

ISSN (ON LINE) 2651-2033

วารสาร



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

- ❖ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จังหวัดขอนแก่น
- ❖ การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560
- ❖ การสำรวจสภาพความพิการปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด
- ❖ ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อจากการปลูกข้าวโพดของเกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย
- ❖ คุณภาพระบบเฝ้าระวังของการรายงานอาการภายหลังสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) พื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
- ❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด
- ❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ตำบลนาเสียว อำเภอมือทอง จังหวัดชัยภูมิ
- ❖ การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน
- ❖ ความรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแกนนำชุมชนในพื้นที่อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุรินทร์
- ❖ วิทยาการระบาดผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม

บรรณาธิการแถลง



สวัสดีครับ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ฉบับนี้เป็นฉบับแรกของปี พ.ศ. 2563 และเป็นฉบับแรกที่เผยแพร่แบบออนไลน์ทั้งหมดเป็นระบบ Thaijo 2.0 ซึ่งยังคงมีเนื้อหาสาระทางวิชาการที่หลากหลายให้ท่านได้อ่านและใช้ประโยชน์จากผลงานวิชาการด้านสาธารณสุข การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พร้อมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานได้ด้วย โดยในฉบับนี้มีผลงานวิชาการที่น่าสนใจหลายเรื่องที่ยากเชิญชวนให้เลือกอ่านตามความสนใจไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับโรคติดต่อ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่นำชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีนคร จังหวัดสุรินทร์ โดยคุณจันทกานต์ วลัยเสถียร การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน โดยคุณรัชนิกร กุญแจทอง การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์โดยนายแพทย์สุรเชษฐ์ ภูสุวรรณ และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จังหวัดขอนแก่น โดยคุณณัฐพร สีนวิภาต ในส่วนบทความที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปลูกข้าวโพดของเกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย โดยคุณประกาศิต ทอนช่วย และผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยคุณพัชราวรรณ จันทร์เพชร และอื่น ๆ อีกหลายเรื่อง ขอเชิญชวนทุกท่านดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/> และท่านสามารถส่งบทความเพื่อเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ดังกล่าวได้ด้วย

นพ.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร

บรรณาธิการ

ขอขอบคุณผู้ประเมินอิสระฉบับนี้

นายแพทย์เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์
ผศ.ดร.พรณา ศุภรเวทย์ศิริ
รศ.เพชรไสว ลัมตระกูล
ดร.สุทิน ชนะบุญ
ดร.นพดล พิมพจันทร์
ดร.วันทนา กลางบุรัมย์

รศ.ดร.ดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม
ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง
ผศ.ดร.เกศินี สราญฤทธิชัย
ดร.อดิสร วงศ์คงเดช
ดร.บุญหนากร พรหมภักดี

...คำแนะนำ สำหรับผู้เขียน...

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการ รายงานผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรค หรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

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

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

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

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

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

ฉบับที่ 3 ภายในเดือน ก.ย.

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่อง เพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

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

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ๆ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจวิจารณ์หรือวิเคราะห์สรุปเอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง

อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

ควรสั้นกระชับรัดกุมให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้มีชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งอภิธานต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน

เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ

คือ การย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็น ร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

วิธีและวิธีการ

ดำเนินการ

อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใดและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของ ปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขเป็นอักษรตัวกในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่อง ที่อ้างอิง

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 วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารให้ใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิ์พัฒนพงศ์, พชร เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขียวกิตติพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหาเมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Russell FD, Coppel 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 ต้นไผ่จิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพ ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, 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 ทัศนภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzensberger 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.

การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ (How to Write an Investigation Full Report)

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

1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไรเกิดขึ้นที่ไหน และเมื่อไรเลือกใช้ข้อความที่สั้นกระชับ ตรงประเด็น ให้ความหมายครบถ้วน

2. ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค (Authors and investigation team)

ระบุชื่อ ตำแหน่งและหน่วยงานสังกัดของผู้รายงาน และเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ที่ร่วมในทีมสอบสวนโรค

3. บทคัดย่อ (Abstract)

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

4. บทนำหรือความเป็นมา (Introduction or Background)

บอกถึงที่มาของการออกไปสอบสวนโรค เช่น การได้รับแจ้งข่าวการเกิดโรคจากใคร หน่วยงานใด เมื่อไร และด้วยวิธีใด เริ่มสอบสวนโรคตั้งแต่เมื่อไร และเสร็จสิ้นเมื่อไร

5. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เป็นตัวกำหนดแนวทาง และขอบเขตของวิธีการศึกษาที่จะใช้ค้นหาคำตอบในการสอบสวนครั้งนี้

6. วิธีการศึกษา (Methodology)

บอกถึงวิธีการ เครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาความจริง ต้องสอดคล้องและตรงกับวัตถุประสงค์

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยรวมทั้งหมด

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) ใช้สำหรับการสอบสวนการระบาด เพื่อพิสูจน์หาสาเหตุแหล่งโรคหรือที่มาของการระบาด

การศึกษาทางสภาพแวดล้อม รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

7. ผลการสอบสวน (Results)

ข้อมูลผลการศึกษาตามตัวแปร ลักษณะอาการเจ็บป่วย บุคคล เวลา และสถานที่ การรักษา ต้องเขียนให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รายละเอียดและแนวทางการเขียนผลการสอบสวน เช่น

ยืนยันการวินิจฉัยโรค แสดงข้อมูลให้ทราบว่ามีการเกิดโรคจริง โดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก ในโรคที่ยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัย

ยืนยันการระบาด ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่าการระบาด (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากว่าปกติเท่าไร โดยแสดงตัวเลขจำนวนผู้ป่วยหรืออัตราป่วยที่คำนวณได้

ข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นสภาพทั่วไปของพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลประชากร ภูมิศาสตร์ของพื้นที่ การคมนาคม และพื้นที่ติดต่อที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขภาพ สาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

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

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

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างอะไรส่งตรวจ เก็บจากใครบ้าง จำนวนที่ร้าย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้ทราบสถานการณ์การระบาดได้ยุติลงจริง

8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้น และการป้องกันโรคที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

9. วิเคราะห์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐานในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดใน ครั้งนี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีตอย่างไร

10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ที่จะส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรคลักษณะเดียวกัน ในครั้งต่อไป

11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

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

12. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เป็นการเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนโรคในครั้งนี้ เช่นเสนอในเรื่องมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในอนาคต หรือเป็นข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนโรคครั้งต่อไปหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่พบ หรือเพื่อให้มีประสิทธิภาพได้ผลมากขึ้น

13. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

กล่าวขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรค และให้การสนับสนุนด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลอื่นๆ ประกอบการทำงานสอบสวนโรคหรือเขียนรายงาน

14. เอกสารอ้างอิง (References)

สามารถศึกษาตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้น โดยทั่วไปนิยมแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

เอกสารอ้างอิง

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

วารสาร



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

ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2563

Volume 27 No.1 January-April 2020

สารบัญ

- ❖ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จังหวัดขอนแก่น
ณัฐพร สันวิภาต, ทวารณ์ โคตรภูเวียง 1
- ❖ การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์
ปีงบประมาณ 2560
สุรเชษฐ์ ภูววรรณ, พรทิพา ดาวงค์กลาง 12
- ❖ การสำรวจสภาพความพึงการปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด
วันชัย พรหมศรี, สิทธิพร นามมา..... 19
- ❖ ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อจากการปลูกข้าวโพด
ของเกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย
ประกาศิต ทอนช่วย, ภคินี สุตะ..... 27
- ❖ คุณภาพระบบเฝ้าระวังของการรายงานอาการภายหลังสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) พื้นที่รับผิดชอบ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
วนิดา สายรัตน์, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ..... 40
- ❖ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร
อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด
พัชราวรรณ จันทร์เพชร, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, นัครอคา ศีพร้อม..... 52
- ❖ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
สุวิตรา สร้างนา, ดวงใจ วิชัย..... 63
- ❖ การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน
รัชนิกร ภูญาทอง, สุมาลี จันทลักษณ์, คนยศ ชัยอาจ..... 73
- ❖ ความรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในหมู่นาชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์
จันทกานต์ วลัยเสถียร..... 86
- ❖ วิทยาการระบาดผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดมหาสารคาม
ธัญญามาศ ที่งาม,พรนภา สุกรเวทย์ศิริ..... 96

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี จังหวัดขอนแก่น

Quality of life among people living with HIV received antiretroviral drugs in Khon Kaen province

ณัฐพร ลีนวิภาต ส.ม. (วิทยาการระบาด)*

ทวารัตน์ โคตรภูเวียง (ป.พ.ส.)**

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**โรงพยาบาลขอนแก่น

Nuttaporn Leenwiphat M.P.H.(Epidemiology)*

Thawarat Khotphuwang (Dip in Nursing Science)**

*Faculty of Public Health, Khon Kean University

**Khon Kean Hospital

Received: August 16, 2019

Revised: August 23, 2019

Accepted: October 16, 2019

บทคัดย่อ

การศึกษาวัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในจังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลเอง และข้อมูลจากเวชระเบียน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 เมษายน – 31 พฤษภาคม พ.ศ.2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสที่ลงทะเบียนในโครงการบูรณาการระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP Plus) คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 200 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาลขอนแก่น เพราะมีจำนวนมากที่สุด โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) แสดงผลการวิเคราะห์ด้วย Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) ช่วงความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 (95%CI) และค่า p-value กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีจังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.50 เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<0.05$ คือ อาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ($OR_{adj}=1.93$, 95%CI : 1.04–3.01, $p\text{-value}=0.037$) และการได้รับปัจจัยทางด้านสังคม ($OR_{adj}=5.33$, 95%CI : 2.43–11.50, $p\text{-value}<0.001$)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี และการได้รับปัจจัยทางด้านสังคมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นทั้งทีมสหวิชาชีพและญาติของผู้ป่วยจะต้องร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยพร้อมให้สุขศึกษาถึงผลกระทบข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัส และมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานพัฒนาสังคม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อจัดกิจกรรมเสริมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ แก่ประชาชนในชุมชน เพื่อลดการตีตราทางสังคมให้กับผู้ป่วยเอดส์

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยาต้านไวรัสเอชไอวี

Abstract

This Cross-sectional analytical study aimed to study the quality of life and factors associated with quality of life among people living with HIV received antiretroviral drugs in Khon Kaen province. The data were collected by using a self-questionnaire and information from medical records and performed during from 1 April to 31 May 2019. The study group was people living with HIV (PLHIV) received antiretroviral drugs in an HIV antiretroviral clinic who had registered in the services for National AIDs Program Report (NAP Plus). The calculated sample size was 200 persons (PLHIV) who received antiretroviral drugs in Khon Kaen Hospital because they found most in Khon Kaen province. Simple random sampling technique was used for selection. The data were analyzed using descriptive statistics, multiple logistic regression analysis for the relationship of factors and presented as adjusted odds ratio (OR_{adj}) with 95% confidence interval and p-value.

