรบิค รำไม้พลอง หรือฮูลาฮูปในหน่วยงาน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหัวหน้าและเจ้าหน้าที่หน่วยงานราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาสละเวลาในการให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย และกลุ่มวิจัยการป้องกันโรคเบาหวาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วน

เอกสารอ้างอิง

1. ชุมพจน์วรรธรากุล. การปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม ที่ตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น เวชสาร 2550; 31(3): 249-59.
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes for year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27: 1047-53.
3. กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือการบาดเจ็บ (ภาพรวมประเทศ). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://thaincd.com/files/info/download1no118.pdf>. (ค้นเมื่อ 14 สิงหาคม 2553)
4. Roglic G. The burden of mortality attributable to diabetes: Realistic estimates for the year 2000. Diabetes Care 2005; 28: 2130-5.
5. อภิสิทธิ์ เทียนชัยโรจน์. แนวทางและวิธีป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่2 ในปัจจุบัน. บทความการศึกษาต่อเนื่อง คณะเภสัชศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
6. วีรยุทธ ชัยพรสุไพศาล, วิชัยเอกพลากร, อมร เปรมกมล และคณะ. โรคเบาหวาน ภาวะก่อนเบาหวาน และการควบคุมจัดการผู้ป่วยเบาหวานในคนไทย พ.ศ. 2547. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 1(3-5): 299-312.
7. พงศ์อมร บุญนาค. เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน. นนทบุรี: สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรรมกรแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
8. Howard H. Kendler. Basic psychology. Appleton-Century-Crofts: New York; 1963. p. 572.
9. ประภาพัฒน์ สุวรรณ. ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิชย์; 2520. หน้า 64-5.
10. ศักดิ์สุนทรเสณี. เจตคติ. กรุงเทพฯ : รุ่งวัฒนา; 2531. หน้า 2.
11. Krech David and Crutchfield. Theory and problems of social psychology. New York: McGraw Hill; 1948.

12. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหาร. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2539. หน้า 166-7.
13. อิติ สันับบุญ. การดูแลรักษาเบาหวานองค์รวม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
14. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
15. นวรัตน์ ชุตัญญาภรณ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550.
16. บุญเรียง ขจรศิลป์. วิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ฟลิทส์เซ็นเตอร์; 2533.
17. สำนักข่าวแห่งชาติ. จังหวัดขอนแก่นประกาศรางวัลนักออกกำลังกายยอดเยี่ยมประจำปี ๒๕๕๓. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.udoninfo.com/index.php/news-a-events/news/420-2010-11-26-02-12-53>. (ค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2554)
18. สฤณี ผ่องแผ้ว. นโยบายคนไทยไร้พุงและการดำเนินงาน DPAC. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://kcenter.anamai.moph.go.th:81/info.php?infi_id=961&group_photo=&SUBORG_ID=0. (ค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2554)
19. อติศักดิ์ กริเทพ. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ทักษะคิดต่อการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย และผลสัมฤทธิ์ในการแข่งขันของนักกรีฑาในกีฬานักเรียน นักศึกษาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 20 พ.ศ.2542. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiedresearch.org/thaied/index.php?q=thaied_results&-table=thaied_results&-action=browse&-cursor=48 &-skip=30&-limit=30&-mode=list&- sort=title+desc&-recordid=thaied_results %3Fid%3D1339. (ค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2554)
20. Food Industry Network. ปรับเปลี่ยนทัศนคติต่ออาหารสุขภาพ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.foodindustry thailand.com/v17/index.ppp?option=com_content&view=article&id=1551:ffutur-food-product&catid=69:food-nutrition&Itemid=88. (ค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2554)
21. Green LW. and Kreuter MW. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th edition. NY: McGraw-Hill Higher Education; 2005.
22. ดวงเนตรธรรมกุล. ผลตามของรูปแบบการสอนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่มีต่อโมเดลโค้งพัฒนาการของความรู้ ทักษะและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต) กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
23. พิงพรรณ สัจจา. การสื่อสารเพื่อการสร้างความรู้ ทักษะ และการยอมรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้มาใช้บริการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพธารน้ำแร่โรงพยาบาลระนอง. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

Dengue Haemorrhagic Fever Prevention behaviors of the People in Chaiyaporn Subdistrict, Buengkan District, Nongkhai Province

ปรีดาศักดิ์ หนูแก้ว ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) *
วิทยา ผ่องแผ้ว ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) **
กิริติ สวายสมรัมย์ ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) ***

Preedasak Nookaew B.P.H (Public Health)
Wittaya Pongpaew B.P.H. (Public Health)
Keerati Saysomream B.P.H. (Public Health)

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

Buengkan District Health Office, Nongkhai Province

**สถานีอนามัยตำบลชัยพร

Chaiyaporn Health Center

***สถานีอนามัยบ้านผาสุวรรณ

Ban Phasawan Health Center

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช 0.82 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 20 กรกฎาคม 2552 ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอย พหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.50 อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 81 ปี (Mean = 40.86, S.D. = 11.83) ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสร้อยละ 86.50 จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 62.50 ส่วนใหญ่รายได้ต่อปีต่ำกว่า 100,000 บาท (ร้อยละ 65.50) มีความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดีร้อยละ 97.00 (Mean = 0.86, S.D. = 0.10) และ 91.00 (Mean = 4.12, S.D. = 0.33) พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดีร้อยละ 62.00 (Mean = 2.46, S.D. = 0.28) โดยพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -0.155$, $r = 0.028$) โดยความรู้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ร้อยละ 2.40 แสดงให้เห็นว่ายิ่งประชาชนมีความรู้มากพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกจะลดลง ดังนั้นเราควรสร้างความตระหนักในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเน้น กระบวนการมีส่วนร่วมและสร้างความเข้มแข็งในการป้องกันโรคให้แกชุมชน

คำสำคัญ: ไข้เลือดออก พฤติกรรมป้องกัน

Abstract

The purpose of this research was to study dengue haemorrhagic fever prevention behaviors of the people in Chaiyaporn subdistrict, Buengkan district, Nongkhai province. Two hundred of samples were interviewed by interview form. The form was precision-certified with Cronbach's alpha coefficient of 0.82. The interview conducted throughout July 1st - 20th, 2009. Statistical analysis used were percentage, mean, average, standard deviation, minimum, maximum, Pearson's product moment correlation and stepwise multiple regression analysis, significant level 0.05.

Result : Most 59.50 percent was female. Minimum of age was 15 years, maximum was 81 years. (Mean = 40.86, S.D. = 11.83). The dominant status was married of 86.50 percentage. Most 62.50 percent of people education was primary level. Income was lower than 100,000 Bath/year. Knowledge and attitude of DHF prevention behaviors were 97.00 (Mean = 0.86, S.D. = 0.10) and 91.00 percentage (Mean = 4.12, S.D. = 0.33) in good level. Behaviors of DHF prevention behaviors were 62.00 percentage (Mean = 2.46, S.D. = 0.28). Correlation between the knowledge inverse the behavior of dengue haemorrhagic fever prevention has significant ($p = -0.155$, $r = 0.028$). The knowledge has the predictability of prevention behavior of 2.40 percentage.

The result suggested that the more knowledge they gain, the less they aware about DHF prevention. Hence, the health care practitioners should be concerned about the public coordination by focusing on the partnership and strength of community DHF prevention.

Keywords: Dengue Haemorrhagic Fever, Prevention Behaviors

บทนำ

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในประเทศไทย พบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ ปัจจัยที่ทำให้โรคไข้เลือดออกระบาดออกไปอย่างกว้างขวางเช่นนี้ได้แก่ การมีชุมชนเมืองเพิ่มขึ้น การอพยพเคลื่อนย้ายของประชากรและจำนวนยุงลายที่มากขึ้นตามการเพิ่มของภาชนะขังน้ำที่มนุษย์สร้างขึ้น การคมนาคมที่สะดวกทำให้การเดินทางมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงชนิดของเชื้อไวรัสเดงกี ในแต่ละพื้นที่ที่มีเชื้อไวรัสเดงกีชุกชุม และมีมากกว่าหนึ่งชนิดในเวลาเดียวกัน หรือมีการระบาดที่ละชนิดในเวลาที่เหมาะสม⁽¹⁾ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการแก้ไขปัญหามาจากการตั้งรับไปสู่นโยบายเชิงรุกโดยใช้ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมเน้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและถือเป็นภารกิจที่ต้องดำเนินงานร่วมกัน⁽²⁾

สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก จังหวัดหนองคายในปี 2551 พบอัตราป่วย 19.82 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 1.12 อัตราป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 42.77 อัตราตายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1 เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง⁽³⁾ สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคายปี 2551 พบอัตราป่วย 28.07 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 4.00 อัตราป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 78.57 อัตราตายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4 เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง⁽⁴⁾ ตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคายปี 2551 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

5 คน อัตราป่วย 65.44 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง จะเห็นได้ว่าโรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของตำบลชัยพร ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพประชาชนในแง่การเจ็บป่วย ประชาชนทุกกลุ่มอายุมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยได้โดยเฉพาะกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งสาเหตุมาจากการแพร่เชื้อที่เกิดขึ้นในชุมชนเอง⁽⁵⁾

การป้องกันและแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยที่ภาครัฐสนับสนุนงบประมาณในการป้องกันโรคไข้เลือดออก องค์การชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคโดยมีการดำเนินงานในหลายรูปแบบเพื่อสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานที่ผ่านมา และให้การแก้ไขปัญหาระบาดของโรคไข้เลือดออกเกิดความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย

สมมติฐานของการวิจัย

ความรู้ทัศนคติ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย

ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย โดยประชากรที่ศึกษาคือ ตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คน ในเขตตำบลชัยพร จำนวน 1,640 หลังคาเรือน ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-20 กรกฎาคม 2552

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ตัวแทนหลังคาเรือน ละ 1 คน ในเขตตำบลชัยพร จำนวน 1,640 หลังคาเรือน โดยเลือกแกนนำในหลังคาเรือนนั้น คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบขนาดประชากร⁽⁶⁾ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 200 หลังคาเรือน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนหลังคาเรือนในหมู่บ้าน 13 หมู่บ้าน ในตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) สุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านโดยเรียงบ้านเลขที่ทั้งหมดของแต่ละหมู่บ้านจากน้อยไปมาก จากนั้นหาช่วงของการเลือกตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน แล้วสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของแต่ละหมู่บ้าน⁽⁷⁾ สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบต่อเนื่องจากตำแหน่งเริ่มต้นจนได้ตัวอย่างครบตามที่ต้องการในแต่ละหมู่บ้าน แล้วนำบ้านเลขที่ที่สุ่มได้ให้ผู้สัมภาษณ์เก็บข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ไข้เลือดออกจำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งช่วงการให้คะแนน ดังนี้

ระดับควรปรับปรุง	ช่วงคะแนน	0.00-0.33
ระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน	0.34-0.67
ระดับดี	ช่วงคะแนน	0.68-1.00

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกจำนวน 14 ข้อ โดยแบ่งช่วงการให้คะแนน ดังนี้

ระดับควรปรับปรุง	ช่วงคะแนน	1.00-2.33
ระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน	2.34-3.67
ระดับดี	ช่วงคะแนน	3.68-5.00

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคายจำนวน 15 ข้อ โดยแบ่งช่วงการให้คะแนน ดังนี้

ระดับควรปรับปรุง	ช่วงคะแนน	1.00-0.66
ระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน	0.67-2.33
ระดับดี	ช่วงคะแนน	2.34-3.00

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

การตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยง (Reliability) แบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-Out) กับประชาชนตำบลโคกก่อ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย จำนวน 30 คน โดยมีค่าความเที่ยง 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ในการอธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการ

ป้องกันโรคไข้เลือดออก ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย

2. สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential Statistics)

2.1 หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

2.2 ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise: Multiple Regression Analysis) เพื่ออธิบายความรู้และทัศนคติที่มีผลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย

2.3 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง 200 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.50 กลุ่มอายุระหว่าง 32 - 48 ปี ร้อยละ 56.50 (Mean = 40.86, S.D. = 11.83) มีสถานภาพคู่ร้อยละ 86.50 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 62.50 รายได้ต่ำกว่า 100,000 บาทร้อยละ 65.50 (ตารางที่ 1)

2. ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย โดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 97.00 และระดับปานกลางร้อยละ 3.00 ได้คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน สูงสุด 10 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และตอบคำถามถูกต้องมากที่สุดร้อยละ 99.50 คือ อาการไข้สูง ปวดศีรษะ เบื่ออาหารและมีจุดแดงบริเวณแขน ขา และลำตัวเป็นอาการของโรคไข้เลือดออก รองลงมาตอบถูกร้อยละ 99.0 คือ โรคไข้เลือดออกติดต่อโดยถูกยุงลายที่มีเชื้อไข้เลือดออกกัด ข้อที่มีความรู้น้อยที่สุดและตอบคำถาม

ถูกต้องน้อยที่สุดคือ ยุงลายไม่ชอบวางไข่ในน้ำนิ่งตอบถูกร้อยละ 51.50 (ตารางที่ 2)

3. ทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย โดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดีร้อยละ 91.00 รองลงมาทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกกระตือรือร้นร้อยละ 9.00 (Mean = 4.12, S.D. = 0.33) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและทัศนคติอยู่ในระดับดี คือ ชุมชนควรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจังและต่อเนื่อง (Mean = 4.61, S.D. = 0.61) รองลงมาคือ ทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ทัศนคติอยู่ในระดับดี (Mean = 4.49, S.D. = 0.65) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คือ การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ (เทมิ ฟอส) ในน้ำใช้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Mean = 3.43, S.D. = 0.96) (ตารางที่ 3)

4. พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย โดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดีร้อยละ 62.00 รองลงมาระดับปานกลางร้อยละ 38.00 (Mean = 2.46, S.D. = 0.28) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และพฤติกรรมอยู่ในระดับดี คือ การนอนกางมุ้ง หรือนอนในห้องที่มีมุ้งลวดทุกวัน และการล้างภาชนะเก็บน้ำดื่ม น้ำใช้หรืออ่างเก็บน้ำในห้องน้ำ ห้องส้วม ฯลฯ ทุก 1 - 2 สัปดาห์ (Mean = 2.93, S.D. = 0.28) เท่ากัน รองลงมาการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้าน มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี (Mean = 2.83, S.D. = 0.38) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง คือ การใช้กระชอนช้อนลูกน้ำในภาชนะเก็บน้ำดื่ม น้ำใช้หรืออ่างเก็บน้ำในห้องน้ำ ห้องส้วม ฯลฯ (Mean = 1.86, S.D. = 0.81) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละคุณลักษณะส่วนบุคคลประชาชนตำบลชัยพร อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

คุณลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (n = 200)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	81	40.50
	หญิง	119	59.50
อายุ (ปี)	15 – 31 ปี	42	21.00
	32 – 48 ปี	113	56.50
	49 – 65 ปี	39	19.50
	66 – 82 ปี	6	3.00
Mean = 40.86, S.D. = 11.83, Min = 5, Max = 81			
สถานภาพสมรส	โสด	15	7.50
	คู่	173	86.50
	ม้าย	8	4.00
	หย่า / แยกกันอยู่	4	2.00
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	125	62.50
	มัธยมศึกษาตอนต้น	42	21.00
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	24	12.00
	อนุปริญญา/ปวส.	6	3.00
	ปริญญาตรี	3	1.50
อาชีพ	เกษตรกรรวม	136	68.00
	ค้าขาย	11	5.50
	รับจ้าง	49	24.50
	รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	0.50
	อื่นๆ	3	1.50
รายได้/ปี	10,000 – 100,000 บาท	131	65.50
	100,001 – 200,000 บาท	60	30.00
	มากกว่า 200,000 บาท	9	4.50
Mean = 106,050, S.D. = 68,307.67, Min = 30,000, Max = 500,000			

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย โดยรวม

ระดับความรู้		จำนวน (n = 200)	ร้อยละ
ระดับความรู้ดี	(0.68 – 1.00 คะแนน)	194	97.00
ระดับความรู้ปานกลาง	(0.34 – 0.67 คะแนน)	6	3.00
Mean = 0.86, S.D. = 0.10, Min = 5, Max = 10			

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย โดยรวม

ระดับทัศนคติ	จำนวน (n = 200)	ร้อยละ
ระดับทัศนคติดี (3.68 – 5.00 คะแนน)	182	91.00
ระดับทัศนคติปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	18	9.00
Mean = 4.12, S.D. = 0.33, Min = 8, Max = 14		

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย โดยรวม

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (n = 200)	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมดี (2.34 – 3.00 คะแนน)	124	62.00
ระดับพฤติกรรมปานกลาง (0.67 – 2.33 คะแนน)	76	38.00
Mean = 2.46, S.D. = 0.28, Min = 7, Max = 15		

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย โดยใช้การ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = -0.155$, $r = 0.028$) ส่วนทัศนคติและพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบล ชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย พบว่า ไม่มีความ สัมพันธ์กัน

6. การทดสอบความรู้ ทัศนคติ มีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย พบว่า ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายพฤติกรร มการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ร้อยละ 2.40 โดยความ รู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีค่าสัมประสิทธิ์การ ถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบ (B) เท่ากับ -0.433 โดย มีสมการในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือด ออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัด หนองคาย คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก =

$1.838 - 0.433$ (ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ส่วนทัศนคติไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้ เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย

7. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภ อบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างเสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ 35 คน จากแบบสัมภาษณ์ ทั้งหมด 200 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 17.50 ปัญหาส่วนใหญ่ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกใน ชุมชนขาดความต่อเนื่องร้อยละ 74.28 และควรมีการ รณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ร้อยละ 25.72

การอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชนตำบล ชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.50 อายุระหว่าง 32 – 48 ปี ร้อยละ 56.5 อายุเฉลี่ย 40.85 ปี (S.D. = 11.84) อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 81 ปี สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 86.5 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 62.5 รายได้/ปีต่ำกว่า 100,000 บาทร้อยละ 65.5 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแกนนำในครอบครัวส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิงอาจจะเนื่องจากเพศชายต้องออกไปทำงานนอกบ้านและส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่อาศัยอยู่ในช่วงวัยทำงาน การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ส่วนรายได้ในครอบครัวต่ำกว่า 100,000 บาทต่อปี

2. ระดับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย โดยภาพรวมส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการเปรียบเทียบชุมชนที่ปลอดการระบาดกับชุมชนที่มีการระบาดซ้ำซาก จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลายค่อนข้างสูง⁽¹⁾ เช่นเดียวกับผลการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในพื้นที่อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าแกนนำมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ระดับสูง⁽⁸⁾ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาผลการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกในองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู และการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลขามป้อม อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น^(9,10) ที่พบว่าประชาชนมีความรู้ในระดับปานกลางซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ประชาชนตำบลชัยพรมีความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกภาพรวมอยู่ในระดับดี แต่อาจจะขาดความรู้เกี่ยวกับแมลงนำโรค โดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรม การวางไข่ของยุง เมื่อพิจารณาข้อคำถามเรื่องความรู้รายข้อพบว่าข้อนี้มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งควรเพิ่มเติมความรู้ในส่วนนี้แก่ประชาชนให้มากขึ้น

3. ทักษะในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการเปรียบเทียบชุมชนที่ปลอดการระบาดกับชุมชนที่มีการระบาดซ้ำซากจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลายค่อนข้างดี⁽¹⁾ และการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกน

นำสุขภาพประจำครอบครัวในพื้นที่อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น พบว่าแกนนำมีเจตคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ระดับสูง⁽⁸⁾ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาผลการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกในองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู และการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลขามป้อม อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าประชาชนมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง^(9,10)

4. พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการเปรียบเทียบชุมชนที่ปลอดการระบาดกับชุมชนที่มีการระบาดซ้ำซากจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการควบคุมลูกน้ำยุงลายค่อนข้างดี⁽¹⁾ และการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในพื้นที่อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น พบว่าแกนนำมีพฤติกรรมต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ระดับสูง⁽⁸⁾ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาผลการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกในองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู และการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลขามป้อม อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง^(9,10) จากการที่พฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพรอยู่ในระดับดี เป็นผลมาจากการที่โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นของชุมชน มีการดำเนินงานแก้ไขปัญหามาอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เป็นผลให้ประชาชนมีการรับรู้และมีความเข้าใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างดี

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย พบว่าความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับพฤติกรรมในการป้องกัน

โรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลขามป้อม อำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น พบว่าความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ ส่วนทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลชัยพร พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการเปรียบเทียบชุมชนที่ปลอดการระบาดของชุมชนที่มีการระบาดซ้ำจากจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าปัจจัยนำ (ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ ด้านบทบาท) ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ปลอดไข้เลือดออก⁽¹⁾ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลขามป้อม อำเภอพระยีน จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าทัศนคติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ จากการศึกษาความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร มีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อาจเป็นผลมาจากการดำเนินงานในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่ผ่านมา มีการมุ่งเน้นให้ความรู้แก่ประชาชนเป็นอย่างมาก ทั้งจากการลงพื้นที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและวิทยุชุมชน เป็นผลให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างดี แต่ยังคงขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งผลให้พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพรไปในทิศทางที่ไม่ดี

สรุปผลการวิจัย

ความรู้ทัศนคติ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย กล่าวคือ ประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย มีความรู้มาก พฤติกรรมการ

ป้องกันโรคไข้เลือดออกน้อยลง ส่วนทัศนคติไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย ดังนั้นการที่จะให้ประชาชนตำบลชัยพรมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกไปในทางที่ดี ควรให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

1. ควรสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่ประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และให้ชุมชนเป็นกลไกหลักในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกและการกำจัดลูกน้ำยุงลายให้หมดจากชุมชนโดยให้ถือว่าการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคนในชุมชนที่จะต้องร่วมแรงร่วมใจกันดำเนินงานอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน ควรนำเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกและการกำจัดลูกน้ำยุงลายเข้าร่วมการประชุมประจำเดือนของชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสรุปสถานการณ์การเฝ้าระวังและการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพรด้วย เช่น จำนวนหลังคาเรือน อัตราเด็กแรกเกิด ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ เป็นต้น เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการใช้ข้อมูลวิจัยในการวางแผนแก้ไขปัญหาระบาดโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน ที่ให้คำปรึกษาด้านวิชาการและข้อคิดเห็นในการจัดทำงานวิจัยฉบับนี้ นายแพทย์อรรถิพล สูงแข็ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย นายแพทย์บัญชา ผลานวงษ์ ประธานหน่วยคู่มือปฏิบัติการปฐมภูมิ อำเภอบึงกาฬ และนางสาวประหยัด หม่อมไชย หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลชัยพร เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลชัยพร ประชาชนตำบลชัยพร ตลอดจนเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงกาฬทุกท่านที่ได้

ให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. สังคม ศุภรัตน์กุล, ศรีสวัสดิ์ พรหมแสง. การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการเปรียบเทียบชุมชนปลอดการระบาดกับชุมชนที่มีการระบาดซ้ำซากจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารควบคุมโรค 2549; 32: 47-62.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออาสาสมัครชุมชนเรื่องไข้เลือดออกการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2543.
3. สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน 506 (DF,DHF,DSS)[serial online][23 มีนาคม 2552]. Available from: URL:<http://203.157.15.42>.
4. งานโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงกาฬ. รายงาน 506 อำเภอบึงกาฬ [โปรแกรมโรคติดต่อ R506]; 2552.
5. ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลชัยพร. สมุดรับแจ้งข่าวการระบาดวิทยาตำบลชัยพรปี 2551. “ไม่ได้ตีพิมพ์”
6. อรุณ จีรวัดน์กุล. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา; 2551.
7. วินัส พิษณิษฐ์, สมจิต วัฒนาชยากุล และ เบญจมาศ ตูลยนิติกุล. สถิติพื้นฐานสำหรับนักสังคมศาสตร์ พร้อมการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ไมโครซอฟท์เอ็กเซล. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ประกายพริก; 2547.
8. อารี เชื้อสาระดี. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในพื้นที่อำเภอลพ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
9. ศรีสวัสดิ์ พรหมแสงและสังคม ศุภรัตน์กุล. ประเมินผลการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดหนองบัวลำภู; 2551.
10. บุญเพ็ง คำขวา. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลขามป้อม อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น; 2544.

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชน ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงโสภพระ อำเภพล จังหวัดขอนแก่น

People Participation in Community Solid Waste Management of
Nongwangsoakra District Administrative Organization, Amphor Phon,
Khon Kaen Province

ปิยวัฒน์ โพชะกะ สม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)*
กาญจนา ครองธรรมชาติ ปร.ด. (วิศวกรรมสิ่งแวดล้อม)**

Piyawat Pochaka M.P.H. (Environmental Health)
Kannitha Krongthamchat Ph.D. (Environmental Engineering)

*สถานีอนามัยตำบลหนองแวงโสภพระ
อำเภพล จังหวัดขอนแก่น
**ภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Nongwangsoakra District Health Office
Amphor Phon, Khon Kaen Province
Department of Environmental Health Sciences
Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชน และในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยชุมชน ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงโสภพระ อำเภพล จังหวัดขอนแก่น โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี 3 กลุ่ม ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือนที่มีหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยจำนวน 163 คน ตัวแทนชุมชนจำนวน 70 คน และตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงโสภพระจำนวน 3 คน การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 95% CI, Independent t – test, One Way ANOVA และ Pearson's correlation และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชน โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการจัดการมูลฝอยพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในขั้นตอนการเก็บรวบรวมและเก็บขนมูลฝอยอยู่ในระดับมาก ส่วนการคิดและเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหา การกำจัดมูลฝอย และการนำมูลฝอยกลับมาใช้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการจัดการมูลฝอยตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ส่วนการประเมินผล การรับผลประโยชน์ และการวางแผน อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การกำจัดมูลฝอยครัวเรือน 3) การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4) การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร/งบประมาณ 5) ความคาดหวังต่อผลประโยชน์ 6) ความสัมพันธ์กับสมาชิก/หน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบล และ 7) ด้านราคาค่าบริการ (ค่าธรรมเนียม)

ผลการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C ได้โครงการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยชุมชนจำนวน 5 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว 2) โครงการจัดหาถังขยะเพื่อรองรับขยะในหมู่บ้าน 3) โครงการจ้างเหมาบริการจัดเก็บมูลฝอยชุมชน 4) โครงการชุมชนนำอยู่ และ 5) โครงการรณรงค์

ทำความสะอาดในหมู่บ้าน โดยในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2553มีการดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว 3 โครงการ คือโครงการณรงค์ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว โครงการจัดหาถังขยะเพื่อรองรับขยะในหมู่บ้าน และโครงการจ้างเหมาบริการจัดเก็บมูลฝอยชุมชน จากการดำเนินกิจกรรมตามโครงการพบว่า มีครัวเรือนที่จ่ายค่าธรรมเนียมร้อยละ 75.73 จัดซื้อถังรองรับมูลฝอยครอบคลุมร้อยละ 100 มีการเก็บขน/ขนย้ายมูลฝอยเพิ่มขึ้นเป็น 4 ครั้ง/เดือนโดยมีการจัดเก็บอย่างสม่ำเสมอ และปัญหามูลฝอยตกค้างในชุมชนลดลง

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของประชาชน การจัดการมูลฝอยชุมชน กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C

Abstract

This research was a participatory action research. The aims of the study was to investigate the effects of the community participation in the solid waste management and to using Appreciation Influence Control technique (A-I-C) for community solid waste management problems solving in Nongwangsokpra district administrative organization, Amphor Phon, Khonkaen Province. The samples were divided into three groups including the 163 household representatives who had their responsibility to dispose solid waste, 70 community representatives and 3 Nongwangsokpra district administrative organization representatives. The quantitative data was collected by questionnaires. The qualitative data was collected by deep interview. The general data were analyzed by descriptive and inferential statistics such as percentile, mean, standard deviation, 95% CI, independent T-test, One Way ANOVA, Pearson's correlation. The qualitative data were analyzed by content analysis.

The result showed that the overall people participation from community solid waste management in the moderate level. With focus on step of community solid waste, the result showed that people participated in the process of collecting and transporting solid waste at high level. For the step of formulating and proposing approach problems, the participated in disposal and partaking of benefits and follow-up steps were in the average levels. At the participation step, people participation in step action-taking was in the high level. For evaluation, benefit gaining and planning steps, people participated in these steps were in the moderate level.

The factors had the effects on people participation about community solid waste management that comprised of 1) the revenues 2) household's solid waste management 3) getting support information 4) the supporting of resource and budget 5) benefit expectation 6) the relationship with members / unit of district administrative organization and 7) service charge (fee).

The result from using application of the Appreciation Influence Control technique (A-I-C) as a tool could obtain 5 projects as follows: 1) campaign of public relations from the broadcast tower of community project, 2) village trashcan provision project 3) employment project of community solid waste, 4) livable community project and 5) campaign of community cleanliness project. In the period of February to April, 2010, three projects were done as following: 1) campaign of public relations from the broadcast tower of community project, 2) village trashcan provision project and 3) employment project of community solid waste. The results from the first phase projects found that 75.73% of the households paid solid waste fee, 100% purchasing of garbage cans, and solid waste was regular transportation and increased the transported to 4 times per month, respectively. These projects showed that the residual solid waste problem was less in the community.

Keywords: People Participation, Community Solid Waste Management, Appreciation Influence Control technique (A-I-C)

บทนำ

ปัญหามูลฝอยเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม ในประเทศไทยมีการ รายงานสถานการณ์การเกิดมูลฝอย โดยกรมควบคุม มลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พบว่าในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา โดยภาพรวมทั้งประเทศมี อัตราการผลิตมูลฝอยเพิ่มขึ้นทุกปี คือ ในปี พ.ศ.2542 มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 13.60 ล้านตันหรือ 37,250 ตันต่อวัน ปี พ.ศ. 2544 มีปริมาณมูลฝอยเกิดขึ้น 13.90 ล้านตันหรือ 38,082 ตันต่อวัน ในปี พ.ศ. 2546 มี ปริมาณมูลฝอย 14.4 ล้านตันหรือ 39,240 ตันต่อวัน ในปี พ.ศ. 2547 มีปริมาณมูลฝอย 14.7 ล้านตันหรือ 39,956 ตันต่อวัน ในปี พ.ศ. 2550 มีปริมาณมูลฝอย ที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ 14.72 ล้านตันหรือ 40,329 ตันต่อวัน และในปี 2551 มีปริมาณมูลฝอยเกิดขึ้น ประมาณ 15.04 ล้านตันหรือ 41,213 ตันต่อวัน ซึ่ง เพิ่มขึ้นจากปี 2550 ประมาณ 0.32 ล้านตันหรือร้อยละ 2.18 มีการจัดการมูลฝอยอย่างถูกหลักสุขาภิบาล เพียง ร้อยละ 37 ของปริมาณมูลฝอยทั่วประเทศเท่านั้น⁽¹⁾ จังหวัดขอนแก่น มีปริมาณมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 1,060 ตันต่อวันหรือประมาณ 386,900 ตันต่อปี โดย มีปริมาณมูลฝอยที่มีการกำจัดแบบถูกหลักสุขาภิบาล คิดเป็นร้อยละ 30 ที่เหลือถูกกำจัดแบบเทกองและเผา ซึ่งไม่ถูกหลักสุขาภิบาล⁽²⁾ จะเห็นได้จึงส่งผลกระทบต่อ สิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยของประชาชน และยังมี แนวโน้มที่จะรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามความเจริญและการ ขยายตัวของชุมชน ตำบลหนองแวงโสภพระมีปริมาณ มูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 1,128 ตันต่อปีหรือ 3.09 ตันต่อวัน⁽³⁾ แต่มีการนำไปกำจัดแบบถูกหลักสุขาภิบาล ที่บ่อฝังกลบของเทศบาลเมืองเมืองพล ซึ่งอยู่ในพื้นที่ ตำบลหนองแวงโสภพระเพียง 120.15 ตันต่อปีหรือ 0.33 ตันต่อวัน⁽³⁾ คิดเป็นร้อยละ 10.65 เท่านั้น ซึ่ง น้อยกว่าภาพรวมจังหวัดขอนแก่น ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของ ประชาชนในพื้นที่

กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนและ ชุมชน เป็นแนวคิดที่มีการพัฒนามาแล้วหลายทศวรรษ

ทั้งนี้เนื่องจากที่ผ่านมาการดำเนินการแก้ไขปัญหาใน ชุมชนจะอาศัยแต่ทางภาครัฐฝ่ายเดียว ศักยภาพและ ขีดความสามารถของประชาชนในด้านการจัดการและ การแก้ไขปัญหาในชุมชนไม่ได้รับความสำคัญ ทำให้ การแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ขาดประสิทธิภาพและไม่ยั่งยืน โดยเฉพาะทางด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชน และชุมชนอย่างมาก ดังนั้นการจัดการปัญหาในชุมชน โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม จึงได้รับการผลักดัน จากองค์กรทางสังคมผนวกกับความคาดหวังของสังคม นานาชาติ⁽⁴⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการมีส่วน ร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอย และหาวิธีการ แก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยชุมชน โดยใช้กระบวนการ วางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C (Appreciation Influence Control) เพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้ ยอมรับ และ ตระหนักถึงปัญหาต่าง ๆ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชนเพื่อให้ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาการ จัดการมูลฝอยชุมชนที่สอดคล้องและเหมาะสมกับพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการแก้ไขปัญหาในการจัดการ มูลฝอยชุมชนที่เป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และเกิด ความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการ จัดการมูลฝอยชุมชนในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วน ตำบลหนองแวงโสภพระ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการ วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาการ มีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชน และแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยโดยใช้กระบวนการ วางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา
2.1 ประชากร ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือน ที่มีหน้าที่จัดการมูลฝอยจำนวน 1,500 ครัวเรือน

ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน 14 หมู่บ้าน และตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงโสภพระ

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

2.2.1 ตัวแทนครัวเรือน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบขนาดประชากร

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

N = จำนวนประชากรที่ศึกษา 1,500 ครัวเรือน

σ^2 = ค่าความแปรปรวน จากการศึกษาก่อนมีส่วนร่วมของประชาชนเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป็ด จังหวัดขอนแก่น พบว่า ค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอย คือ $2.06 \pm 0.42^{(5)}$ ดังนั้นความแปรปรวน คือ 0.42^2

e = ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า ผู้วิจัยกำหนดไม่เกิน 3% ของค่าเฉลี่ย ดังนั้น ค่า e ในการศึกษาครั้งนี้ = $0.03 \times 2.06 = 0.0618$

$1 - \alpha$ = ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ค่า

$$Z_{\alpha/2}^2 = 1.96^2$$

จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 159 ครัวเรือน นำมาคิดตามสัดส่วนครัวเรือนทั้ง 14 หมู่บ้าน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จึงได้จำนวนขนาดตัวอย่างใหม่ จำนวน 163 ครัวเรือน

2.2.2 แกนนำชุมชนบ้านละ 5 คนรวม 70 คน (กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C)

2.2.3 ตัวแทน อบต. ได้แก่ นายกฯ ปลัด และพนักงานที่รับผิดชอบงาน รวม 3 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.1 แบบสัมภาษณ์: แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ความตระหนัก การจัดการมูลฝอยในครัวเรือน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอย

3.2 กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C ในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอย

3.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการมูลฝอย ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการจัดการมูลฝอย

4. ระยะเวลา และสถานที่ทำการศึกษา: ศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2552 ถึง เมษายน พ.ศ. 2553 ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงโสภพระ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

5. ขั้นตอนดำเนินการ

5.1 คัดเลือกพื้นที่และตัวแทนประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

5.2 สร้างเครื่องมือและจัดหาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถาม และแบบบันทึกตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทดสอบ ปรับปรุง

5.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล และเตรียมความพร้อมของชุมชน

5.4 เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย โดยการสัมภาษณ์ตัวแทนครัวเรือนที่มีหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยให้ครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนดไว้พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล

5.5 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ให้เป็นส่วนประกอบในการจัดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C

5.6 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C ณ ห้องประชุมแอดเนสพาร์ควีริสอร์ท บ้านหนองหญ้าปล้อง หมู่ที่ 12 ตำบลหนองแวงโสภพระ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น หลักสูตรการจัดอบรม 2 วัน

5.7 สรุปและรวบรวมแผนงาน/โครงการที่ได้จากการประชุม เสนอองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงโสภพระ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

5.8 เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยในการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงการจัดการมูลฝอยในชุมชน ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการมูลฝอย ปัญหา/อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการจัดการมูลฝอยในชุมชน และแนวทาง

การแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยในชุมชนในเชิงนโยบาย

5.9 ประเมินผลกิจกรรม/โครงการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C หลังจากจัดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม 2 เดือน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 95% CI, Independent t-test, One Way ANOVA, Pearson's correlation และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.2 มีอายุอยู่ระหว่าง 50-64 ปี ร้อยละ 38.7 รองลงมาอายุ 35-49 ปี ร้อยละ 25.8 (Mean = 52.02, S.D. = 14.58) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.0 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 8.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 85.0 รองลงมา รับจ้าง ร้อยละ 5.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 42.9 รองลงมา 2,000-4,000 บาท ร้อยละ 40.5 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4-6 คน ร้อยละ 63.2 รองลงมาน้อยกว่า 4 คน ร้อยละ 28.8 (Mean = 4.52, S.D. = 1.75) โดยส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งในชุมชน ร้อยละ 82.2 รองลงมา เป็น อสม. ร้อยละ 13.5

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยชุมชน

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.1 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 42.3 (Mean = 9.01, S.D. = 2.57) (รายละเอียดดังตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบถูกมากที่สุด คือ การคัดแยกมูลฝอยก่อนทิ้งสามารถช่วยลดปัญหาสิ่งแวดล้อมได้ ร้อยละ 94.5 และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือการนำขวดพลาสติกที่ใช้แล้วมาทำเป็นของเล่นจะทำให้เป็นอันตรายต่อผู้ใช้ได้ ร้อยละ 29.4

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย

ระดับความรู้ด้านการจัดการมูลฝอย	จำนวน (n=163)	ร้อยละ
สูง	14	8.6
ปานกลาง	80	49.1
ต่ำ	69	42.3
Mean = 9.01 คะแนน S.D. = 2.57 คะแนน		

1.3 ความตระหนักในการจัดการมูลฝอยชุมชน

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตระหนักเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.3 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 32.5 (Mean = 2.31, S.D. = 0.49) (รายละเอียดดังตารางที่ 2) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการจัดการมูลฝอยสูงที่สุด คือ สนับสนุนให้ทุกหลังคาเรือนจ่ายเงินค่าธรรมเนียมในการจัดการมูลฝอย และข้อที่มีความตระหนักต่ำที่สุด คือ ปัญหามูลฝอยที่อยู่ในที่สาธารณะ หรือที่รกร้าง ผู้นำชุมชน อสม. อบต. มีหน้าที่นำไปกำจัด

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความตระหนักเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยชุมชน

ความตระหนักเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย	จำนวน (n=163)	ร้อยละ
สูง	53	32.5
ปานกลาง	108	66.3
ต่ำ	2	1.2
Mean = 2.31 S.D. = 0.49		

1.4 การจัดการมูลฝอยในครัวเรือน

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนที่ต้องอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.8 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 19.0 (Mean = 6.48, S.D. = 1.09 (รายละเอียดดังตารางที่ 3) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ในครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการมูลฝอยสูงที่สุดคือมีการจัดหาขยะไว้สำหรับรองรับมูลฝอยร้อยละ 98.8 และมีการจัดการมูลฝอยในครัวเรือนต่ำที่สุดคือ มีการนำเศษอาหาร เศษผัก ผลไม้ ไปทำปุ๋ย หรือน้ำหมักชีวภาพ หรือคัดแยกก่อนทิ้งร้อยละ 46.0

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน

ระดับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน	จำนวน (n=163)	ร้อยละ
สูง	28	17.2
ปานกลาง	104	63.8
ต่ำ	31	19.0
Mean = 6.48 คะแนน S.D. = 1.09 คะแนน		

1.5 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยชุมชนที่ต้องอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.5 รองลงมา ระดับสูง ร้อยละ 40.5 (Mean = 3.31, S.D. = 0.65) (รายละเอียดดังตารางที่ 4) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดคือ ความคาดหวังต่อผลประโยชน์ รองลงมา

ด้านราคาค่าบริการเก็บขน/กำจัดมูลฝอยเหมาะสม และน้อยที่สุดคือ การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการมูลฝอยชุมชน โดยภาพรวม

ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน	จำนวน (n=163)	ร้อยละ
มาก	66	40.5
ปานกลาง	84	51.5
น้อย	11	6.7
ไม่เคย	2	1.2
Mean = 3.31 คะแนน S.D. = 0.65 คะแนน		

1.6 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชน

พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชนโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23 (S.D. = 0.58, 95%CI = 3.14-3.32) เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนการจัดการมูลฝอยพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุดในขั้นตอนการเก็บรวบรวมและเก็บขนมูลฝอยอยู่ในระดับมาก รองลงมาขั้นตอนการคิดและเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอย อยู่ในระดับปานกลาง (รายละเอียดดังตารางที่ 5) และเมื่อพิจารณาการจัดการมูลฝอยตามขั้นตอนการมีส่วนร่วม พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุดในด้านการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก รองลงมา ด้านการประเมินผลอยู่ในระดับปานกลาง (รายละเอียดดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงเชื่อมั่น 95% และระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม “ขั้นตอนการจัดการมูลฝอย”