The results showed that 56.50% of PLHIV had a good level of the quality of life. For the level of quality of life classified by physical health, mental health, social relationship and environment were moderate. The factors associated with quality of life among PLHIV were side effects of antiretroviral drugs ($OR_{Adj} = 1.93$, 95% CI = 1.04 - 3.01, p-value = 0.037) and social factors ($OR_{Adj} = 5.33$, 95% CI = 2.43 - 11.50, p-value < 0.001)

This study showed the side effects of antiretroviral drugs and social factors had an effect on quality of life among PLHIV. Therefore, the multidisciplinary team and the relatives of PLHIV should work together to take care PLHIV and give health education about the side effects of antiretroviral drugs and follow up continuously. Including coordinating with social development agencies and local government organization to arrange activities for strengthen the attitudes about AIDs to people in the community for reducing the social stigma for PLHIV.

Keywords: quality of life, people living with HIV, antiretroviral drug

บทนำ

โรคเอดส์เป็นโรคที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง พบปัญหาการเจ็บป่วยและผลกระทบที่ซับซ้อนและเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยเอดส์ได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายอาการที่พบบ่อยได้แก่ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ⁽¹⁾ การติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบทางด้านจิตใจแก่ผู้ติดเชื้ออย่างมากในระยะเริ่มแรกที่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการซึมเศร้าที่พบมากที่สุดคือ หลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป ไม่สบายใจ ซึมเศร้า และรู้สึกไม่ดีกับตนเอง⁽²⁾ ผลกระทบทางสังคมพบว่าหลังจากเกิดการติดเชื้อเอชไอวีมีความต้องการการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิทเวลาที่ตนเองเจ็บป่วยและพบว่าการตีตราและเลือกปฏิบัติในสังคมไทยยังคงมีอยู่ทำให้ผู้ติดเชื้อ

ส่วนใหญ่ต้องปกปิดการติดเชื้อ แยกตัวออกจากสังคมหรือกั้นตนเองจากการเข้าถึงการบริการ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดเชื้อเนื่องจากเกรงว่าสถานะตนเองจะถูกเปิดเผย ทำให้เสียโอกาสในการดูแลรักษาที่เหมาะสมทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเสียชีวิตจากโรคเอดส์และโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วการติดเชื้อเอชไอวีและการเสียชีวิตจากโรคเอดส์นั้นยังส่งผลต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีส่งผลให้ประชาชนที่มีทักษะและกำลังแรงงานมีจำนวนลดลง รวมทั้งเพิ่มภาระในการดูแลสุขภาพในครอบครัวที่มีการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งส่งผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการประเมินผลลัพธ์ทางด้านสาธารณสุขในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)⁽³⁾ โดยหวังว่าจะได้นำผลจากการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ประโยชน์โดยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบการวางแผนและการจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ ปรับปรุงและพัฒนา ระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในจังหวัดขอนแก่น

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลจากเวชระเบียนเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 เมษายน – 31 พฤษภาคม พ.ศ.2562

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีพื้นที่จังหวัดขอนแก่นที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรปัจจุบันมานานกว่า 6 เดือน ในโรงพยาบาลที่มีคลินิกให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ลงทะเบียนในโครงการบูรณาการระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (NAP Plus)

3. การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยแสดงสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง⁽⁴⁾ ดังนี้

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

โดย n = จำนวนตัวอย่างทั้งหมดในการวิเคราะห์
ถดถอยพหุโลจิสติก

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน
เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05
จึงมีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน
เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80
(β = 0.20) จึงมีค่าเท่ากับ 0.84

P = ค่าสัดส่วนของตัวแปร หาได้จาก $(1-B)$
 $P_1 + BP_2$ มีค่าเท่ากับ 0.75

P_1 = ค่าสัดส่วนของระดับคุณภาพชีวิตดี ใน
กลุ่มคนสมรสมิค่าเท่ากับ 0.86

P_2 = ค่าสัดส่วนของระดับคุณภาพชีวิตดี ในกลุ่ม
คนโสดมีค่าเท่ากับ 0.62

B = สัดส่วนของคนโสดทั้งหมด มีค่าเท่ากับ 0.47

ผู้วิจัยใช้ค่า P_1 , P_2 และ B จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ในเขต 11⁽⁵⁾

ในการศึกษาค้นครั้งนี้เก็บข้อมูลซึ่งอาจมีการตอบคำถามที่เกินหรือต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้ค่าที่ได้มีโอกาสคลาดเคลื่อน จึงได้เลือกสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.5 และเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล จึงได้ขนาดตัวอย่างของการศึกษา จำนวน 200 คน และเพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจึงทำการศึกษาค้นคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อเป็นตัวแทนของการศึกษาภาพรวมทั้งจังหวัดขอนแก่น

4. การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยสำรวจรายชื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับยาต้านไวรัสที่คลินิกตามวันนัด แล้วนำมาเรียงต่อกัน กำหนดช่วงตัวเลขของการสุ่มตามขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มแบบไม่ซ้ำตัวเลขให้ครบตามจำนวน 200 คน ถ้าไม่สามารถเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างหมายเลขนั้นได้ก็จะเลือกหมายเลขถัดไปเป็นกลุ่มตัวอย่างแทน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยทางด้านสังคมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดคุณภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เครื่องมือวัดผลคุณภาพชีวิตของส่ววัฒน์นรินทร์กุลและคณะ ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) มีจำนวน 26 ข้อ ประเมินใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (Physical domain) 2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationships) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

เมื่อนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยทางด้านสังคม มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.92 และส่วนที่ 4 แบบสอบถามการวัดคุณภาพชีวิตมีการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE612371 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย KEMOU62009 ให้ไว้ ณ วันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA Version 10.1 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Adjusted Odds Ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่น 95% โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ คือ วิเคราะห์โมเดลเริ่มต้นโดย พิจารณาตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผลการวิเคราะห์ข้อมูลคร่าวๆ ตัวแปรที่มีค่า p -value < 0.25 จากนั้นวิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุด โดยวิธีคัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยพิจารณาตัดตัวแปรจากค่าความสามารถในการทำนายตัวแปรตาม (Likelihood ratio test) หากพบว่าตัวแปรต้นมีความสามารถในการทำนายตัวแปรตามได้ไม่แตกต่างกัน (p -value > 0.05) ให้พิจารณาตัดตัวแปรนั้นออกจากโมเดล และหากพบว่าตัวแปรนั้นมีความสามารถในการทำนายตัวแปรตามที่แตกต่างกัน (p -value < 0.05) ให้คงตัวแปรดังกล่าวไว้ในโมเดล ทำเช่นนี้ไปจนไม่สามารถนำตัวแปรใดออกจากโมเดลได้อีก จากนั้นนำโมเดลสุดท้ายมาประเมินความเหมาะสมของโมเดล ด้วยสถิติ Hosmer-Lemeshow goodness of fit test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในจังหวัดขอนแก่น

จากการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี (คะแนนน้อยกว่า 94)	87	43.5
ระดับคุณภาพชีวิตดี (คะแนนตั้งแต่ 94 ขึ้นไป)	113	56.5
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	94.1 (13.6)	
ค่ามัธยฐาน, ค่าต่ำสุด-สูงสุด	95.0, 58-123 (คะแนน)	

เมื่อพิจารณาจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต			Mean	S.D.
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี		
ด้านสุขภาพกาย	96(48.0)	101 (50.5)	3(1.5)	26.3	4.1
ด้านจิตใจ	82 (41.0)	112 (56.0)	6 (3.0)	21.6	3.3
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	56 (28.0)	127 (63.5)	17(8.5)	10.4	2.0
ด้านสิ่งแวดล้อม	88 (44.0)	107 (53.5)	5 (2.5)	28.4	4.9

2. ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในจังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 200 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 61.0 พบมากในกลุ่มอายุ 30-39 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.5 อายุค่าเฉลี่ย 37.4 ปี (S.D.= 9.3 ปี) อายุต่ำสุด 21 ปี และอายุสูงสุด 63 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 46.0 รองลงมา มีคู่และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 40.0 จบการศึกษาปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 23.5 รองลงมา มีมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 20.5 นอกจากนี้ ประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 34.5 รองลงมา ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 25.0 และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 ร้อยละ 48.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 12,007 บาท (S.D.= 9,781.3 บาท)

3. ลักษณะด้านภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในจังหวัดขอนแก่น

การศึกษาปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ระยะเวลาที่ทราบว่าได้รับเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี ร้อยละ 55.5 เฉลี่ย 3.8 ปี (S.D.= 1.9 ปี) ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี ร้อยละ 68.0 เฉลี่ย 3.3 ปี (S.D.= 1.5 ปี) ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ร้อยละ 70.5 กรณีที่มีอาการส่วนใหญ่พบอาการปวดศีรษะ/วิงเวียน ชาปลายมือ/ปลายเท้า และคลื่นไส้อาเจียน การเคยเป็นโรคฉวยโอกาสหรือมีอาการ ไม่เคย หรือไม่มีอาการ ร้อยละ 62.5 กรณีที่เคยหรือมีอาการ ส่วนใหญ่พบโรคฉวยโอกาสคือ วัณโรค เชื้อราในปาก และปอดอักเสบ และปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซด์