ขั้นตอนการจัดการมูลฝอย	Mean	S.D.	95% CI	ระดับการมีส่วนร่วม
1. การคิด และเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอย	3.32	0.63	3.22 ถึง 3.41	ปานกลาง
2. การนำมูลฝอยกลับมาใช้ประโยชน์	2.96	0.83	2.83 ถึง 3.09	ปานกลาง
3. การเก็บรวบรวมและเก็บขนมูลฝอย	3.56	0.59	3.47 ถึง 3.65	มาก
4. การกำจัดมูลฝอย	3.07	0.70	2.96 ถึง 3.17	ปานกลาง
รวม	3.23	0.58	3.14 ถึง 3.32	ปานกลาง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงเชื่อมั่น 95% และระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม “ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม”

ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม	Mean	S.D.	95% CI	ระดับการมีส่วนร่วม
1. ด้านการวางแผน	2.89	0.89	2.75 ถึง 3.03	ปานกลาง
2. ด้านการปฏิบัติ	3.42	0.42	3.35 ถึง 3.48	มาก
3. ด้านการรับผลประโยชน์	3.27	0.62	3.18 ถึง 3.37	ปานกลาง
4. ด้านการประเมินผล	3.37	0.74	3.26 ถึง 3.49	ปานกลาง
รวม	3.23	0.58	3.14 ถึง 3.32	ปานกลาง

1.7 ปัญหา/อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการจัดการมูลฝอย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าในหมู่บ้าน/ชุมชนยังมีปัญหาเรื่องการจัดการมูลฝอยร้อยละ 30.7 ส่วนมากมีมูลฝอยตกค้างในชุมชนทำให้เกิดความสกปรกไม่เป็นระเบียบร้อยละ 60.0 รองลงมาถึงรองรับมูลฝอยเป็นแหล่งที่พัก เพาะพันธุ์ของสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค ร้อยละ 22.0 การจัดการมูลฝอยในครัวเรือนยังมีปัญหา ร้อยละ 12.9 ส่วนมากมีถังรองรับมูลฝอยไม่เพียงพอทำให้มูลฝอยเต็มบ่อร้อยละ 57.1 รองลงมาไม่มีถังรองรับมูลฝอยหรือมีแต่ไม่มีฝาปิดร้อยละ 19.1 ด้านการบริหารจัดการมูลฝอยของ อบต. เห็นว่ายังไม่ประสบความสำเร็จร้อยละ 27.6 ส่วนมากเห็นว่าการจัดเก็บ/ขน

ย้ายมูลฝอยชุมชนน้อยครั้งเกินไปร้อยละ 35.6 รองลงมาสนับสนุนถังรองรับมูลฝอยไม่เพียงพอร้อยละ 26.7 ในด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยยังมีปัญหาร้อยละ 14.7 คือไม่มีเวลาในการทำการคัดแยกมูลฝอยร้อยละ 66.7 รองลงมาไม่มีความรู้ในการจัดการมูลฝอยที่ต้องร้อยละ 41.7 โดยวิธีที่จะทำให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยชุมชนมากขึ้น โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยที่ต้อง เช่น การคัดแยกมูลฝอย การลดการผลิตมูลฝอย การนำกลับมาใช้ใหม่ร้อยละ 62.0 รองลงมาถึงถังรองรับมูลฝอยที่เพียงพอในบริเวณที่พักอาศัยร้อยละ 39.9 และผลกระทบที่เกิดกับชุมชนหากการจัดการมูลฝอยชุมชนไม่มีประสิทธิภาพ พบว่า

ส่วนมากเกิดความสับสน รกรุงรัง ไม่น่ามองร้อยละ 68.7 รองลงมา หมู่บ้าน/ชุมชนไม่น่าอยู่อาศัย และ แหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคร้อยละ 28.8 และ 22.7 และได้เสนอแนะในการจัดการมูลฝอยของ อบต. คือ ต้องมีการจัดการมูลฝอยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.15 รองลงมา เพิ่มจำนวนถังรองรับมูลฝอยให้เพียงพอ และจำนวนความถี่ในการเก็บ/ขนย้ายมูลฝอย ร้อยละ 24.62 และ 21.54

1.8 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอย

เพื่อหาปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยชุมชนโดยจำแนกตามตัวแปรอิสระ กรณีที่ตัวแปรอิสระเป็นนามสกุล หรืออันดับสเกล ใช้การทดสอบ independent t-test สำหรับตัวแปรอิสระที่มี 2 กลุ่ม และใช้การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) สำหรับตัวแปรอิสระตั้งแต่ 3 กลุ่ม ขึ้นไป กรณีที่ตัวแปรอิสระเป็นช่วงหรืออัตราส่วนสเกล ใช้สถิติการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชนได้แก่ (1) รายได้ ($p\text{-value} = 0.023$) (2) การกำจัดมูลฝอยครัวเรือน ($p\text{-value} < 0.001$) (3) การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($p\text{-value} < 0.001$) (4) การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร/งบประมาณ ($p\text{-value} < 0.001$) (5) ความคาดหวังต่อผลประโยชน์ ($p\text{-value} < 0.001$) (6) ความสัมพันธ์กับสมาชิก/หน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบล ($p\text{-value} < 0.001$) และ (7) ด้านราคาค่าบริการ (ค่าธรรมเนียม) ($p\text{-value} = 0.038$) ส่วนปัจจัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ตำแหน่งในชุมชน ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย ความตระหนักเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชน

1.9 ผลการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C

พบว่า ได้โครงการในการพัฒนาและแก้ไข ปัญหาการจัดการมูลฝอยชุมชนจำนวน 5 โครงการ คือ 1) โครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว 2) โครงการจัดหาถังขยะเพื่อรองรับขยะในหมู่บ้าน 3) โครงการจ้างเหมาบริการจัดเก็บมูลฝอยชุมชน 4) โครงการชุมชนน่าอยู่ 5) โครงการรณรงค์ทำความสะอาดในหมู่บ้าน โดยมีการจัดกิจกรรมในทุกโครงการ ครอบคลุมทั้ง 14 หมู่บ้านคิดเป็นร้อยละ 100 โดยในช่วงระยะเวลาของการวิจัย ได้ดำเนินโครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว โครงการจัดหาถังขยะเพื่อรองรับขยะในหมู่บ้าน และโครงการจ้างเหมาบริการจัดเก็บมูลฝอยชุมชน ส่วนโครงการชุมชนน่าอยู่ อยู่ระหว่างทำความเข้าใจและนัดหมายการออกจัดทำประชาคมกับผู้นำชุมชน และโครงการรณรงค์ทำความสะอาดในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอยู่ระหว่างการจัดทำโครงการเสนอเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน ประกันสุขภาพท้องถิ่น ตำบลหนองแวงโสภพระ จำนวน 12 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 85.71 และใช้งบประมาณจากเงินกองทุนศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 14.29 ซึ่งหลังจากการจัดทำโครงการดังกล่าวพบว่า ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยเพิ่มมากขึ้น เช่น ประชาชนมีการจ่ายค่าธรรมเนียม ร้อยละ 75.73 จากเดิมไม่มีการจ่ายค่าธรรมเนียม มีการจัดซื้อถังรองรับมูลฝอยครอบคลุม ร้อยละ 100 มีการเก็บขน/ขนย้ายมูลฝอยเพิ่มขึ้น 4 ครั้ง/เดือน จากเดิม 1-2 ครั้ง/เดือน และพนักงานเก็บขน/ขนย้ายมูลฝอยมาจัดเก็บอย่างสม่ำเสมอทำให้การ ตกค้างของมูลฝอยในชุมชนลดลง

อภิปรายผล

การมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงโสภพระในการจัดการมูลฝอยชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทนา เกี้ยวสันเทียะ⁽⁶⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยของประชาชนในเขต

เทศบาลตำบลหนองบัวโคก อำเภोजัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานด้านการจัดการมูลฝอยยังมีปัญหาในเรื่องของการจัดการมูลฝอยอย่างเป็นระบบ และขาดงบประมาณในการดำเนินการจัดการมูลฝอยคล้ายคลึงกัน โดยปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชนได้แก่ รายได้ การกำจัดมูลฝอยครัวเรือน การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร/งบประมาณ ความคาดหวังต่อผลประโยชน์ ความสัมพันธ์กับสมาชิก/หน่วยงานองค์การบริหารส่วนตำบล และด้านราคาค่าบริการ (ค่าธรรมเนียม) ดังนั้น ในการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยชุมชนควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวร่วมด้วย เช่น การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย การสร้างสัมพันธ์กับชุมชน เป็นต้น และในการแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยโดยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C พบว่า ได้โครงการในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยชุมชนซึ่งตรงตามความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน การดำเนินงานตามกิจกรรม/โครงการมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา จาอ้าย⁽⁷⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยของชุมชนสันกลาง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิทย์ เหล่าวงศ์โคตร⁽⁸⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยของชุมชนตำบลเหล่าบัวบาน องค์การบริหารส่วนตำบลเหล่าบัวบาน อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า การแก้ไขปัญหามูลฝอยชุมชนโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การวางแผนงาน/โครงการ สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าของปัญหา ชุมชนเกิดการยอมรับและเกิดความตระหนักร่วมแรงร่วมใจกันในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาต่างๆ รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ จากการสัมภาษณ์นายก อบต.หนองแวงโสภพระได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า การวางแผน

แบบประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมนี้เป็นรูปแบบการพัฒนาหรือการแก้ไขปัญหาของชุมชนที่ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชุมชน และชาวบ้านได้เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ชุมชนคิดขึ้นมาเอง ทำให้การดำเนินการตามกิจกรรมหรือโครงการนั้นมีโอกาสประสบความสำเร็จสูง แต่ปัญหาสำคัญคือชาวบ้านหรือแม้แต่แกนนำชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดทำแผนพัฒนา ดังนั้นหน่วยงานทางภาครัฐและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะต้องจัดอบรมให้ความรู้ และมีการฝึกการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จะเห็นว่าการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการแก้ไขปัญหาของชุมชนได้เป็นอย่างดี และ เป็นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ ทำให้คนในชุมชนเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญ จึงเป็นการแก้ไขปัญหาของชุมชนที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

การแก้ไขปัญหาการจัดการมูลฝอยชุมชน หน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบควรมีการดำเนินการวางแผน/โครงการร่วมกับชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญของปัญหามูลฝอยและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ควรมีการส่งเสริมการประกอบอาชีพเพื่อเสริมสร้างรายได้ให้กับคนในชุมชน จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการกำจัดมูลฝอยในครัวเรือนที่ถูกต้อง สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนทรัพยากร/งบประมาณ รวมทั้งติดตามผลการดำเนินงานตามกิจกรรม/โครงการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงโสภพระ และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นตำบลหนองแวง-โสภพระ ที่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนงาน/

โครงการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C และขอขอบคุณผู้ช่วยนักวิจัยทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. สรุปลสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย. [ออนไลน์] [ม.ป.ป.] [อ้างเมื่อ 31 กรกฎาคม 2552]. จาก http://www.pcd.go.th/public/Publications/print_report.cfm?task=report
2. สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดขอนแก่น. แผนแม่บทการจัดการมูลฝอยชุมชน จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2550-2569. ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์; 2550.
3. กองสาธารณสุขเทศบาลเมืองเมืองพล. สรุปลหน่วยงานที่นำมูลฝอยมากำจัดที่บ่อฝังกลบ ปี 2548-2552. เอกสารการประชุมสรุปผลการดำเนินงานของเทศบาลเมืองเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น: 12 มีนาคม 2553; ณ ห้องประชุมเทศบาลเมืองเมืองพล. ขอนแก่น: [ม.ป.ป.]; 2553.
4. สถาบันดำรงราชานุภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. ปัญหาการบริหารงานขององค์การบริหารส่วนตำบล. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น กรมการปกครอง; 2543.
5. สุภควดี ธนสีลังกูร. การมีส่วนร่วมของประชาชนเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอย ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล : ศึกษาเฉพาะกรณีในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเป็ด จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
6. นันทนา เกี้ยวสันเทียะ. มีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลหนองบัวโคก อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองส่วนท้องถิ่น. ขอนแก่น: วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่นมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
7. กัญญา จาอ้าย. การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนสันกลางอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
8. สุวิทย์ เหล่าวงศ์โคตร. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนตำบลเหล่าบัวบาน องค์การบริหารส่วนตำบลเหล่าบัวบาน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดมหาสารคาม. รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองส่วนท้องถิ่น. ขอนแก่น: วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่นมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.

การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง: หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

Potential development for Self-care Low Back Pain People: Moo 2,
Nonsaad Sub-district, Nonsaad District, Udonthani Province

กุลวรงค์ ว่องวิไลรัตน์ ส.ม. (บริหารสาธารณสุข)*
พรทิพย์ คำพอ สด.ม. (ประชากรศาสตร์)**

Kulwarang Wongwilairat M.P.H. (Public Health Administration)
Pontip Kompor M.A. (Demography)

* โรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี

Nonsaad Hospital, Udonthani Province

**ภาควิชาบริหารสาธารณสุข

Department of Public Health Administration

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Public Health, Khon Kean University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: AIC) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอาการปวดหลัง 30 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2553-31 มีนาคม 2554

ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพ คะแนนด้านความรู้และการปฏิบัติตนระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และคะแนนความรู้สึกปวดหลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการจัดประชุมด้วยเทคนิค AIC ได้โครงการที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในชุมชนจำนวน 4 โครงการ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถทำให้ผู้ที่มีอาการปวดหลังมีความรู้และการปฏิบัติตนดีขึ้นและมีอาการปวดหลังลดลง และทำให้ชุมชนเริ่มสนใจปัญหาอาการปวดหลัง นำไปสู่การร่วมกันแก้ไขปัญหาอาการปวดหลังในชุมชนเพื่อผลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: ปวดหลัง การพัฒนาศักยภาพ การมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงปฏิบัติการ AIC

Abstract

This action research was applied the Appreciation Influence Control Technique (AIC) that studied about potential development for self care in low back pain people: Moo2, Nonsaad Sub-district, Nonsaad District, Udonthani Province. The study samples were selected with 30 low back pain volunteers. Data were conducted with quantitative and qualitative and analyzed by paired t-test with the 0.05 significant level in STATA computer software and content analysis. Study time during 1 June 2010-31 March 2011.