ครั้งสุดท้ายมีค่ามากกว่า 200 cells/mm³ ร้อยละ 89.0 เฉลี่ย 470.7 (S.D. = 215.4 cells/mm³)

4. ลักษณะด้านสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานไวรัสเอชไอวีในจังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยทางด้านสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่าส่วนใหญ่มีปัจจัยทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 63.5 รองลงมา คือ การมีปัจจัยทางสังคมมาก ร้อยละ 28.5 และเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่กลัวที่จะถูกเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนมากที่สุด รองลงมาคือกลัวว่าถ้าผู้อื่นทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดความรังเกียจ และถูกการตีตราในสังคม ส่วนข้อคำถามท่านมีคนทักไ้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆได้มีคะแนนน้อยที่สุด

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดขอนแก่น

5.1 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์คร่าวละตัวแปร ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น ๆ มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษา พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนระยะเวลาที่ทราบว่าได้รับเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส การเคยเป็นโรคฉวยโอกาส และปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซด์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยทางด้านสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ การมีปัจจัยทางด้านสังคมมาก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี:การวิเคราะห์คร่าวละตัวแปร

ปัจจัย	ระดับคุณภาพชีวิต		OR _{crude} (95% CI)	p-value
	ดี (n=113)	ไม่ดี (n=87)		
ปัจจัยด้านบุคคล				
เพศ				
หญิง	41	37	1	0.370
ชาย	72	50	1.29(0.73-2.30)	
อายุ (ปี)				
<36	59	35	1	0.092
36 ปี ขึ้นไป	54	52	0.62(0.35-1.08)	
สถานภาพสมรส				
โสด/หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	72	48	1	0.221
คู่อยู่ด้วยกัน	41	39	0.70(0.39-1.24)	
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	45	37	1	0.699
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	68	50	1.11(0.63-1.97)	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี:การวิเคราะห์คร่าวละตัวแปร (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับคุณภาพชีวิต		OR _{crude} (95% CI)	p-value
	ดี (n=113)	ไม่ดี (n=87)		
อาชีพ				
ว่างงาน/นักศึกษา	11	11	1	0.516
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท/ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร	102	76	1.34(0.55-3.26)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
< 10,000	54	43	1	0.818
10,000 ขึ้นไป	49	44	1.07(0.61-1.87)	
ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ				
ระยะเวลาตั้งแต่ทราบว่าได้รับเชื้อเอชไอวี (ปี)				
< 4	51	38	1	0.837
4 ปี ขึ้นไป	62	49	0.94(0.54-1.66)	
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส (ปี)				
< 3	32	32	1	0.204
3 ปี ขึ้นไป	81	55	1.47(0.81-2.67)	
ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ				
อาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี				
มีอาการ	27	32	1	0.048*
ไม่มีอาการ	86	55	1.85(1.00-3.43)	
เคยเป็นโรคฉวยโอกาสหรือมีอาการ				
เคยหรือมีอาการ	38	37	1	0.197
ไม่เคยหรือไม่มีอาการ	75	50	1.46(0.82-2.60)	
ปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซด์ครั้งสุดท้าย (cells/mm ³)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 200	10	12	1	0.270
>200	103	75	1.65(0.68-4.01)	
ปัจจัยทางด้านสังคม				
มีปัจจัยทางสังคมปานกลาง/น้อย	66	77	1	<0.001*
มีปัจจัยทางสังคมมาก	46	10	5.48(2.57-11.69)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05

5.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีครวระหลายปัจจัยโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression ผู้วิจัยพิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรม และจากผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวซึ่งได้เลือกตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.25$ ดังตารางที่ 3 พบว่ามีตัวแปรที่น่าเข้าโมเดลเริ่มต้นได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส อาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี เคยเป็นโรคฉวยโอกาสหรือมีอาการ และปัจจัยทางด้านสังคม ผลการศึกษาพบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส เคยเป็นโรคฉวยโอกาสหรือมีอาการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อาการข้างเคียงจากการได้

รับยาต้านไวรัสเอชไอวี และปัจจัยทางด้านสังคม รายละเอียดดังนี้

อาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 1.93 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ติดเชื้อที่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI : 1.04-3.01, $p\text{-value}=0.037$)

การได้รับปัจจัยทางด้านสังคม พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีปัจจัยสนับสนุนทางด้านสังคมมากมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 5.33 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีปัจจัยสนับสนุนทางด้านสังคมปานกลางและน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 2.48-11.50, $p\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี : การวิเคราะห์ครวระหลายปัจจัย

ปัจจัย	ระดับคุณภาพชีวิต		OR _{crude}	OR _{adj}	95%CI	p-value
	ดี (n=113)	ไม่ดี (n=87)				
เพศ						
หญิง	41	37	1			
ชาย	72	50	1.29	1.38	0.73-2.62	0.314
อายุ (ปี)						
<36	59	35	1			
36 ปี ขึ้นไป	54	52	0.62	0.75	0.40-1.392	0.362
สถานภาพสมรส						
โสด/หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	72	48	1			
คู่อยู่ด้วยกัน	41	39	0.73	0.65	0.33-1.22	0.177
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส (ปี)						
< 3	32	32	1			
3 ปี ขึ้นไป	81	55	1.47	1.80	0.91-3.55	0.089
อาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี						
มีอาการ	27	32	1			
ไม่มีอาการ	86	55	1.85	1.93	1.04-3.01	0.037*

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี : การวิเคราะห์รากลอยหลายปัจจัย (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับคุณภาพชีวิต		OR _{crude}	OR _{adj}	95 %CI	p-value
	ดี	ไม่ดี				
	(n=113)	(n=87)				
เคยเป็นโรคฉวยโอกาสหรือมีอาการ						
เคยหรือมีอาการ	38	37	1			
ไม่เคยหรือไม่มีอาการ	75	50	1.46	1.32	0.69-2.50	0.395
ปัจจัยทางด้านสังคม						
มีปัจจัยทางสังคมปานกลาง/น้อย	66	77	1			
มีปัจจัยทางสังคมมาก	46	10	5.48	5.33	2.48-11.50	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05

สรุปและอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี

การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีร้อยละ 56.5 สอดคล้องกับการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศฟินแลนด์⁽⁷⁾ พบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีและเมื่อพิจารณาจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยรวมคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดในด้านสิ่งแวดล้อม และต่ำสุดในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากในปัจจุบันมีนโยบายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างรวดเร็วโดยไม่คำนึงว่าจะมีค่าปริมาณเม็ดเลือดขาวซีดีโฟลิมโฟไซต์จำนวนเท่าใด การเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วทำให้สามารถยับยั้งกระบวนการเพิ่มจำนวนเอชไอวีในร่างกาย และการเข้ารับบริการยาต้านไวรัสที่คลินิกในโรงพยาบาลขอนแก่น มีกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อที่ทำหน้าที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อที่มา

รับบริการ รวมทั้งมีกิจกรรมพบกลุ่มที่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน ปรับเปลี่ยนทัศนคติซึ่งกันและกัน และทีมสหวิชาชีพมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษา พบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส เคยเป็นโรคฉวยโอกาสหรือมีอาการ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี และปัจจัยทางด้านสังคม รายละเอียดดังนี้

อาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 1.93 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ติดเชื้อที่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI : 1.04-3.01, p-value=0.037) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยาต้านไวรัสใน

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง⁽⁸⁾ พบว่า อาการข้างเคียงจากการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ร้อยละ 70.5 กรณีที่มีอาการ ส่วนใหญ่พบอาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ/ขาปลายมือ/ปลายเท้า และคลื่นไส้อาเจียน และอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีผู้ติดเชื้อที่มีอาการของโรคเอดส์ หรือการติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งมีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส ความผิดปกติเหล่านี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกไม่สบาย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การมีปัจจัยทางด้านสังคม ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทางด้านสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มีปัจจัยทางสังคมปานกลางร้อยละ 63.5 รองลงมา คือ มีปัจจัยทางสังคมมาก ร้อยละ 28.0 และ การมีปัจจัยทางด้านสังคมและพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับปัจจัยสนับสนุนทางด้านสังคมมากมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 5.33 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีปัจจัยสนับสนุนทางด้านสังคมปานกลางและน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI : 2.43–11.50, p-value<0.001) สอดคล้องกับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์โดยใช้ WHOQOL-HIV⁽⁹⁾ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่แล้วที่จะถูกเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนมากที่สุด รองลงมาคือกลัวว่าถ้าผู้อื่นทราบว่าเป็นคนติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดความรังเกียจ และถูกการตีตราในสังคม และจากด้านข้อมูลเพื่อติดตามสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจของจังหวัดขอนแก่นในปีงบประมาณ 2560 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี ร้อยละ 19.5 เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลเนื่องจากการตีตราตนเอง ร้อยละ 44.3 เคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 16.3 ด้านการสำรวจข้อมูลการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพ พบว่ากังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 59.7 มีทัศนคติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในทางลบ ร้อยละ 84.4 ซึ่งการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้น ล้วนมีผลทำให้การไปใช้บริการสุขภาพต่างๆล่าช้า ไม่ว่าจะเป็นการเข้ารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี การเข้ารับการรักษา หรือการคงอยู่ในกระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

1. ทีมสหวิชาชีพและญาติของผู้ป่วยจะต้องร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัส และมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2. ควรประสานงานกับหน่วยงานพัฒนาสังคมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อจัดกิจกรรมเสริมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชนในชุมชน เพื่อลดการตีตราทางสังคมให้กับผู้ป่วยเอดส์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่อาจจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการศึกษาเชิงคุณภาพถึงปัจจัยที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนแล้วจึงนำปัจจัยนั้นมาศึกษาเพิ่มเติมในเชิงปริมาณ เช่น ภาวะซึมเศร้า
2. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยใช้การศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study)

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคบาดวิทยา สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ปี 2552-2554. [ออนไลน์]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2561] เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/report.php?cat=68>.
2. เปรมจิตร ต้นบุญยืน. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
3. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, นางวิระวรรณ ดันติพัฒน์สกุล, นางวนิดา พุ่มไพศาลชัย, นางกรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และนางสาวราณี พรมานะรังกุล. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
4. Hsieh, F.Y, Bloch, D. A, Larsen, M.D. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine* 1998; 17: 1623-34.
5. สุเทพ รักเมือง. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในเขต 11 [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
6. เนตรนภา อินทร์รองพล. คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับยาต้านไวรัส จังหวัดชัยนาท [การศึกษาอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.
7. Nobre, Pereira, Roine, Sintonen & Sutinen. Factors associated with the quality of life of people living with HIV in Finland. *AIDS Care Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV* 2017; 29: 1074-8.
8. ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และบุญญพัฒน์ ไชยเมส. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2555.
9. Whoqol Hiv Group. WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: results from the field test. *AIDS Care Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV* 2004; 16: 882-9.