The results showed that participants were significantly increased their knowledge and practice after development ($p < 0.001$) and intensity of pain scale significantly decreased ($p < 0.001$). The results of focus group discussion by AIC had four projects that could be solved problems in the community.

Keywords: Low back pain, Potential development, Participation, Action research, AIC

บทนำ

อาการปวดหลัง (Low back pain) เป็นกลุ่มอาการที่สร้างความรำคาญ และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แต่ละปีมีผู้ที่ไม่สามารถทำงานได้จนต้องหยุดงาน⁽¹⁾ ซึ่งพบบ่อยในประเทศไทย⁽²⁾ โดยเป็นหนึ่งในปัญหาเรื้อรังที่เกิดได้กับทุกคน จากสาเหตุต่าง ๆ^(3,4,5,6) และเมื่อปวดหลังจะแสวงหาการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ^(6,7) ซึ่งมักจะเน้นที่ความสะดวกเป็นหลัก⁽⁷⁾ แต่เมื่อทำเป็นเวลานาน ย่อมเกิดอันตรายจนเป็นปัญหาทางสุขภาพอื่น ๆ ได้ และต้องรักษาต่อเนื่องทำให้สูญเสียเวลาทำงานและค่าใช้จ่ายในการเดินทางและรักษา ทั้งที่หากผู้ปวดหลังตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดกับหลัง มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม ย่อมช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดปัญหาปวดหลังที่อาจมีความซับซ้อนในภายหลังได้มาก⁽⁸⁾

ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เป็นตำบลศูนย์กลางของอำเภอโนนสะอาด ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม⁽⁹⁾ ที่ต้องทำงานก้ม ๆ เงย ๆ มาก จากข้อมูลในทะเบียนประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลโนนสะอาด ตำบลโนนสะอาดพบว่าผู้ที่มารักษาด้วยอาการปวดหลังมีจำนวนเพิ่มขึ้น⁽¹⁰⁾ แต่จำนวนผู้ป่วยแต่ละปีจะน้อยกว่าความเป็นจริงเนื่องจากส่วนใหญ่นิยมไปรักษานอกโรงพยาบาลหรือใช้การรับประทานยาแก้ปวด⁽¹¹⁾ สำหรับผู้ที่รักษาเป็นประจำอาการมักเรื้อรังและรักษายาก เมื่อสำรวจจำนวนผู้ที่ปวดหลังในเขตตำบลโนนสะอาดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่ามีจำนวน 961 คน โดยหมู่ที่ 2 มีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับหมู่บ้านอื่น ๆ คือ มี 225 คน⁽¹²⁾ ดังนั้น เพื่อสร้างการพัฒนาความสามารถของการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน โดยให้ชุมชนได้แก้ปัญหาของตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้ผู้ที่ปวดหลังมีความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง รวมถึงทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหา ร่วมกันหาทางและดำเนินการแก้ไขปัญหาวาดหลังอย่างจริงจัง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่

ดีขึ้นอย่างยั่งยืนต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: AIC) ในการประชุมโดยให้ผู้ปวดหลังและผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุที่ทำให้ปวดหลัง จนเกิดแผนงาน/โครงการ ที่นำไปสู่การแก้ปัญหาปวดหลัง และนำไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพในชุมชน ซึ่งดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2553-31 มีนาคม 2554

ประชากร คือ ผู้ที่มีอาการปวดหลัง หมู่ที่ 2 ตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี จำนวน 225 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอาการปวดหลัง หมู่ที่ 2 ที่ยินดี เต็มใจ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน ในการวิจัยครั้งนี้จะเรียกว่า “ผู้เข้าร่วมโครงการ” โดยเลือกจากประชากรตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ปวดหลังเรื้อรังหรือมีอาการที่กลับมาเป็นซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปมากกว่า 3 เดือน แต่ไม่มีอาการชา ร้าวลงขาตามแนวเส้นประสาท ช่วงอายุ 20-65 ปี ไม่มีประวัติการเกิดพยาธิสภาพที่กระดูกสันหลัง ไม่มีโรคประจำตัวที่จำกัดต่อการออกกำลังกายหรือการใช้ชีวิตประจำวัน มีสติสัมปชัญญะและการรับรู้ดี ซึ่งข้อมูลนี้มาจากการซักประวัติ และจากการตรวจร่างกายโดยนักกายภาพบำบัด

เกณฑ์คัดออก คือ อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ไม่สามารถร่วมโครงการได้ตลอดกระบวนการ มีอาการปวดหลังที่มีสาเหตุจากหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมหรือเคลื่อน และมีอาการชา ร้าวลงขาตามแนวเส้นประสาท ซึ่งข้อมูลนี้มาจากการซักประวัติ และจากการตรวจร่างกายโดยนักกายภาพบำบัด

เกณฑ์ยุติขณะเข้าร่วมการวิจัย คือ มีอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ตรวจพบโรคร้ายแรงที่ต้องรักษาทันทีเป็นต้น ไม่สามารถติดต่อได้ และผู้เข้าร่วมโครงการต้องการยุติการเข้าร่วมโดยแจ้งแก่ผู้วิจัยด้วยตนเอง

ทั้งนี้ การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบและการอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว เลขที่ HE 532342

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ชุด ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ความรู้เรื่องอาการปวดหลังซึ่งมีความเที่ยง (Reliability) ตามวิธีการของ Kuder-Richardson เท่ากับ 0.83 และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งมีความเที่ยงตามวิธีการของ Cronbach ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.81 ทั้งนี้ คะแนนความรู้และการปฏิบัติตน แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของบลูม⁽¹³⁾ คือ ระดับดี (>79%) ระดับปานกลาง (60-79%) และระดับไม่ดี (<60%)

2) แบบบันทึกคะแนนความรู้สึkipวดหลังซึ่งดัดแปลงจากมาตรวัดความเจ็บปวดของดาวนี่⁽¹⁴⁾ มีลักษณะ ดังนี้

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่เจ็บปวดเลย

เจ็บปวดมากที่สุด

แบบบันทึกมี 6 ระดับคะแนน ดังนี้

- 0-1 คะแนน = ไม่เจ็บปวดเลย
- 2-3 คะแนน = เจ็บปวดเล็กน้อย
- 4-5 คะแนน = เจ็บปวดปานกลาง
- 6-7 คะแนน = ปวดรุนแรงพอสมควร
- 8-9 คะแนน = ปวดรุนแรงมาก
- 10 คะแนน = ปวดที่สุดจนทนไม่ได้

3) แนวทางการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD)

4) แบบสังเกตการมีส่วนร่วม (Participant Observation)

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 0.05 เนื่องจากการตรวจสอบข้อมูลพบว่า มีการแจกแจงปกติสำหรับเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลการอภิปรายกลุ่มซึ่งประยุกต์การอภิปรายกลุ่มแบบย่อย (Buzz Session) และแบบระดมสมอง (Brain Storming) เพื่อค้นหาข้อมูลที่เป็นสาเหตุและข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่แท้จริง แล้วสรุปแนวทางการดูแลตนเองจนเกิดแผนงาน/โครงการ ในการแก้ไขปัญหาปวดหลัง รวมถึงจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

ในที่นี่ การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กระบวนการประยุกต์ใช้เทคนิค AIC เพื่อเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงความรู้ความสามารถในการปฏิบัติตน ซึ่งได้ริเริ่มและกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองอย่างจริงจังเท่าที่จะทำได้ เพื่อลดปวดหลังได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป จากการประชุมด้วยเทคนิค AIC ประกอบกับข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์และการสำรวจจากอสม. พบว่า ผู้ที่ปวดหลังในชุมชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอาชีพต่าง ๆ กัน ได้แก่ ค้าขาย เกษตรกรรม รับจ้าง แม่บ้าน เป็นต้น โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี ซึ่งใกล้เคียงวัยสูงอายุแต่ยังคงต้องทำงานหนัก สำหรับผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี อาการปวดหลังเป็นภาวะเสื่อมเรื้อรังและมีอาการของเส้นประสาทถูกกดทับร่วมด้วย นอกจากนี้ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถม และมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	23.33
หญิง	23	76.67
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 41	1	3.33
41-50	9	30.00
51-60	12	40.00
มากกว่า 60	8	26.67
(Mean = 54.23 S.D. = 8.20 Min = 39 Max = 65)		
การศึกษาสูงสุด		
ระดับประถมศึกษา	21	70.00
ระดับมัธยมศึกษา	6	20.00
อื่น ๆ (กศน./ปวช.)	3	10.00
อาชีพปัจจุบัน		
ค้าขาย	15	50.00
เกษตรกรรวม	8	26.67
แม่บ้าน	5	16.67
อื่น ๆ	2	6.66
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5,001	11	36.67
5,001 – 10,000	10	33.33
10,001 – 15,000	4	13.33
15,001 – 20,000	2	6.67
มากกว่า 20,000	3	10.00
(Mean = 10090.00 Median = 8000 S.D. = 8468.05 P ₂₅ = 4000 P ₇₅ = 15000 Min = 1000 Max = 30000)		

ข้อมูลอาการปวดหลังและลักษณะ/ท่าทางการทำงาน พบว่า อาการปวดหลังเกิดที่บริเวณต่าง ๆ กัน ลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ นานกว่า 3 เดือน แต่ส่วนใหญ่จะมีอาการที่คล้ายกัน คือ ปวดตึงตลอดเวลาที่กลางหลังลงมาถึงสะโพก บางรายปวดตึงหลังมากและขยายขึ้นไปสะบัก บางรายขยายลงไปที่ก้นจนถึงขา แต่มีบางรายที่ปวดหลังจากสาเหตุอื่น คือ มาจากปวดขาเนื่องจากเดินมากและอาการ

ขยายขึ้นมาปวดตึงที่กลางหลัง และเมื่อต้องทำงานในอิริยาบถเดิมเป็นเวลานาน ๆ การต้องก้มยกของหนัก การยืน หรือเดินนาน ๆ จะทำให้ปวดหลังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ช่วงการเกษตรกรรมต่าง ๆ ที่ต้องทำงานเร่งรีบแข่งกับเวลา และต้องมีการหยิบหรือยกของหนักบ่อย ๆ แต่ละวัน อาการปวดตึงหลังจะยิ่งเพิ่มขึ้น บางครั้งอาจเป็นไข้หรือเจ็บเสียวที่กระดูกสันหลัง หรือมีอาการชาวิ่งลงไปขา จนต้องหยุดทำงานเพื่อ

รักษา นอกจากนี้ส่วนใหญ่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุที่ทำให้ปวดหลัง และมักปวดหลังเวลาทำงานมากกว่าช่วงเวลาอื่น เมื่อปวดหลังมักแสวงหาการรักษา โดยมีกวดเองที่บ้าน หรือจ้างหมอนวดในชุมชน หรือไปรักษาที่คลินิกแพทย์

แผนปัจจุบันร่วมกับการนวดที่บ้าน และอาการที่เป็นอยู่นี้ส่งผลกระทบต่อคนข้างน้อยต่อตนเองหรือครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้เข้าร่วมโครงการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลอาการปวดหลังและลักษณะ/ท่าทางการทำงานของผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 30)

ข้อมูลอาการปวดหลัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การมีประวัติเคยประสบอุบัติเหตุที่ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง		
ไม่เคย	18	60.00
เคย	12	40.00
ช่วงเวลาที่มักมีอาการปวดหลัง		
เมื่อทำงาน	19	63.33
ตื่นนอนตอนเช้า	5	16.67
ตอนเย็นหลังเลิกงาน	3	10.00
ตอนกลางคืน	2	6.67
ปวดตลอดเวลา	1	3.33
การรักษาเมื่อมีอาการปวดหลัง		
ไม่ได้รักษา ปล่อยให้หายเอง	13	43.33
รักษา	17	56.67
การเลือกการรักษาเมื่อมีอาการปวดหลัง (n = 17)		
นวดเองที่บ้านหรือจ้างหมอนวด	4	23.53
รักษาที่คลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน นวดที่บ้าน	4	23.53
เข้าพบแพทย์ที่โรงพยาบาล	3	17.65
รักษาที่คลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน นวดประคบสมุนไพร	2	11.76
ซื้อยามารับประทานเอง เข้าพบแพทย์ที่คลินิก	2	11.76
รักษาที่คลินิกแพทย์แผนปัจจุบัน ออกกำลังกาย	2	11.76
ผลกระทบของอาการปวดหลังต่อตนเองหรือครอบครัว		
ไม่มี	25	83.33
มี	5	16.67
การยกของหนักขณะทำงาน		
ไม่ยก	8	26.67
ยก	22	73.33
การเอี้ยวบิดตัวขณะทำงาน		
ไม่มี	9	30.00
มี	21	70.00

ตารางที่ 2 ข้อมูลอาการปวดหลังและลักษณะ/ท่าทางการทำงานของผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 30) (ต่อ)

ข้อมูลอาการปวดหลัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะการเอี้ยวบิดตัว (n = 21)		
เพื่อหยิบของ	15	71.43
เพื่อยกของ	6	28.57
การก้มโค้งหลังขณะทำงาน		
ไม่มี	10	33.33
มี	20	66.67
การใช้อุปกรณ์ช่วยผ่อนแรงในการทำงาน		
ไม่ใช้	23	76.67
ใช้	7	23.33