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลใน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560

Leptospirosis surveillance evaluation in hospitals affiliated with Ministry of Public Health in Kalasin province, fiscal year 2017

สุรเชษฐ์ ภูสุวรรณ ส.ม. (วิทยาการระบาด)
พรทิพา ถาวงค์กลาง ส.บ. (สาธารณสุขชุมชน)

Surachate Pulawun M.P.H. (Epidemiology)
Porntiwa Thawongklang B.P.H. (Community Public Health)

โรงพยาบาลเมืองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Khong Chai hospital, Kalasin province

Received: April 26, 2019

Revised: May 3, 2019

Accepted: July 29, 2019

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ คุณลักษณะเชิงคุณภาพ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำการสุ่มโรงพยาบาลรัฐ จำนวน 9 แห่ง โดยวิธี Stratified random sampling ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสทั้งหมดที่รายงาน ผู้ป่วยโรคที่มีอาการใกล้เคียง และสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคที่ไม่ทราบสาเหตุ เปรียบเทียบกับรายงานโรคเลปโตสไปโรซิสจากระบบเฝ้าระวัง (รายงาน 506) ในปีงบประมาณ 2560

ผลการศึกษาจากทบทวนเวชระเบียนทั้งหมด 1,790 ราย แบ่งเป็น โรคเลปโตสไปโรซิส 45 ราย โรคที่มีอาการใกล้เคียง 709 ราย และโรคที่ไม่ทราบสาเหตุ 1,036 ราย (คิดเป็นร้อยละ 2.51, 39.61 และ 57.88 ของเวชระเบียนทั้งหมด ตามลำดับ) พบว่า ค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง เท่ากับร้อยละ 30.56 (95%CI = ร้อยละ16.35-48.11) ค่าพยากรณ์ผลบวก เท่ากับร้อยละ 26.19 (95%CI = ร้อยละ 13.86-42.04) คุณภาพของข้อมูลมีความครบถ้วน ร้อยละ 100.00 แต่ขาดความถูกต้องและไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยจริงได้ ความทันเวลา เท่ากับร้อยละ 100.00 (ค่ามัธยฐาน=1.12 วัน; ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด = 1, 3 วัน) ระบบเฝ้าระวังมีความง่ายและมีความความยืดหยุ่น บุคลากรที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ยอมรับว่าเป็นโรคที่สำคัญต้องเฝ้าระวัง และนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษา พบค่าความไวและค่าพยากรณ์บวกของการรายงานโรคต่ำ ข้อมูลมีความครบถ้วนและทันเวลา แต่ไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยจริงได้ จึงควรมีนโยบายของโรคเลปโตสไปโรซิส พ.ศ. 2546 มากำหนดแนวทางการเฝ้าระวัง ตั้งแต่การบันทึกข้อมูลการรักษา การวินิจฉัย การตรวจสอบข้อมูล การรายงานโรคเข้าสู่ระบบ และทบทวนเวชระเบียนซ้ำ อีกทั้งต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ระบบเฝ้าระวัง เลปโตสไปโรซิส

Abstract

This study was a cross-sectional study aimed to evaluate qualitative quantitative and suggestion of leptospirosis surveillance in hospitals affiliated with Ministry of Public Health in Kalasin province, fiscal year 2017. This study was conducted in 9 hospitals affiliated with Ministry of Public Health by stratified random sampling. We compared all medical records of patients diagnosed as leptospirosis, similar diseases and sample of patients diagnosed as fever of unknown origin with report of leptospirosis under disease surveillance (Report 506).

One thousand and ninety review medical records were leptospirosis 45 cases, similar disease 709 cases and fever of unknown origin 1,036 cases (2.51%, 39.61% and 57.88% respectively). Sensitivity of surveillance system was 30.56% (95%CI = 16.35%-48.11%), positive predictive value was 26.19% (95%CI = 13.86%-42.04%). The 506 of leptospirosis data completeness. However, date of onset was invalid and cannot represent the patients. Timeliness was 100% (Median=1.12 day; Min, Max = 1, 3 day), Surveillance system was not stable, but useful, acceptability, simple and flexible.

Result found that sensitivity and positive predictive value were low. The 506 was completeness and timeliness but cannot represent the patients. So the definition disease of leptospirosis 2003 should be adopted to set the surveillance guidelines from record of medical record, diagnosis, data verification and report disease into the system, in addition, constantly restore knowledge to the officer.

Keywords: Surveillance system, Leptospirosis

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียเลปโตสไปรา (*Leptospira spp.*) ที่ก่อให้เกิดโรคในคนและสัตว์ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อนี้จะมีอาการและอาการทางคลินิกแตกต่างกัน ตั้งแต่ไม่มีอาการไปจนถึงรุนแรงมากจนทำให้เสียชีวิตได้ สัตว์ที่เป็นพาหะนำเชื้อ ได้แก่ หนู สุนัข สุกร วัว ควาย โดยปล่อยเชื้อออกมาทางปัสสาวะ คนจะได้รับเชื้อโดยการสัมผัสกับปัสสาวะที่มีเชื้อโดยตรง หรือสัมผัสกับสภาวะแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อผ่านทางผิวหนังที่มีบาดแผลหรือทางเยื่อจมูก ปาก หรือตา อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้เฉียบพลัน ปวดศีรษะรุนแรง หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง ตาแดง อาจมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ตับวาย ไตวาย และดีซ่านได้⁽¹⁾

โรคเลปโตสไปโรซิสยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากพบเชื้อนี้กระจายอยู่ทุกภูมิภาค

ข้อมูลสถานการณ์โรคของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁽²⁾ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-3 มิถุนายน พ.ศ.2560 มีผู้ป่วยรวม 810 ราย (อัตราป่วย 1.24 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 22 ราย (อัตราตาย 0.03 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 2.71) รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง (รายงาน 506) จังหวัดกาฬสินธุ์⁽³⁾ ปี พ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วย 122, 142 และ 158 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 11.81, 10.94 และ 15.29 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 94 ราย (อัตราป่วย 9.10 ต่อประชากรแสนคน) มีผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราตาย 0.10 ต่อประชากรแสนคน และอัตราผู้ป่วยตายร้อยละ 1.06)

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อให้ทราบคุณลักษณะที่สำคัญของระบบเฝ้าระวัง และนำผลที่ได้ไปปรับปรุงระบบเฝ้าระวังให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพของระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อประเมินคุณลักษณะเชิงคุณภาพและคุณลักษณะเชิงปริมาณของระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559-30 กันยายน 2560

2. กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

ทำการสุ่มโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยวิธี Stratified random sampling ได้สถานพยาบาล 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 4 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 2 แห่ง

3. การเลือกเวชระเบียน

ทบทวนรายงานจากระบบรายงาน 506 และเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) จากนั้นทำการคัดผู้ป่วยที่มีรายชื่อซ้ำออก แบ่งเวชระเบียนเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

3.1 กลุ่มโรคที่เลือกมาทบทวนทุกราย

ได้แก่ Leptospirosis รหัส ICD-10 คือ A27, Melioidosis รหัส ICD-10 คือ A24, Scrub Typhus รหัส ICD-10 คือ A75.3, Dengue fever รหัส ICD-10 คือ A90, Malaria รหัส ICD-10 คือ B50-B54 และ Influenza รหัส ICD-10 คือ J10, J11

3.2 กลุ่มโรคที่เลือกทบทวนด้วยการสุ่ม

คือ Fever of unknown origin (FUO) รหัส ICD-10 คือ R509 คัดเลือกเวชระเบียนด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ตามขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{จากสูตร } n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 pq}{d^2}$$

โดย n = จำนวนตัวอย่าง

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

p = ค่าสัดส่วนของผู้ที่ป่วยเป็นโรค Leptospirosis ในกลุ่มที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรค FUO⁽⁴⁾ ที่ถูกรายงานในระบบรายงาน 506 โดย $p = 0.040$ คำนวณจาก $(p_1 * p_2)$ โดยกำหนดให้

$p_1 = 0.127$ คือ สัดส่วนของผู้ที่ป่วยเป็นโรค Leptospirosis ในกลุ่มที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรค FUO⁽⁴⁾

$p_2 = 0.312$ คือ สัดส่วนของผู้ที่ป่วยเป็นโรค Leptospirosis ที่ถูกรายงานในระบบรายงาน 506⁽⁵⁾

$$q = 0.960 (1-p)$$

$d = 0.012$ (ค่าคลาดเคลื่อนจาก p ที่ยอมรับได้)

$$\text{แทนค่า } n = \frac{1.96^2 0.040 * 0.960}{0.012^2}$$

$$n = 1,036$$

4. นิยามผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษา

ไข้สูง หนาวสั่น และปวดศีรษะชนิดรุนแรง ร่วมกับมีประวัติอาชีวะที่สัมผัสกับน้ำ พื้นที่ชื้นแฉะ หรือสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนสิ่งขับถ่ายของสัตว์ หรือมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

4.1 ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง หรือกดเจ็บตามกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อน่อง

4.2 ตาแดง (หลอดเลือดแดงแผ่ผ่านเป็นตาข่าย หรือมีเลือดออก)

4.3 อาการเกี่ยวกับระบบประสาท เช่น คอแข็ง ความรู้สึกตัวผิดปกติ

4.4 ไอแห้งหรือไอมีเสมหะปนเลือด

4.5 ไตวาย การหายใจล้มเหลว หรือเลือดออกผิดปกติตามอวัยวะต่างๆ เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำ ไอเป็นเลือดสด อาการดีซ่าน เป็นต้น⁽⁶⁾

5. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 คุณลักษณะเชิงปริมาณ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีถ่วงค่าน้ำหนัก (Weighted analysis) ตามสัดส่วนตัวอย่างที่สุ่มได้นำเสนอข้อมูลด้วยค่าความถี่และร้อยละ ที่ช่วงเชื่อมั่น 95% ตามคุณลักษณะดังนี้

5.1.1 ค่าความไว (Sensitivity) คำนวณจาก (จำนวนผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยามและมีการรายงาน/จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ตรงตามนิยามในระยะเวลาที่ศึกษา) x 100

5.1.2 ค่าพยากรณ์บวก (Positive predictive value) คำนวณจาก (จำนวนรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสที่เข้าได้ตามนิยาม/จำนวนรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสทั้งหมด) x 100

5.1.3 คุณภาพของข้อมูล (Data Quality)

1) ความครบถ้วน (Completeness) ได้จากการนับจำนวนข้อมูลรายงาน 506 ที่มีการบันทึกข้อมูลครบถ้วนทุกตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ และวันที่เริ่มป่วย

2) ความถูกต้อง (Accuracy) ได้จากการนับข้อมูลที่บันทึกตรงกันระหว่างรายงาน 506 กับข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าได้ตามนิยามจากเวชระเบียน ได้แก่ ตัวแปรอายุ (กำหนดให้ความคลาดเคลื่อน ± 1 ปี) เพศ ที่อยู่ (ระดับหมู่บ้าน) และวันที่เริ่มป่วย (กำหนดให้ความคลาดเคลื่อน ± 1 วัน)

5.1.4 ความทันเวลา (Timeliness) ได้จากการนับจำนวนข้อมูลที่มีระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส จนถึงเวลาที่รายงานเข้าระบบรายงาน 506 ไม่เกิน 7 วัน

5.1.5 ความเป็นตัวแทน (Representativeness) โดยเปรียบเทียบการกระจายระหว่างข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าตามนิยาม จากเวชระเบียนและรายงาน 506 ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ และเดือนที่เริ่มป่วย

5.2 คุณลักษณะเชิงคุณภาพ

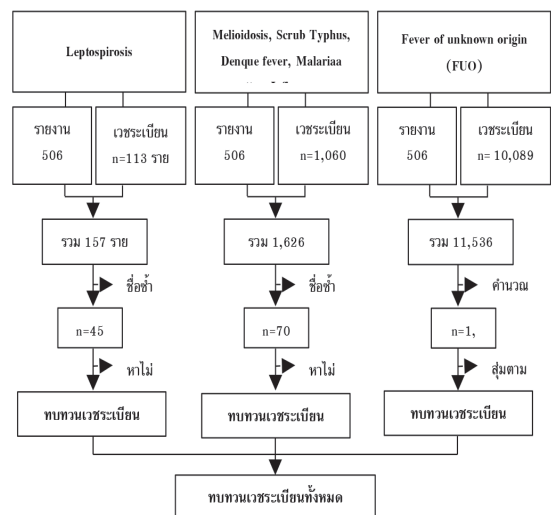
ใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังโรคเป็นรายบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ระดับชาติ เจ้าหน้าที่เวชสถิติ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ระดับวิทยา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เกี่ยวกับคุณลักษณะเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความยากง่าย ความยืดหยุ่น ความยอมรับ ความยั่งยืน และการใช้ประโยชน์จากระบบเฝ้าระวังวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Content Analysis

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงปริมาณ

เวชระเบียนกลุ่มโรคที่เลือกมาทบทวนทุกราย ได้แก่ Leptospirosis มี 45 ราย ค้นได้ 45 ราย และกลุ่มโรคที่มีอาการใกล้เคียง มี 709 ราย ค้นได้ 709 ราย ส่วนโรค Fever of unknown origin ที่เลือกมาทบทวนด้วยการสุ่ม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 1,036 ราย ค้นได้ 1,036 ราย (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ระบบการคัดเลือกรายงานผู้ป่วย การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ปีงบประมาณ 2560

1.1 ค่าความไวและค่าพยากรณ์บวก

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 1,790 ราย มีผู้ป่วยที่ถูกรายงานด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส 42 ราย จากการทบทวนเวชระเบียนพบผู้ป่วยเข้าตามนิยามการศึกษา 36 ราย ถูกรายงานในระบบรายงาน 11 ราย คำนวณค่าความไวของระบบเฝ้าระวัง ได้ 30.56% (95%CI=16.35%-48.11%) และคำนวณค่าพยากรณ์ผลบวก ได้ 26.19% (95%CI=13.86%-42.04%) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าความไวและค่าพยากรณ์บวก การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560

	ตรงตามนิยาม	ไม่ตรงตามนิยาม	รวม
พบรายงาน 506	11	31	42
ไม่พบรายงาน 506	25	1,723	1,748
รวม	36	1,754	
Sensitivity	= $11/36 \times 100$	= 30.56% (95%CI=16.35%-48.11%)	
Positive predictive value	= $11/42 \times 100$	= 26.19% (95%CI=13.86%-42.04%)	

1.2 ความทันเวลา ในผู้ป่วยที่ถูกรายงานทั้งหมด 42 ราย มีผู้ป่วยที่รายงานทันเวลา (ภายใน 7 วัน) จำนวน 42 ราย คิดเป็น 100.00% ค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.12 วัน (ค่าสูงสุด, ค่าต่ำสุด = 1 วัน, 3 วัน)

1.3 ความเป็นตัวแทน (Representativeness) จากการศึกษาความเป็นตัวแทนด้านเพศ อายุ และเดือนที่เริ่มป่วย โดยเปรียบเทียบข้อมูลในระบบรายงาน 506 กับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่าข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกรายงานไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยทั้งหมดได้

1.4 คุณภาพของข้อมูล คุณภาพของข้อมูลด้านความครบถ้วนของข้อมูล เท่ากับ 100.00% เมื่อพิจารณาความถูกต้องของข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลผู้ป่วยจากรายงาน 506 กับเวชระเบียน พบว่าตัวแปรด้านอายุ ถูกต้อง 92.86% ตัวแปรด้านเพศ ถูกต้อง 97.62% ตัวแปรด้านที่อยู่ ถูกต้อง 11.90% และตัวแปรวันที่เริ่มป่วย ถูกต้อง 0.00%

2. ผลการศึกษาคุณลักษณะเชิงคุณภาพ

2.1 ความง่าย (Simplicity)

มีขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบและไม่ซับซ้อน เมื่อพบผู้ป่วยยืนยัน แพทย์พยาบาลประจำแผนกจะประสานงานเพื่อแจ้งนักระบาดวิทยา ผ่านโทรศัพท์หรือโปรแกรมไลน์ (Line) อีกทั้งข้อมูลผู้ป่วยจะถูกบันทึกในโปรแกรมของโรงพยาบาล (Hos xp/Medee soft) นักระบาดวิทยาจะนำข้อมูลเข้าระบบรายงาน 506 เพื่อรายงานให้งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 ความยืดหยุ่น

ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กเปิดใหม่ ยังขาดแคลนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านระบาดวิทยา ทำให้ไม่มีการส่งรายงาน 506 และในกรณีเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานหลักติดภารกิจอื่น ส่วนใหญ่ไม่มีเจ้าหน้าที่คนอื่นที่ส่งรายงานแทนได้

2.3 ความยอมรับ

โดยภาพรวมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ความยอมรับและเห็นว่าเป็นโรคที่ควรเฝ้าระวัง เนื่องจากมีความรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้

2.4 ความยั่งยืน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีคู่มือและแนวทางการปฏิบัติงาน และมีการจัดประชุม/อบรมให้ความรู้ด้านระบาดวิทยาอย่างสม่ำเสมอ แม้เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใหม่ก็สามารถปฏิบัติงานได้

2.5 การใช้ประโยชน์

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานสามารถนำข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน ทำให้ทราบปัจจัยเสี่ยง เพื่อดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังโรค

1. เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา ควรมีการคัดกรองผู้ป่วยตามนิยามในการเฝ้าระวังโรคและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วยจากโปรแกรมของโรงพยาบาล ก่อนนำเข้าสู่โปรแกรมรายงาน 506 เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้อง

2. หากโปรแกรมรายงาน 506 มีปัญหาหรือมีนักระบาดวิทยาที่ปฏิบัติหน้าที่ใหม่ ควรมีการแจ้งหรือประสานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ได้รับทราบ

วิจารณ์ผลการศึกษา

จากการศึกษาผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรค เลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ค่าความไวของการรายงานโรคอยู่ในระดับต่ำ (Sensitivity=30.56%) ใกล้เคียงกับผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของจังหวัดพังงา⁽⁴⁾ (Sensitivity=31.17%) อาจเนื่องจากรายงานเฉพาะผู้ป่วยยืนยันในบางโรงพยาบาล ซึ่งโรคเลปโตสไปโรซิสต้องรายงานตั้งแต่พบผู้ป่วยสงสัย และในโรงพยาบาลขนาดเล็กเปิดใหม่ขาดแคลนเจ้าหน้าที่ด้านระบาดวิทยา จึงไม่มีการส่งรายงาน 506 จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีอาการไม่ชัดเจนหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอื่นตั้งแต่แรกพบพบว่า บันทึกการรักษาของแพทย์มีการเปลี่ยนวินิจฉัยสุดท้ายเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสแต่ในรายงาน 506 ไม่ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติม ส่งผลให้ค่าพยากรณ์บวกต่ำ (PPV=26.19%) คล้ายคลึงกับผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง⁽⁷⁾ (PPV=16.70%) แม้รายงานจะมีความครบถ้วนและทันเวลา แต่ไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยจริงได้ สอดคล้องกับการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดพังงา⁽⁴⁾ อาจเนื่องมาจากผู้รับผิดชอบงานมีการปฏิบัติงาน ต้องการส่งรายงานให้ทันเวลาโดยไม่ได้ตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องก่อน เป็นผลให้ความถูกต้องของข้อมูลอยู่ในระดับต่ำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีแนวทางในการดำเนินงานตรวจสอบข้อมูลและรายงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความง่ายและความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน มีการนำข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการป้องกัน สอบสวน และควบคุมโรคในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องยอมรับและตระหนักว่าโรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคที่ควรเฝ้าระวัง แม้ว่าระบบเฝ้าระวังโรคในบางโรงพยาบาลจะขาดความมั่นคงในการส่งรายงาน หากผู้รับผิดชอบงานหลักติดภารกิจอื่น ดังนั้น จึงควรนำนิยามของโรคเลปโตสไปโรซิส พ.ศ. 2546⁽⁶⁾ มากำหนด