ด้านความรู้เรื่องอาการปวดหลัง ก่อนการพัฒนาพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความรู้ระดับไม่ดี ร้อยละ 50.00 โดยคะแนนความรู้ระดับดีร้อยละ 16.67 คะแนนเฉลี่ย 12 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน จากคะแนนเต็ม 21 คะแนน หลังการพัฒนาผ่านไป 8 สัปดาห์พบว่า คะแนนความรู้ระดับดีเป็นร้อยละ 90.00 คะแนนเฉลี่ย 19.03 คะแนน สูงสุด 21 คะแนน ต่ำสุด 15 คะแนน ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 95% CI = 18.43–19.63)

ด้านการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนการพัฒนาพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีการปฏิบัติตนระดับไม่ดีร้อยละ 100.00 คะแนนเฉลี่ย 6.97 คะแนน สูงสุด 13 คะแนน ต่ำสุด 2 คะแนน จากคะแนนเต็ม 24

คะแนน หลังการพัฒนาผ่านไป 8 สัปดาห์พบว่า คะแนนการปฏิบัติตนระดับดีร้อยละ 23.33 ระดับไม่ดีร้อยละ 30.00 คะแนนเฉลี่ย 16.27 คะแนน สูงสุด 23 คะแนน ต่ำสุด 5 คะแนน ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 95% CI = 14.64–17.90)

ด้านความรู้สึกรู้สึกปวดหลัง ก่อนการพัฒนาพบว่า ส่วนใหญ่ประเมินช่วง 6–7 คะแนนร้อยละ 46.67 คะแนนเฉลี่ย 6.1 คะแนน สูงสุด 9 คะแนน ต่ำสุด 3 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน หลังการพัฒนาผ่านไป 8 สัปดาห์พบว่า การประเมินอยู่ในช่วง 2–3 คะแนน ร้อยละ 46.67 คะแนนเฉลี่ย 2.37 คะแนนสูงสุด 5 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน ซึ่งคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 95% CI = 1.83 ถึง 5.51)

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ การปฏิบัติตน และคะแนนความรู้สึกปวดหลังของผู้เข้าร่วมโครงการ และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=30)

เนื้อหา	ก่อนการพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)	หลังการพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)	ผลการทดสอบ t-test
ระดับความรู้เรื่องอาการปวดหลัง			
ดี ($\geq 80\%$)	5 (16.67)	27 (90.00)	t-test = 8.39
ปานกลาง (60-79%)	10 (33.33)	3 (10.00)	df = 29
ไม่ดี ($< 60\%$)	15 (50.00)	0	p < 0.001*
$\bar{x} \pm S.D.$	12.00 $\pm$ 4.62	19.03 $\pm$ 1.61	
95% CI	10.28 ถึง 13.72	18.43 ถึง 19.63	
Min - Max	0 - 20	15 - 21	
ระดับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง			
ดี ($\geq 80\%$)	0	7 (23.33)	t-test = 10.44
ปานกลาง (60-79%)	0	14 (46.67)	df = 29
ไม่ดี ($< 60\%$)	30 (100.00)	9 (30.00)	p < 0.001*
$\bar{x} \pm S.D.$	6.97 $\pm$ 2.92	16.27 $\pm$ 4.36	
95% CI	5.88 ถึง 8.06	14.64 ถึง 17.90	
Min - Max	2 - 13	5 - 23	
ระดับคะแนนความรู้สึกปวดหลัง			
0-1 คะแนน (ไม่เจ็บปวดเลย)	0	9 (30.00)	t-test = 9.82
2-3 คะแนน (เจ็บปวดเล็กน้อย)	1 (3.33)	14 (46.67)	df = 29
4-5 คะแนน (เจ็บปวดปานกลาง)	9 (30.00)	7 (23.33)	p < 0.001*
6-7 คะแนน (ปวดรุนแรงพอสมควร)	14 (46.67)	0	
8-9 คะแนน (เจ็บปวดรุนแรงมาก)	6 (20.00)	0	
10 คะแนน (ปวดที่สุดจนทนไม่ได้)	0 (0.00)	0	
$\bar{x} \pm S.D.$	6.1 $\pm$ 1.58	2.37 $\pm$ 1.43	
95% CI	5.51 ถึง 6.69	1.83 ถึง 2.90	
Min - Max	3 - 9	0 - 5	

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 0.05

การประชุมวางแผนโดยประยุกต์ใช้เทคนิค AIC ผลคือ ทำให้ได้โครงการที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในชุมชน จำนวน 4 โครงการ ได้แก่ 1) โครงการชุมชนร่วมกันดูแลตนเองเมื่อปวดหลัง 2) โครงการอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเมื่อปวดหลัง 3) โครงการเยี่ยมบ้านเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดอาการปวดหลัง และ 4) โครงการอบรม อสม. เพื่อพัฒนาความรู้ในการป้องกันอาการปวดหลัง ผลการดำเนินงานตามโครงการที่แล้วเสร็จ คือ โครงการที่ 1, 2 และ 3 อยู่ระหว่างดำเนินการ คือ โครงการที่ 4 โดยโครงการที่ 2 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น โครงการที่ 3 และ 4 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโรงพยาบาลโนนสะอาด สำหรับโครงการที่ 1 การดำเนินโครงการได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากชุมชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง

การอภิปรายผล

ด้านความรู้เรื่องอาการปวดหลัง พบว่า หลังจัดอบรมประกอบการให้เอกสารความรู้โดยนักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลโนนสะอาด ตามโครงการที่ 2 ร่วมกับการดำเนินงานโครงการที่ 3 ในชุมชน เมื่อการพัฒนาผ่านไป 8 สัปดาห์ ผลคือผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ระดับดีขึ้น สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า เมื่อใช้แนวทางการรักษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการรับรู้ความสามารถตนเองจะมีผลทำให้ผู้ที่มีอาการปวดหลังมีความรู้และมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ แต่ทั้งนี้จากที่พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจถึงการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และในการวัดความรู้ยังเป็นการวัดระยะสั้นเพียง 8 สัปดาห์ แกนนำชุมชนจึงควรส่งเสริมความรู้และติดตามประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเกิดความยั่งยืนต่อไป

ด้านการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า หลังจัดอบรมประกอบการให้เอกสารความรู้โดยนักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลโนนสะอาด ตามโครงการที่ 2 ร่วมกับการดำเนินงานโครงการที่ 3 ในชุมชน เมื่อการพัฒนาผ่านไป 8 สัปดาห์ ผลคือ ผู้เข้าร่วมโครงการมีการปฏิบัติตนระดับดีขึ้น สอดคล้องกับ

หลายการศึกษาที่พบว่า เมื่อฝึกทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับใช้แนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้ที่ปวดหลังมีการปฏิบัติตนในการจัดการกับความปวดดีขึ้น^(6,15,17,19) แต่ทั้งนี้ จากที่พบว่า บางรายยังไม่ค่อยสนใจการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเท่าที่ควร บางรายยังเข้าใจว่าการทำงานทุกวันเป็นการออกกำลังกาย ดังนั้น ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงควรส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ที่มีอาการปวดหลังอย่างสม่ำเสมอ

ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง จากการประชุมกลุ่มโดยประยุกต์ใช้เทคนิค AIC พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายเพื่อลดปวดหลังไม่ถูกต้อง โดยเข้าใจว่าเป็นการยกแขนยกขาทั่วไป และมีการปฏิบัติตนระดับไม่ดี เมื่อนำแผนงาน/โครงการที่ได้จากการประชุมไปดำเนินการในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลโนนสะอาด และผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 2 ในการเสริมพลังแก่ผู้ที่ปวดหลังให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ผลคือผู้เข้าร่วมโครงการมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้คะแนนความรู้สึกปวดหลังลดลง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่เมื่อใช้โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับการให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม มีผลทำให้ผู้ที่ปวดหลังรับรู้ภาวะสุขภาพของตนดีขึ้น มีคะแนนความเจ็บปวดลดลงและผลการรักษาสามารถคงอยู่ได้นานกว่าการรักษาปกติ^(18,20-22) นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการยังสามารถนำความรู้ที่ได้จากการร่วมโครงการมาให้คำแนะนำต่อสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านที่ปัจจุบันมีอาการปวดหลังได้ แต่ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่ปวดหลังส่วนใหญ่ยังต้องทำงานและอาการปวดยังพองานได้ จึงยังไม่สนใจปฏิบัติตนให้ถูกต้อง นอกจากนี้บางรายหลังเข้าร่วมโครงการเมื่อปวดหลังลดลงจะทำงานหนักขึ้นจนทำให้ปวดหลังเพิ่มขึ้นอีก หลังการพัฒนาอาการจึงลดลงเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้น แกนนำชุมชนควรกระตุ้นและแนะนำผู้ที่ปวดหลังอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ปวดหลังได้รวมกลุ่มเพื่อกระตุ้นการดูแลสุขภาพของตนอย่างสม่ำเสมอ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน ทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ

ผู้ที่ปวดหลังมีความต่อเนื่องและเกิดผลที่ยั่งยืน แต่การวัดความรู้สึกปวดหลังอาจคลาดเคลื่อนได้เนื่องจากเป็นการวัดความรู้สึก ซึ่งผู้วิจัยเป็นเพียงผู้เดียวที่วัดผลเนื่องจากมีทักษะกระบวนการทางกายภาพบำบัด ผู้เข้าร่วมโครงการอาจเกรงใจและไม่กล้าระบุความรู้สึกตามความจริง แต่ผู้วิจัยได้ถามย้ำและชี้แจงเสมอว่าให้ตอบตรงตามความรู้สึกของตนมากที่สุด และการวัดความรู้สึกปวดหลังไม่ควรวัดนานเกิน 2 สัปดาห์ เพื่อกันลืมและได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลัง ร่วมกับการประยุกต์เทคนิค AIC ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ทำให้เกิดแผนงาน/โครงการ ที่ใช้แก้ปัญหาปวดหลังในชุมชน เมื่อชุมชนร่วมกันนำไปใช้ดำเนินการ แผนงาน/โครงการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการเสริมพลังจากแกนนำชุมชน หลังการพัฒนาจึงทำให้ผู้ที่ปวดหลังมีความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นและมีความรู้สึกปวดหลังลดลง นอกจากนี้ยังทำให้ชุมชนเริ่มสนใจปัญหาปวดหลัง ผู้เข้าร่วมโครงการที่อาการปวดหลังลดลงอย่างชัดเจนสามารถแนะนำผู้ที่ปัจจุบันปวดหลังทั้งภายในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านให้มีความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องได้โดยใช้ตนเองเป็นตัวอย่าง (model) นำไปสู่การเรียนรู้ร่วมกันและการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดผลต่อเนื่องและยั่งยืนในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณผู้ที่ให้การช่วยเหลือแต่มิได้เอ่ยนามทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Van Vuuren B, van Heerden HJ, Becker PJ, Zinzen E, Meeusen R. Lower back problems and work – relate risks in south African manganese factory. J Occup Rehabil 2007; 17(2): 199–211.
2. Petcharat Keawduangdee. Prevalence and Associated Factors of Low Back Pain in the Textile Occupation [Master of Science Thesis in Physical Therapy]. Khon Kaen: The Graduate School, Khon Kaen University; 2010.
3. มานพ ประภาษานนท์. คู่มือปวดหลัง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ; 2549.
4. นิธิดา จิรโชคนุเคราะห์. การลดอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานสาวผ้า: กรณีศึกษาโรงงานย้อมผ้าถักตัวอย่าง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมอุตสาหการ]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; 2549.
5. เกษร เสียงเพระ. การดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการเกี่ยวข้าวของชาวนาในชุมชน จังหวัดขอนแก่น [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
6. พิลิษฐ์ เลิศเชาวพัฒน. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ผลิตสินค้าประเภทไม้ในกลุ่มสหกรณ์วังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
7. กิ่งแก้ว เกษโกวิท, วิทัศน์ จันทโรโพศรี, จารุวรรณ โชคคณาพิทักษ์, พรวิภา ดีศรี, ประเสริฐถาวรดุสยสถิตย์. พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลปัญหาปวดเมื่อยของชาวบ้านในเขตอำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2545.
8. สุรศักดิ์ ศรีสุข, เล็ก ปรีวิสุทธิ, นวลอนงค์ ชัยปิยะพร. ปวดหลัง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2550.
9. ฝ่ายทะเบียนและบัตร ที่ว่าการอำเภอโนนสะอาด กระทรวงมหาดไทย. การตรวจสอบข้อมูลประชากรจากทะเบียนบ้าน [เอกสารอัดสำเนา]. อุตรธานี: ม.ป.พ.; 2553.

10. ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี. ทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – 2553 [เอกสารอัดสำเนา]. อุดรธานี: ม.ป.พ.; 2553.
11. ฉวีวรรณ ศรีอัตรา. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันในการแสวงหาการรักษาของผู้ที่มีอาการปวดหลังในชุมชน [สัมภาษณ์]. ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโนนสะอาด บ้านเสาล้า ตำบลโพธิ์ศรีสำราญ อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี; 6 กรกฎาคม 2553.
12. กุลวรงค์ ว่องวิไลรัตน์. การสำรวจจำนวนผู้ที่มีอาการปวดหลัง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 180 คน ในตำบลโนนสะอาด อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรธานี [เอกสารอัดสำเนา]. อุดรธานี: ม.ป.พ.; 2553.
13. Bloom BS. Taxonomy of Education objective: Handbook I: Cognitive domain. New York: David MCI; 1968.
14. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with Pain Rating Scales. Annals of the Rheumatic Disease 1978; (37): 378-81.
15. จีราภักษ์ ไส่กันทิต. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์รูปแบบขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาวิทยา ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.
16. พรพรรณ พึ่งน้ำ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยา ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2547.
17. มธุรส ณีฐารมณ. รูปแบบการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างขณะอยู่บ้าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2546.
18. Linton SJ, Ryberg MA. Cognitive –behavioral Group Intervention for Persistent Neck and Back Pain in a Non-patient Population: a Randomized Controlled Trial. Pain 2001; 90(1-2): 83-90.
19. สิริหญิง ศรีสุพรรณ. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดหลัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษา ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
20. ดลีน ปิ่นน้อย. ผลของโปรแกรมการบริหารกล้ามเนื้อร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวต่อความปวดและการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
21. Damush TM, Weinberger M, Perkins SM, Rao JK, Tierney WM, Qi R, et al. Randomized Trial of a Self-Management Program for Primary Care Patients with Acute Low Back Pain: Short-Term Effects. Arthritis Care and Research 2003 April; 49(2): 179-86.
22. พรทิพย์ คำพอ, วิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี, เบญจามุกตพันธุ์, จารุวรรณ โชคคณาพิทักษ์, วรางคณา สังสิทธิ์สวัสดิ์, จุฬารณย์ โสตะ. รายงานการวิจัยโครงการบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.

รูปแบบการบริโภคอาหารของกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ในอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

Food Consumption Pattern of New Diagnose of Type 2 Diabetic and Non-Diabetic People in Naklang District, Nongbualumphu Province

อนัญญา ประดิษฐ์ปรีชา วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)*

Anunya Pradidthaprecha B.Sc. (Public Health)

เบญจา มุกตพันธุ์ วท.ม. (โภชนศาสตร์)**

Benja Muktabhant MS. (Nutrition)

*คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม

Faculty of Industrial Technology,

มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

Surindra Rajabhat University

**ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์

Department of Nutrition, Faculty of Public Health,

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Khon Kaen University

บทคัดย่อ

รูปแบบในการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเป็นโรคเบาหวาน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบและปริมาณการบริโภคอาหารของกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ โดยเก็บข้อมูลการบริโภคย้อนหลังในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มละ 123 คน ในพื้นที่อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป การบริโภคอาหารมื้อต่าง ๆ และความถี่การบริโภคอาหารทั้งปริมาณ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มร้อยละ 78.9 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 55.0 ปี มากกว่าร้อยละ 80.0 ของทั้งสองกลุ่ม รับประทานอาหารหลัก 3 มื้อ/วัน เวลาในการรับประทานอาหารไม่แน่นอน ในมื้อเย็นทั้งสองกลุ่มจะรับประทานอาหารในปริมาณมาก ในด้านความถี่การบริโภคอาหารต่าง ๆ พบว่า กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ บริโภคข้าวเจ้าบ่อยครั้งและปริมาณมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานบริโภคเนื้อสัตว์ เครื่องใน ไข่ อาหารทะเล อาหารประเภทไขมัน ขนมหวานและเครื่องดื่มรสหวาน บ่อยครั้งและปริมาณมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานบริโภคผักและผลไม้ปริมาณมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ กล่าวโดยสรุป กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ทั้งในด้านความถี่และปริมาณการรับประทาน ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อเป็นการป้องกันคนกลุ่มนี้ไม่ให้เกิดการพัฒนาเป็นโรคเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2 รูปแบบการบริโภคอาหาร

Abstract

Pattern of food consumption was the important risk factors affecting to diabetes mellitus. The analytical study was to investigate food consumption pattern of new diagnose of type 2 diabetic patients and non-diabetic people. The target groups were people with new diagnosed as type 2 diabetic (Type 2 DM) and the control group was non-diabetes (Non-DM). Each group had 123 subjects in Naklang District, Nongbualumphu Province. Data

were collected through a structural questionnaire including demographic data, food consumption practices. The semi-food frequency questionnaire was used to collect data on frequency and amount of food items eaten. The data were collected during January to February 2011.

Most of the subjects were female with mean age of 55 years. More than 80 percent of both groups ate three main meals a day. Eating time was irregular. They ate more amount of food during dinner. In terms of frequency of food consumed showed that Type 2 DM subjects consumed ordinary rice more frequent and more amount than those in the Non-DM group. The Non-DM subject consumed meat, offal, eggs, seafood and fatty foods and dessert more frequency and more amount than Type 2 DM subjects. However, the Non-DM subjects consumed vegetables and fruits more amount than those in the Type 2 DM subjects. Conclusion: The Non-diabetic group consumed more frequent and more amount of risk foods than those in the diabetic group. Therefore, reduction of risk foods consumption should be encouraged in non-diabetes subjects to prevent from developing diabetes later.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, Food consumption pattern

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ และปัจจุบันกำลังเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก และมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น^(1,2) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยเพิ่มจาก 1.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 2000 เป็น 2.7 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030⁽³⁾

จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 33.3 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2528 เป็น 91.0 ใน พ.ศ. 2537 และ 586.8 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2549 นั่นคือเพิ่มขึ้นถึง 18 เท่า ในเวลาเพียง 21 ปี จังหวัดหนองบัวลำภู มีอัตราป่วยตายของโรคเบาหวานติดอันดับ 1 ใน 5 ของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยของโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2548 จำนวน 1,998 ต่อประชากรแสนคน ส่วนอัตราตายด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ปี 2544 ถึงปี 2552 เพิ่มขึ้นจาก 14.9 เป็น 24.2 ต่อประชากรแสนคน⁽⁴⁾ โดยสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานนั้น อาจจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งปัจจัยหรือร่วมกันมากกว่า 1 ปัจจัย โดยเฉพาะในด้านการบริโภคอาหารนั้นถือเป็น

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ซึ่งรูปแบบการบริโภคอาหารของชาวอีสานจะมีการบริโภคอาหารจำพวกแป้งและผลิตภัณฑ์จากแป้ง อาหารประเภทผัด ทอด รับประทานขนม ผลไม้รสหวานต่างๆ รวมทั้งยังพบว่าการรับประทานผัก ผลไม้ลดลง⁽⁵⁾ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบและปริมาณด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานของประชาชนในอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบและปริมาณการบริโภคอาหารของกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) แบบศึกษาย้อนหลัง case-control study เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการบริโภคอาหารของกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน โดยทำการศึกษาในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานในเขตพื้นที่อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ในเขตอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวนทั้งหมด 6,405 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาจากการศึกษาแบบ case-control study โดยใช้สูตร

$$n = \left[\frac{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P_2(1-P_2)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}}{(P_2 - P_1)^2} \right]^2$$

จะได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 123 คน ขนาดตัวอย่างรวมทั้งหมด 246 คน โดยในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจนครบตามจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้คือ จำนวน 123 คน และในกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ทำการจับคู่ (Match) ให้ตรงกับกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Case) แต่ละรายตามเกณฑ์ในการจับคู่ คือ เพศ และอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป รูปแบบการบริโภคอาหารประเภทและแหล่งอาหารที่บริโภคในมื้อต่างๆ และแบบสัมภาษณ์ความถี่การบริโภคอาหารแบบกึ่งปริมาณ (Semi-quantitative Food Questionnaire) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนของความถี่การบริโภคและปริมาณการบริโภคอาหารชนิดต่างๆ ซึ่งความถี่การบริโภคอาหารชนิดต่างๆ แบ่งเป็น ทุกวัน บ่อยๆ (4-6 ครั้ง/สัปดาห์) บางครั้ง (1-3 สัปดาห์) นานๆ ครั้ง และไม่รับประทาน และปริมาณการบริโภคอาหารนั้นได้จากการประเมินปริมาณอาหารของกลุ่มตัวอย่างเอง ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทดสอบแบบสัมภาษณ์โดยนำไปทดลองเก็บข้อมูลในประชากรอำเภอนากลางที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างแล้วปรับแบบสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์ เก็บข้อมูลโดย

ผู้วิจัยไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่สถานีอนามัยและที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป รูปแบบการบริโภคอาหาร ประเภทและแหล่งอาหารที่บริโภคในมื้อต่างๆ และความถี่การบริโภคอาหารทั้งปริมาณ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าควอไทล์ (Q_1, Q_3) และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบรูปแบบและปริมาณการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณอาหารที่บริโภคระหว่างกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ร้อยละ 78.9 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 55.0 (S.D.=9.2) ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.8 มีสถานภาพสมรส กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 87.0 และ 90.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 72.4 และ 59.4 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 90.8 และ 92.0 และมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายร้อยละ 45.5 และ 51.2

2. รูปแบบการบริโภคอาหารมื้อต่างๆ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน มีรูปแบบในการบริโภคอาหารคล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่รับประทานอาหารหลัก 3 มื้อ/วัน ร้อยละ 82.6 และ 92.7 เวลาในการรับประทานอาหารไม่แน่นอน

ร้อยละ 44.7 และ 43.1 รับประทานอาหารได้มาก ในมือเย็นร้อยละ 32.5 และ 43.2 ปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อพบว่า ส่วนใหญ่จะรับประทานแต่พอริ่มร้อยละ 78.1 รองลงมา คือรับประทานอิ่มเต็มที่ร้อยละ 14.6 การรับประทานผักร่วมกับอาหารมื้อหลัก พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานเป็นประจำทุกมื้อร้อยละ 53.7 และ 57.7 รสชาติอาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ทานรสจืดร้อยละ 55.3 และ 50.4 แต่ยังมีบางรายในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ รับประทานรสหวาน มักร้อยละ 24.4 และในกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานรับประทานอาหารรสเค็มร้อยละ 22.8 ส่วนใหญ่จะปรุงประกอบอาหารโดยวิธีต้ม/นึ่ง ร้อยละ 79.7 และ 71.5 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ใช้น้ำมันพืชในการปรุงประกอบอาหารมากกว่าร้อยละ 90.0 แต่ยังมีบางรายที่ยังใช้น้ำมันจากสัตว์ในการปรุงประกอบอาหารอยู่ร้อยละ 1.6 และ 4.9 ส่วนใหญ่รับประทานอาหารพร้อมกับสมาชิกในครอบครัว และมากกว่าร้อยละ 65.0 เลือกรับประทานอาหารเท่าที่ทำได้ ในการรับประทานอาหารว่างนั้นพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการรับประทานอาหารว่างในช่วงก่อนอาหารเช้า ร้อยละ 30.9 และ 26.8 ส่วนการรับประทานอาหารว่างในช่วงก่อนนอนพบว่า กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีการรับประทานอาหารว่างในช่วงก่อนนอนร้อยละ 14.6 มากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ที่รับประทานอาหารว่างในช่วงก่อนนอนเพียงร้อยละ 8.9 และการรับประทานอาหารเช้าเมื่อไปงานบุญ พบว่าทั้งสองกลุ่มจะรับประทานแต่พอริ่ม ร้อยละ 66.7 และ 76.4 จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบการบริโภคอาหารระหว่างกลุ่มพบว่า รูปแบบการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ

3. ประเภทและแหล่งอาหารที่บริโภคในมือต่าง ๆ

ประเภทและแหล่งอาหารที่บริโภคของกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยพบว่าเกือบทั้งหมดบริโภคอาหารประเภทข้าวและกับข้าวทั้ง 3 มื้อ และเกือบทั้งหมดมีการปรุงประกอบอาหารรับประทานเอง โดยในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่มีการปรุง

ประกอบอาหารรับประทานเองในมือเย็น (ร้อยละ 91.1) มากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 82.1) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.04$)

4. ความถี่การบริโภคอาหารประเภทต่าง ๆ

4.1 ผลผลิตภัณฑอาหารที่ทำจากแป้ง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มบริโภคข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักโดยบริโภคทุกวันร้อยละ 85.5 และ 96.0 โดยในกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานบริโภคข้าวเหนียวปริมาณมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) สำหรับการบริโภคข้าวเจ้า กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่รับประทานข้าวเจ้าทุกวันร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานบริโภคข้าวเจ้าทุกวันร้อยละ 26.3 โดยกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่บริโภคข้าวเจ้าในปริมาณมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.03$) ส่วนผลิตภัณฑ์อื่นๆที่ทำจากแป้ง ทั้งสองกลุ่มมีการรับประทานเพียงบางครั้ง (1-3 สัปดาห์) ร้อยละ 30.1 และ 35.0 เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการรับประทานพบว่า กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานบริโภคผลิตภัณฑ์อื่นๆที่ทำจากแป้งในปริมาณมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) (ตารางที่ 1 และ 2)

4.2 อาหารประเภทเนื้อสัตว์

กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่บริโภคเนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อไก่ ทุกวันร้อยละ 24.0 ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานบริโภคเนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อไก่ ทุกวันร้อยละ 36.0 และกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่บริโภคปริมาณน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.0003$) สำหรับอาหารประเภทเครื่องใน กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีความถี่ในการบริโภคบ่อยกว่าและปริมาณมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$) ส่วนอาหารประเภทไข่ กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีความถี่ในการบริโภคอาหารบ่อยกว่าและปริมาณมากกว่ากลุ่มที่เป็น

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) และอาหารทะเล กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีความถี่ในการบริโภคบ่อยกว่าและปริมาณมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.02$) (ตารางที่ 1 และ 2)

4.3 อาหารประเภทไขมัน

กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ส่วนใหญ่รับประทานอาหารประเภทไขมันทุกวันร้อยละ 28.5 มีค่ามัธยฐาน 100 กรัม/วัน และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่รับประทานอาหารประเภทไขมันทุกวันร้อยละ 38.2 โดยบริโภคอาหารประเภทไขมัน 325 กรัม/วัน โดยในกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีความถี่ในการบริโภคบ่อยครั้งกว่าและปริมาณมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) (ตารางที่ 1 และ 2)

4.4 ผักและผลไม้

กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน มีการปฏิบัติที่ดีด้านการบริโภคผักโดยมีการบริโภคผักทุกวันเป็นร้อยละ 92.7 และ 96.0 กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่บริโภคผัก 1,251 กรัม/วัน ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีการบริโภคผัก 1,655 กรัม/วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.02$) ส่วนผลไม้รสหวาน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่บริโภคผลไม้รสหวานทุกวัน โดยกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ร้อยละ 61.8 มีการบริโภคผลไม้รสหวาน 476.3 กรัม/วัน ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 82.1 บริโภคผลไม้รสหวานถึง 1,221.8 กรัม/วัน แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.0001$) และผลไม้รสไม่หวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรับประทานผลไม้รสไม่หวานทุกวัน ร้อยละ 33.3 และ 36.6 โดยในกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีความถี่ในการบริโภคบ่อยครั้งกว่าและปริมาณมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007$) (ตารางที่ 1 และ 2)