แนวทางการเฝ้าระวังโรค ตั้งแต่การบันทึกข้อมูลการรักษา การวินิจฉัย การตรวจสอบข้อมูลและรายงานโรคเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องกำหนดนโยบายให้แต่ละโรงพยาบาลมีการทบทวนเวชระเบียนซ้ำหลังจากรายงานโรคแล้ว อีกทั้งควรมีการพัฒนาองค์ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุป

ระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ มีค่าความไวและค่าพยากรณ์บวกของการรายงานโรคอยู่ในระดับต่ำ ข้อมูลที่รายงานไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยจริงได้ บางโรงพยาบาลระบบรายงานขาดความมั่นคง ไม่มีการส่งรายงาน 506 ความถูกต้องของข้อมูลค่อนข้างต่ำ รายงานทั้งหมดมีความครบถ้วนและความทันเวลา ระบบมีความง่ายและยืดหยุ่นต่อการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องยอมรับว่าโรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคที่ควรเฝ้าระวัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการนำข้อมูลไปใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน สอบสวน และควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรซิส. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2548.
2. หัตยา กาญจนสมบัติ, นิรมล ปัญสุวรรณ, วิภาวดี เล่งอ้อ, เดชาคม ยงยืน, นภาพรณ ปองเปี่ยม, ณิชาภัทร อยู่พิพัฒน์ และคณะ. สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2560; 23:359-61.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง R506 โรค Leptospirosis [ออนไลน์]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 26 ตุลาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://203.157.186.27/cdc.html>

4. Thipmontree W, Suputtamongkol Y, Tantibhedhyangkul W, Suttinont C, Wongswat E, Silpasakor S. Human Leptospirosis Trends: Northeast Thailand, 2001–2012. *Int J Environ Res Public Health* 2014, 11, 8542–8551; doi:10.3390/ijerph110808542.
5. ประกิจ สารเทพ, วรยศ ผลแก้ว. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดพังงา ปี พ.ศ. 2558. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2560; พิเศษ:S63–S70
6. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดต่อประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
7. ไกรสร โตทับเที่ยง, โชติกา แก่นอินทร์. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิสในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง ปี พ.ศ. 2557. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2559; พิเศษ:S54–S6.

การสำรวจสภาพความพิการปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบ ปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด

Survey of on Disability Economic and Social Problem of Leprosy affected Persons in Roi Et Province

วันชัย พรหมศรี ร.ม.(รัฐศาสตรมหาบัณฑิต)*

Wanchai Promshi M.Pol.Sc.*

ลธิพร นามมา ส.ม.(การบริหารสาธารณสุข)*

Sithiporn Namma M.P.H.*

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

*The Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen

Received: August 9, 2019

Revised: September 18, 2019

Accepted: April 30, 2020

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม และเพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวนทั้งสิ้น 612 คน เป็นผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ผ่านการคัดกรองปัญหาเบื้องต้นจำนวน 123 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Assessment toolkit: RDA tool kit) สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมานในการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย 2 ตัวด้วย Independent t-test การวิเคราะห์การผันแปรทางเดียว One-way ANOVA และหาปัจจัยทำนายชี้แจงจำกัดในการทำกิจกรรมด้วย Multiple regression กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนที่มีอายุและเพศเดียวกัน พบว่า มีลักษณะทั่วไปคล้ายคลึงกัน แตกต่างในเรื่องการมีงานทำและหนี้สิน ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา MDT และมีความพิการในระดับ 2 เป็นจำนวนมาก เนื่องจากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และไม่ได้ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย สม่่าเสมอ ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยความพิการเลย ปัจจัยทำนายชี้แจงจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน คือ สถานภาพสมรส การศึกษา สมาชิกในครอบครัว อาชีพ ประเภทที่อยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยในครอบครัว และหนี้สินของครอบครัวต่อเดือน ไม่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจากอยู่ในชุมชนและอาศัยอยู่ในครอบครัว จึงไม่มีข้อจำกัดทางสังคม และไม่มีความรู้สึกของตีตราในสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยทำนายความรู้สึกถูกตีตราของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน คือ อาชีพ ประเภทที่อยู่อาศัย และรายได้เฉลี่ยในครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยโรคเรื้อน

Abstract

This survey research has been purposed to survey for economy and social of problem and disability for find out related factors of leprosy infection in Roi-Et community total 612 people, there are 123 people who infected and passed primary problem screening. This research be researched by Rapid Disability Assessment or RDA instrument and be analyzed by descriptive statistics with 2 variable. Independent t-test to analyze and One-Way ANOVA, find out factors that predicted the activities by Multiple regression analysis, the significant level at 0.05.

The result form studying people who be infected by leprosy in community with same age and gender is they are look similar, the different about their own career and individual debt. Most of them have been treating by MDT and also in the second of disability type because they cannot reach the right treatment and lack of cleanliness. Do not use a disability at all. Predictors of restrictions on the involvement of the social problems faced by leprosy is marital status, education, family, occupation and residence. The median income for a family, There are no restrictions on the participation of the society in the country and lived in the family, no social restrictions. And no sense of stigma in society. The difference was statistically significant at the 0.05 level and predict the sense of stigma for persons affected by leprosy is a type of living, and the median income for a family of different significance level of 0.05.

Keywords: disability, economic and social issues, leprosy

บทนำ

ปัจจุบันแม้สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทยจะมีอัตราการชุกของโรคต่ำและพบผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนลดลงมากจนไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขแล้ว แต่ยังมีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการให้เห็นอยู่ในชุมชน ความพิการก็ยังคงเป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งที่กำลังรักษาและเมื่อจำหน่ายจากการรักษาแล้ว ร่องรอยความพิการที่ยังปรากฏอยู่อาจก่อให้เกิดผลสืบเนื่องอันได้แก่ ปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และการดำรงชีวิตในสังคมตามมา อันเนื่องมาจากการตีตรา ความรังเกียจจากชุมชนและความรู้สึกด่าทอที่มีต่อตนเอง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนและการประกอบอาชีพซึ่งส่งผลให้เขาเหล่านั้นมีฐานะยากจน บางรายหมดสิ้นหนทางจึงต้องหาเลี้ยงชีพโดยการขอทาน ดำเนินชีวิตอย่างไรซึ่งศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์⁽¹⁾ การสำรวจสภาพความพิการผู้ป่วยโรคเรื้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อจะให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้นอย่างรวดเร็วสามารถป้องกันความพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังให้การฟื้นฟูสภาพผู้พิการจากโรคเรื้อนให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหรือสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสภาพโดยชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น รับผิดชอบ 7 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดหนองบัวลำภู ขอนแก่น อุดรธานี เลย หนองคาย บึงกาฬ กาฬสินธุ์

มหาสารคาม และร้อยเอ็ด มีนิคมโรคเรื้อนที่รับผิดชอบ 3 นิคม ได้แก่ นิคมบ้านหัน จังหวัดมหาสารคาม นิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และนิคมโนนสมบูรณ์ จังหวัดขอนแก่น การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยประสบความสำเร็จสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขซึ่งปัจจุบันเป็นระยะหลังการกำจัดโรคเรื้อนสามารถลดอัตราการชุกโรคเรื้อนระดับจังหวัดและอำเภอ และการค้นพบโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปีมีจำนวนค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์การอนามัยโรคได้ตั้งเป้าหมายในการลดอัตราการพิการระดับ 2⁽²⁾ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัย จึงสนใจที่จะสำรวจสภาพความพิการปัญหาเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด ประจำปี 2555

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสภาพความพิการปัญหาเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด

ขอบเขตการวิจัย

สำรวจสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตในการวิจัยดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหาที่ศึกษา ได้แก่ สำนวนสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด มีทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านการสูญเสียหรือผิดปกติ (Impairment Data)

1.2 ด้านข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Information form)

1.3 ด้านข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation Scale)

1.4 ด้านความรู้สึกถูกตีตรา (Jacoby Stigma Scale)

2. ขอบเขตด้านประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้รับการคัดกรองจากแบบคัดกรอง 8 ข้อ จำนวน 123 คน

3. ขอบเขตด้านพื้นที่การศึกษา ได้แก่ ทุกอำเภอที่มีข้อมูลผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด ประจำปีงบประมาณ 2555

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การสำรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรายที่มีอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตจังหวัดร้อยเอ็ดไม่น้อยกว่า 1 ปีย้อนหลัง นับจากวันที่เริ่มทำการศึกษาวิจัยที่กำลังรักษาโรคอยู่ในระยะเฝ้าระวัง หรือ ออกจากระยะเฝ้าระวังแล้ว ในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อทำการสัมภาษณ์นั้นใช้วิธีค้นหาตามรายชื่อผู้ป่วยที่มีอยู่ในทะเบียนตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 จนถึงวันที่เริ่มศึกษาวิจัย พร้อมทั้งค้นหาผู้ป่วยที่พิการจากโรคเรื้อรังในพื้นที่เพิ่มเติมซึ่งอาจไม่มีชื่อในทะเบียนดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนยังมีความรังเกียจโรคเรื้อรังอยู่ ดังนั้น ในกระบวนการสัมภาษณ์หรือการค้นหาผู้ป่วยในครั้งนี้ ทีมวิจัยและผู้ช่วยทีมวิจัยจะระบุให้ชุมชนหรือผู้เกี่ยวข้องทราบว่าเป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับโรคผิวหนังและการค้นหาผู้ป่วยพิการต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แฝงตัวหลบซ่อนอยู่ด้วย