4.5 ขนมและของหวาน

กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่รับประทานขนมและของหวานนาน ๆ ครั้งร้อยละ 30.9 โดยบริโภคเพียง 16 กรัม/วัน ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีการรับประทานขนมและของหวานนาน ๆ ครั้งร้อยละ 30.1 ปริมาณการบริโภคขนมและของหวาน 57.5 กรัม/วัน โดยในกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีความถี่ในการบริโภคบ่อยครั้งกว่าและปริมาณมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.0003$) (ตารางที่ 1 และ 2)

4.6 ประเภทเครื่องดื่ม

กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน (ไม่รวมนม) ทุกวันร้อยละ 26.0 กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานดื่มบ่อยกว่าโดยดื่มทุกวันร้อยละ 32.5 ส่วนนมรสหวาน กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่และไม่เป็นโรคเบาหวานดื่มทุกวันร้อยละ 19.5 และ 21.1 เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการดื่มเครื่องดื่มรสหวานพบว่า กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ดื่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.0006$) (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 ความถี่การบริโภคอาหารชนิดต่างๆของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ชนิดอาหาร	กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ (n = 123)					กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (n = 123)						
	(ร้อยละ)					(ร้อยละ)						
	Median (Q1,Q3) ครั้ง/สัปดาห์	ทุกวัน	บ่อย ๆ (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	บางครั้ง (1-3 ครั้ง/สัปดาห์)	นาน ๆ ครั้ง	ไม่รับประทาน	Median (Q1,Q3) ครั้ง/สัปดาห์	ทุกวัน	บ่อย ๆ (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	บางครั้ง (1-3 ครั้ง/สัปดาห์)	นาน ๆ ครั้ง	ไม่รับประทาน
4. ผัก	26.0 (14.5, 37.0)	92.7	2.4	4.1	-	0.8	28.3 (19.3,49.3)	96.0	2.4	1.6	-	-
5. ผลไม้												
ผลไม้รสหวาน	7.8 (3.3, 16.5)	61.8	13.8	18.7	4.9	0.8	17.0 (8.8, 26.5)	82.1	10.6	4.9	2.4	-
ผลไม้รสไม่หวาน	3.0 (1.0, 7.8)	33.3	16.3	21.1	23.6	5.7	5.0 (2.3, 8.0)	36.6	26.8	22.8	9.8	4.1
6. ขนม ของหวาน	0.5 (0, 2.0)	8.9	5.7	16.3	30.9	38.2	1.3 (2.3, 3.3)	12.2	14.6	23.6	30.1	19.5
7. ประเภทเครื่องดื่ม												
เครื่องดื่มรสหวาน	0 (0, 7.0)	26.0	1.6	5.7	13.8	52.9	1.0 (0, 7.0)	32.5	5,7	11.4	22.8	27.6
นมรสหวาน	1.0 (0, 4.0)	19.5	7.3	15.5	22.0	35.8	1.8 (2.3, 5.0)	21.1	13.0	22.0	20.3	23.6
นมรสจืด	0 (0, 0.5)	5.7	0.8	6.5	17.1	70.0	0 (0, 0.8)	9.8	2.4	4.1	17.1	66.7

ตารางที่ 2 ปริมาณอาหารชนิดต่างๆ ที่บริโภคของกลุ่มตัวอย่าง

ชนิดอาหาร	Median (Q ₁ , Q ₃) กรัม/วัน		p-value**
	กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่ (n = 123)	กลุ่มที่ไม่เป็นโรค เบาหวาน (n = 123)	
1. ผลิตภัณฑ์อาหารที่ทำจากแป้ง			
ข้าวเจ้า	360.0 (180.0, 840.0)	240.0 (90.0, 630.0)	0.03
ข้าวเหนียว	735.0 (490.0, 1470.0)	1470.0 (735.0, 1960.0)	0.001
ผลิตภัณฑ์อื่นๆ	136.8 (46.0, 466.0)	285 (150.8, 513.3)	0.002
2. อาหารประเภทเนื้อสัตว์			
เนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อไก่	58.0 (12.4, 200.0)	120.0 (48.0, 313.5)	0.0003
เนื้อหมูติดมัน หนังไก่	0 (0, 18.3)	2.5 (0, 40.0)	0.10
เครื่องใน ตับไก่ หม่า	2.8 (0, 22.0)	11.0 (0, 77.0)	0.003
ไข่	40.0 (10.0, 160.0)	80.0 (40.0, 200.0)	0.002
แฮม ไส้กรอก ลูกชิ้น	0 (0, 10.0)	0 (0, 22.0)	0.12
อาหารทะเล	75.5 (17.0, 170.0)	104.5 (34.0, 211.0)	0.02
ปลาน้ำจืด	150.0 (44.0, 476.0)	177.5 (50.0, 467.5)	0.50
อาหารท้องถิ่นอีสาน*	67.5 (0, 188.0)	67.5 (12.0, 230.0)	0.18
3. อาหารประเภทไขมัน	100.0 (7.5, 518.0)	325.0 (99.4, 622.0)	0.002
4. ผัก	1251.8 (643.3, 2315.1)	1655.0 (889.5, 3471.5)	0.02
5. ผลไม้			
ผลไม้รสหวาน	476.3 (199.3, 1064.8)	1221.8 (551.0, 2153.0)	<0.0001
ผลไม้รสไม่หวาน	326.0 (49.5, 998.0)	602.5 (200.0, 1374.0)	0.007
6. ขนม ของหวาน	16.0 (0, 106.5)	57.5 (8.0, 232.5)	0.0003
7. ประเภทเครื่องดื่ม			
เครื่องดื่มรสหวาน (ไม่รวมนม)	0 (0, 140.0)	68.3 (0, 158.3)	0.0006
นมรสหวาน	200.0 (0, 800.0)	300.0 (50.0, 900.0)	0.10
นมรสจืด	0 (0, 100.0)	0 (0, 150.0)	0.6

*อาหารท้องถิ่นอีสาน ได้แก่ หอยขม กุ้งฝอย เนื้อกบ/ เขียด ตั๊กแตน/ จิ้งหรีด แมงกูดจี/ แมงจี่นูน

**ทดสอบโดยใช้สถิติ Mann - Whitney U test

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่และผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งสองกลุ่มจะมีรูปแบบการบริโภคอาหารที่คล้ายคลึงกัน เนื่องจากมีวิถีชีวิตอยู่ในบริบทเดียวกัน โดยส่วนใหญ่รับประทานอาหารหลัก 3 มื้อ/วัน และรับประทานมื้อเช้าเป็นอาหารมื้อหลัก เวลาในการรับประทานอาหารไม่แน่นอน ส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารเช้าได้มากในมื้อเย็น และรับประทานอาหารพร้อมกันทั้งครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของปราณี สวางศ์นาม⁽⁶⁾ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าได้มากในมื้อเย็นเนื่องจากมีเวลามากและสมาชิกในครอบครัวอยู่พร้อมกัน โดยปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อรับประทานแค่พออิ่มและรับประทานผักร่วมกับอาหารมื้อหลักเป็นประจำทุกมื้อ ซึ่งส่วนใหญ่รับประทานอาหารรสจืดปรุงประกอบอาหารโดยวิธีต้ม/นึ่ง และใช้น้ำมันพืชในการปรุงประกอบอาหาร ส่วนการรับประทานอาหารว่าง ส่วนใหญ่รับประทานอาหารว่างในช่วงก่อนมื้อเช้า แตกต่างจากการศึกษาของมยุรา อินทรบุตร⁽⁷⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ร้อยละ 86.4 ไม่รับประทานอาหารว่าง นอกจากนี้เมื่อไปงานบุญจะรับประทานอาหารในงานบุญแค่พออิ่มประเภทและแหล่งอาหารที่บริโภคของทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน เกือบทั้งหมดบริโภคอาหารเป็นประเภทข้าวและกับข้าวทั้ง 3 มื้อ โดยแหล่งอาหารเกือบทั้งหมดของทั้ง 3 มื้อมีการปรุงประกอบอาหารเอง และในด้านความถี่การบริโภคอาหารชนิดต่างๆ พบว่า ทั้งสองกลุ่มเกือบทั้งหมด บริโภคข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก โดยรับประทานทุกวัน อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่บางคนมีการปรับเปลี่ยนมารับประทานข้าวเจ้าทุกวันและปริมาณที่รับประทานข้าวเจ้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ได้รับความรู้และการแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่ส่งเสริมให้บริโภคข้าวเจ้าแทนการบริโภคข้าวเหนียว เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์พบว่า ทั้งสองกลุ่มรับประทานปลาน้ำจืดทุกวันเนื่องจากรับประทานว่ามีประโยชน์และเป็นผลดีต่อสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของปราณี สวางศ์นาม⁽⁶⁾ ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรับประทานปลาเป็นอาหารหลักสัปดาห์ละ 5-7 วัน ส่วนเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์อื่นๆ กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานบริโภคน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาลให้ควบคุมปริมาณอาหารโดยเน้นให้บริโภคปลา ลดการบริโภคเนื้อสัตว์ และการบริโภคผักชนิดต่างๆ พบว่า ทั้งสองกลุ่มเกือบทั้งหมดบริโภคผักทุกวัน สอดคล้องกับงานวิจัยของปราณี สวางศ์นาม⁽⁶⁾ ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่รับประทานผักเป็นประจำทุกมื้อ แต่ปริมาณผักที่บริโภคของกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.02$) ส่วนผลไม้ ส่วนใหญ่มีการบริโภคผลไม้รสหวานและผลไม้รสไม่หวานทุกวัน กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่มีการบริโภคของหวานร้อยละ 14.6 และเครื่องดื่มรสหวานร้อยละ 27.6 รวมทั้งนมรสหวานร้อยละ 24.8 และนมรสจืดร้อยละ 6.5 ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีการบริโภคของหวานทุกวันร้อยละ 26.8 เครื่องดื่มรสหวานร้อยละ 32.5 บริโภคนมรสหวานร้อยละ 34.1 และบริโภคนมรสจืดร้อยละ 12.4 ซึ่งกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีการบริโภคของหวานรวมทั้งเครื่องดื่มประเภทต่างๆ มากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานอาจเนื่องมาจากกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานทุกครั้งที่ไปตรวจรักษาจะได้รับความรู้หรือคำแนะนำด้านการบริโภคอาหารจากโรงพยาบาลให้งดหรือลดเครื่องดื่มรสหวาน จึงมีการควบคุมอาหารหรือเครื่องดื่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณี แสงสาย⁽⁸⁾ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะงดการรับประทานของหวาน น้ำหวานและน้ำอัดลม ส่วนเครื่องดื่มประเภทนมก็จะบริโภคนานๆ ครั้ง

สรุปผลการวิจัย

แม้ว่าในภาพรวมทั้งกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 รายใหม่และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานจะมี ลักษณะรูปแบบการบริโภคอาหารที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีการรับประทาน อาหารประเภทต่าง ๆ ในปริมาณมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่โดยเฉพาะเครื่องดื่มรสหวาน (ไม่รวมนม) ขนม ของหวาน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ต่าง ๆ ปริมาณข้าวที่บริโภค รวมถึงปริมาณผักและผลไม้

ข้อเสนอแนะ

กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีการบริโภคอาหาร ที่เสี่ยงต่อสุขภาพ อาทิเช่น ขนม ของหวาน เครื่องดื่ม รสหวาน เนื้อสัตว์ต่าง ๆ และอาหารประเภทไขมันมากกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ทั้งในด้าน ความถี่และปริมาณการรับประทาน ดังนั้น ควรมีการ ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน โดยให้ลดการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ และเพิ่มการบริโภคผักที่มีอยู่ในท้องถิ่นและผลไม้มากขึ้น ลดการบริโภคผลไม้รสหวาน เพื่อเป็นการป้องกันคนกลุ่มนี้ไม่ให้มีการพัฒนาเป็นโรคเบาหวานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ทราบแต่เพียงว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานมีการบริโภคอาหารแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานอย่างไร ดังนั้น ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรพิจารณาว่ากลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานนั้นมีรูปแบบในการบริโภคอาหาร ปริมาณการบริโภคอาหารเหมาะสมหรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับ RDA หรือมาตรฐานอื่นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งจะเห็นได้ชัดว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีรูปแบบการบริโภคอาหารเป็นอย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทั้งที่เป็นโรคเบาหวานและไม่เป็นโรคเบาหวาน และเจ้าหน้าที่ประจำสถานี

อนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภูทุกท่าน ที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือ และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น และกลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนในการทำงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes action now: WHO and IDF working together to raise awareness worldwide. Diabetes's Voice, from http://who.int/diabetes/actionnow/DAN_diabetesvoice_article.pdf; 2004.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. ค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2553, จาก[http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2005-2007/report 2005-5-2.pdf](http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2005-2007/report%2005-5-2.pdf); 2551.
3. World Health Organization. Diabetes Programme. WHO South-East Asia Region. [online] 2005 [cited 2010 August13]. Available from: http://www.who.int/diabetes/facts/world_Fig.ures/en/index5.html; 2005.
4. กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มสาเหตุป่วย จากสถานบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2548 -2551. ค้นเมื่อ 23 เมษายน 2553, จาก [http://webhost.nso.go.th/nso/project/search_cen/result_by department.jsp](http://webhost.nso.go.th/nso/project/search_cen/result_by_department.jsp); 2552.
5. พัชวรารณ์ กิ่งแก้ว. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.

6. ปราณี สว่างศันาม. การศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลศรีธาตุ. รายงานการศึกษาอิสระปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
7. มยุรา อินทรบุตร. การรับรู้และปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการชุมชน] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
8. ญาณี แสงสาย. การควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 บ้านคำกลาง ตำบลฝาคำ อำเภอลิขิตร์ จังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน] บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.