2. ทำการสำรวจสภาพความพิการ ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม โดยใช้เครื่องมือสำรวจชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Assessment toolkit: RDA tool kit) ในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังในจังหวัดร้อยเอ็ด คัดผู้ผ่านการคัดกรองสภาพปัญหาในการดำเนินชีวิต 8 ข้อ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 612 คน นำมาคัดกรองโดยจากแบบคัดกรองโดยใช้แบบสำรวจชุดประเมินความพิการแบบเร็ว (Rapid Disability Assessment toolkit : RDA tool kit) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 123 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการแปลกลับไปมาระหว่างภาษาอังกฤษและภาษาไทย ด้วยกันทั้งหมดรวม 3 ครั้ง โดยครั้งแรก แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และครั้งที่สอง แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ และครั้งที่สาม แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย เพื่อทดสอบความตรงในเชิงภาษาและเนื้อหาของแบบวัดให้มีความถูกต้อง โดยประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการคัดกรองความพิการ (Disability Screening Tool) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาในการดำเนินชีวิต 8 ข้อ ได้แก่ ความลำบากในการมองเห็นด้านสายตา ความลำบากในการเดินหรือขึ้นบันได ความลำบากในการชำระล้างร่างกายหรือสวมใส่เสื้อผ้า การทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ การชาของมือและเท้า การอ่อนแรงของมือและเท้า บาดแผลตามมือและเท้า ความสัมพันธ์หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับบุคคลอื่นโดยหากตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าบุคคลนั้นมีความพิการและให้ดำเนินการสัมภาษณ์ในส่วนที่เหลือต่อไป

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการสูญเสียหรือผิดปกติ (Impairment data Form) ได้แก่ ความผิดปกติของร่างกาย ทางด้าน สายตา มือ และเท้า

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Information Form) จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ เพศ วัน เดือน ปีเกิด อายุ ระดับการศึกษา ที่อยู่ สถานภาพสมรสจำนวน สมาชิกครอบครัวที่อยู่ร่วมชายคา อาชีพ ประเภทของที่อยู่อาศัยสถานะในบ้าน รายได้จำนวนทรัพย์สิน หนี้สินที่มีอยู่

ส่วนที่ 4 แบบวัดข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม (Participation Scale) จำนวน 13 ข้อ 7 ด้าน P-Scale (The Participation Scale) ของ Wim Van Brakel และคณะ⁽⁶⁾ แบบวัดนี้เป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ไม่ทราบ ไม่ตอบ ใช่ ได้ บางครั้ง ไม่ใช่ ไม่ได้ และไม่จำเป็นต้องทำ หากผู้ตอบตอบว่าบางครั้ง ไม่ใช่ไม่ได้ หรือ ไม่จำเป็นต้องทำ จะต้องประเมินคำถามนั้นอีกครั้งตามตัวเลือกดังนี้ คือ ไม่เป็นปัญหา เป็นปัญหาเล็กน้อย เป็นปัญหามากกลาง หรือ เป็นปัญหาใหญ่สำหรับตนเอง โดยตัวเลือกดังกล่าว มีการให้คะแนนเป็น 1 2 3 และ 5 ตามลำดับ (หมายเหตุ: ผู้พัฒนาเครื่องมือนี้ให้คะแนนเป็น 1 2 3 และ 5 ไม่มี 4 เนื่องจากต้องการแยกกลุ่มที่มีปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมมากที่สุดออกจากกลุ่มอื่นอย่างชัดเจนเพื่อประโยชน์ในการจัดการฟื้นฟูสภาพทางสังคม) คะแนนรวมทั้งหมดคือคะแนนข้อจำกัดการมีส่วนร่วมของผู้ให้สัมภาษณ์ ซึ่งวัดค่าของข้อจำกัดว่ามีมากน้อยเพียงใดโดยมีค่าคะแนนรวมทั้งหมดได้ตั้งแต่ 0-65 คะแนน และจะสรุปผลว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างไร โดยดูจากค่าคะแนนรวมและทำการแบ่งเป็น 5 ระดับตามแบบวัดต้นฉบับ คือ

0 - 17 คะแนน หมายถึง ไม่มีข้อจำกัด อุปสรรคในการมีส่วนร่วม

18 - 29 คะแนน หมายถึง มีข้อจำกัด อุปสรรคในการมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย

30 - 41 คะแนน หมายถึง มีข้อจำกัด อุปสรรคในการมีส่วนร่วมปานกลาง

42 - 53 คะแนน หมายถึง มีข้อจำกัด อุปสรรคในการมีส่วนร่วมมาก

54 - 65 คะแนน หมายถึง มีข้อจำกัด อุปสรรคในการมีส่วนร่วม

และหาค่าปกติ (ไม่มีอุปสรรคในการมีส่วนร่วม) โดยการเทียบเคียงกับค่ามาตรฐานหรือค่าปกติที่ได้จากการศึกษาหาเกณฑ์มาตรฐาน (normative study) ในกลุ่มประชากรทั่วไปในชุมชนว่า 95% มีค่าคะแนนสูงสุดไม่เกินเท่าใด

ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้สึกถูกตีตรา (Jacoby Stigma Scale) จำนวน 3 ข้อ โดยการสอบถามความรู้สึกของผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อรังว่า ผู้อื่นมีความรู้สึกและปฏิบัติต่อเขาอย่างไร คำตอบมีให้เลือกใช่ และไม่ใช่ หากตอบว่า ใช่ ให้ 1 คะแนน หากตอบว่าไม่ใช่ให้ 0 คะแนน และหากได้คะแนนอย่างน้อย 1 คะแนนให้ถือว่าผู้นั้นมีความรู้สึกถูกตีตรา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมก่อนเก็บข้อมูล

1.1 ประชุมนักวิจัยเพื่อเตรียมความพร้อมและอบรมการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

1.2 ส่งหนังสือขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัย และกำหนดการเก็บข้อมูลไปยังพื้นที่

1.3 ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังในพื้นที่ในระดับเขต จังหวัด อำเภอและชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการช่วยติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างและอำนวยความสะดวกในการเดินทางไปยังสถานที่นัดหมายทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 จัดเตรียมแบบสัมภาษณ์พร้อมทั้งเอกสารแนะนำอาสาสมัคร (กลุ่มตัวอย่าง) และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.5 ประชุมนักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยเพื่อให้เข้าใจถึงมาตรฐานการวิจัยก่อนเก็บข้อมูลจริง

2. การเตรียมรวบรวมข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้นำแบบสอบถามที่เก็บข้อมูลได้มาตรวจสอบหาความสมบูรณ์ ในส่วนของตัวแปรอิสระนั้น เนื่องจากแบบเก็บข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการให้เติมคำและเป็นคำถามเปิด และบางส่วนก็เป็น

ข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อน จึงได้มีการรวมกลุ่มคำตอบและแบ่งใหม่เพื่อให้ตัวแปรแต่ละตัวมีจำนวนตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มย่อยๆนั้นเหมาะสมเพียงพอ ที่จะนำมาแปรผลทางสถิติได้และได้ทำการตัดตัวแปรบางตัวออกโดยไม่นำมาทำการวิเคราะห์เนื่องจากข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์ หรือมีจำนวนปัจจัยน้อยเกินไป ดังนี้

ระดับการศึกษา จาก 8 กลุ่ม ให้เหลือเป็น 3 กลุ่ม คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ถึงมหาวิทยาลัย (ในกลุ่มสมาชิกชุมชนแบ่งระดับการศึกษาออกเป็น 4 กลุ่มตามการกระจายของข้อมูล คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอนุปริญา อาชีวศึกษา มหาวิทยาลัย

สถานภาพสมรส จาก 5 กลุ่ม ให้เหลือ 3 กลุ่ม คือ ไม่เคยแต่งงาน แต่งงาน หม้าย หย่า แยก

อาชีพ จาก 15 กลุ่ม ให้เหลือ 4 กลุ่ม คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้าง เกษตรกร และอื่นๆ

ประเภทของที่อยู่อาศัย จาก 5 กลุ่ม ให้เหลือเป็น 2 กลุ่ม คือ มีความคงทนน้อยและมีความคงทนมาก

รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน จาก 5 กลุ่ม ให้เหลือเป็น 4 กลุ่ม คือ ไม่มีรายได้ ต่ำกว่า 2,000 บาท ระหว่าง 2,001-5,000 บาท และ ตั้งแต่ 5,001 บาท ขึ้นไป

หมายเหตุ: ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายไม่ได้ นำตัวแปร ประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติมาทำการวิเคราะห์เนื่องจากตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์ในขั้นการวิเคราะห์ 2 ตัวแปร มีน้อยเกินไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และจัดเรียงเรียงให้อยู่ในระเบียบให้พร้อมนำไปทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปประมวลผลเพื่อหาคำตอบตามวัตถุประสงค์ในการศึกษา โดยแยกวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่ากลาง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลในชั้น Bivariate Statistics เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อขีดจำกัดในการทำกิจกรรม ข้อจำกัดและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม ความรู้สึกถูกตีตราและประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติเนื่องจากเป็นโรคเรื้อน ด้วย Independent t-test และ One-way ANOVA

3. วิเคราะห์ข้อมูลในชั้น Multivariable Statistics (การวิเคราะห์ข้อมูลหลายตัวแปร) เพื่อหาปัจจัยทำนายขีดจำกัดในการทำกิจกรรม ข้อจำกัดและอุปสรรคในการมีส่วนร่วมทางสังคม ความรู้สึกถูกตีตราและทัศนคติ การรับรู้ของชุมชนต่อโรคเรื้อนด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

การสำรวจสภาพความพิการปัญหาเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

จำนวนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ดทั้งหมด 123 คน จำแนกรายอำเภอที่มีผู้ผ่านการคัดกรองความพิการ 8 ข้อ มากที่สุดคือ อำเภอจตุรพักตรพิมาน ร้อยละ 22.0 รองลงมาสุวรรณภูมิ ร้อยละ 15.4 และอาจสามารถ ร้อยละ 7.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.4 มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.7 มีสถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 63.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.9 สมาชิกในครอบครัว 2-4 คน ร้อยละ 78.86 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.71 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.3 ประเภทที่อยู่อาศัยที่มีความคงทนมาก (บ้านตึกคอนกรีต/อื่นๆ) ร้อยละ 77.2 สถานภาพในครอบครัวไม่ใช่หัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 74.0 ครอบครัวมีมอเตอร์ไซด์ ร้อยละ 74.8 ไม่มีรถยนต์ ร้อยละ 78.9 มีสวน นาข้าว บ่อเลี้ยงปลา ร้อยละ 87.8 ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 80.0 มีหนี้สินของครอบครัวต่อเดือน ร้อยละ 70.7 ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยความพิการ ร้อยละ 75.6 ไม่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วม

ทางสังคม ร้อยละ 74.0 ไม่มีความรู้สึกถูกตีตรา ร้อยละ 81.3

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกถูกตีตราของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนโดยใช้สถิติ Independent-t-test และ One-Way ANOVA พบว่า ปัจจัยด้านต่างๆ ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ซึ่งได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษา สมาชิกในครอบครัว อาชีพ ประเภทที่อยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยในครอบครัว และหนี้สินของครอบครัวต่อเดือน ทำให้คะแนนเฉลี่ยของข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกถูกตีตราของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกถูกตีตราของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนโดยใช้สถิติ Independent t-test และ One-Way ANOVA พบว่า ปัจจัยด้านต่างๆ ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนซึ่งได้แก่ อาชีพ ประเภทที่อยู่อาศัย และรายได้เฉลี่ยในครอบครัว ทำให้คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกถูกตีตรา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

การสำรวจสภาพความพิการปัญหาเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการแปล 3 รอบ มีประเด็นที่น่าสนใจพอที่จะนำมาอภิปรายได้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและสภาพความพิการ

จำนวนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ดมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป แต่งงานแล้วเรียนหนังสือในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัยมีความคงทน ครอบครัวยุคใหม่มีมอเตอร์ไซด์ ครอบครัวที่มีส่วน

ส่วนใหญ่มอเตอร์ไซด์ ครอบครัวที่มีส่วน นานาชาติ บอเลียงปลาและเลี้ยงสัตว์เพื่อเสริมรายได้ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการสำรวจครั้งนี้มีความพิการในระดับ 2 อยู่เป็นจำนวนมากเนื่องจากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ และไม่ได้อุบัติรักษาความสะอาดของร่างกาย นอกจากนั้นยังไม่ได้ใช้เครื่องช่วยความพิการเลย ไม่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจากอยู่ในชนบทและอาศัยอยู่ในครอบครัวจึงไม่มีข้อจำกัดทางสังคม และไม่มีความรู้สึกของตีตราในสังคม

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนด้านเศรษฐกิจและสังคม

ปัญหาทางด้านการเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่า ครอบครัวที่มีหนี้สินอยู่สูงถึง ร้อยละ 70.7 รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 36.6 ครอบครัวที่ไม่มีรายได้ระหว่าง 2,001-5,000 บาท ร้อยละ 37.4 และมีรายได้ ตั้งแต่ 5,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 22.8 แสดงว่าผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนส่วนใหญ่มีฐานะค่อนข้างยากจนอยู่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการสำรวจสภาพความพิการปัญหาเศรษฐกิจ และสังคมใน ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนให้ครอบคลุมพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ทุกจังหวัด

2. ให้ความรู้และทักษะด้านการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนแก่ผู้สนใจ และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านตลอดจนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

3. เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ยังไม่เปิดเผยตัวเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสภาพจากหน่วยงานเครือข่ายอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบเพื่อแก้ไขปัญหาคความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีจากความร่วมมือของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนและเจ้าหน้าที่สำรวจสภาพความพิการ ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนสมาชิกผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ให้ความอนุเคราะห์วิทยากรคุณโกเมศ อนุรัตน์ และคุณศิรามาศ รอดจันทร์ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่เห็นความสำคัญของการสำรวจเพื่อการฟื้นฟูสภาพความต้องการจำเป็นของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ขอขอบพระคุณผู้วิเคราะห์ข้อมูลให้ คุณวันทนา กลางบุรีรัมย์ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอำเภอทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ตลอดจนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการประสานงานให้การศึกษาวิจัยนี้ ได้ดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2553. (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2554).
2. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. จุดเน้นและกรอบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนและภัยสุขภาพ. การจัดประชุมเรื่องจุดเน้นการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ประจำปี 2556; เอกสารอัดสำเนา
3. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. คู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550. กรุงเทพมหานคร: สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานความพิการและสุขภาพ (ฉบับภาษาไทย) พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; 2547.
5. Medicine Net. Definition of activities of daily living. [ออนไลน์]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=2152>.
6. Wim H Van Brakel. Benyamin Sihombing. Hernani Djarir. Kerstin Beise. Laksmi Kusumawardhani. Rita Yulihane. A scale to assess activities of daily in person affected by leprosy. Lepr Rev; 1999 ; 70 : 314-23.
7. The SALSA Collaborative Group. Screening Activity Limitation and Safety Awareness: User Manual Version 1. Netherlands; 2001.
8. Van Brakel WH. Participation Scale Users Manual Version 4.5. (CD-ROM) International Course in Disability and Rehabilitation Management The Netherlands; 2006.
9. ประชาธิป กะทา. การตีตราและรังเกียจตีดนัณฑ์. วารสารหมออนามัย 2550; 17 (3): 25-8.
10. Mitchell G. Welss, Jayashree Ramakrishna, & Daryl Somma. Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. Psychol Health Med 2006; 11(3): 277-87.
11. Van Brakel WH. Measuring health-related stigma- A literature review. Psychol Health Med. 2006; 11(3): 307-34.
12. Disability Services. Self-stigma. [ออนไลน์]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก http://www.victoria.ac.nz/st_services/disability/publications/downloads/studentguides/Self%20Stigma%20e-version.pdf.
13. สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์. คู่มือการวัดทางจิตวิทยา, กรุงเทพมหานคร: เมติคัล มีเดีย; 2551.
14. สมพงษ์ เกษมสิน. การบริหาร. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2523.
15. ธงชัย สันติวงษ์, พฤติกรรมบุคคลในองค์กร, กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิชย์; 2526.

16. กิตติบดีไยพล. ลิทธิมนุษยชน. รวบรวมความหมายของการเลือกปฏิบัติ. (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2555 http://kittibodee.blogspot.com/2009/02/blog-post_1879.html.
17. The Salsa Coollaborative Study Group. The Development of a shot questionnaire for screening of activity limitation and safety awareness(SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. Disabil Rehabil; 2007 May 15: 9(9): 689-700

ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อจากการปลูกข้าวโพด ของเกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย Ergonomic Risk Factors of Musculoskeletal Disorders among Ethnical Maize Farmer Groups, Chiang Rai Province

ประกาศิต ทอนช่วย วท.ม. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)*

ภคินี สุตะ ส.ม.**

*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

Prakasit Tonchay M.Sc. (Occupational Health and Safety)*

Phakinee Suta M.P.H.**

*School of Medicine, University of Phayao

**Chiang Rai Provincial Public Health Officer

Received: May 11, 2019

Revised: May 19, 2019

Accepted: July 15, 2019

บทคัดย่อ

การเกษตรกรรมบนพื้นที่สูงชันทำให้เกิดความเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ซึ่งส่งผลต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงด้านการยศาสตร์ที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของเกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์ที่ปลูกข้าวโพดในอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย จำนวน 250 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการยศาสตร์ และอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า อัตราความชุกของอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 7 วัน และ 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 73.20 (95% CI = 68.00-78.40) และร้อยละ 75.60 (95% CI = 69.60-80.80) ตามลำดับ บริเวณอวัยวะหลังส่วนล่าง สะโพก/ต้นขา และไหล่ ร้อยละ 72.00, 68.40 และ 59.60 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) คือ ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 18.50 (OR = 9.96, 95% CI = 1.95-50.93) การหยุดพักระหว่างการทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง (OR = 3.46, 95% CI = 1.78-6.73) การสูบบุหรี่ (OR = 2.41, 95% CI = 1.12-5.19) การไม่ได้เรียนหนังสือ (OR = 2.40, 95% CI = 1.12-5.14) และประสบการณ์การทำงานมากกว่า 12 ปี (OR = 2.29, 95% CI = 1.12-4.69) สำหรับปัจจัยด้านการยศาสตร์ ได้แก่ การทำงานบนพื้นที่สูงชัน (OR = 9.89, 95% CI = 1.31-74.97) ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม (OR = 6.43, 95% CI = 3.15-13.12) และการทำงานที่ต้องออกแรงมาก (OR = 4.42, 95% CI = 1.49-13.10)

ปัจจัยด้านการยศาสตร์มีความสำคัญต่อการเกิดอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการให้อาชีวสุศึกษา เพื่อให้เกษตรกรนำความรู้มาปรับปรุงท่าทางการทำงานและลดความเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงาน

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ อาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ
เกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์ การปลูกข้าวโพด

Abstract

Agriculture on steep land is risk for causing ergonomics that affect musculoskeletal disorders (MSDs). This cross-sectional analytical research aimed to investigate the prevalence and ergonomics risk factors related to MSDs from maize planting among ethnical farmer groups in Maechan District, Chiang Rai Province were 250 participants. Data were collected by using interview form to consist of demographic, ergonomics factors and musculoskeletal disorders. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The results showed that prevalence rates of MSDs during the last 7 day and 12 month period were 73.20% (95% CI = 68.00–78.40) and 75.60% (95% CI = 69.60–80.80) respectively. Most frequently showed on lower back, hip/leg and shoulder were 72.00, 68.4 and 59.60% respectively. The result revealed that the factors related to MSDs were statistical significance (p -value < 0.05) including body mass index is greater than or equal to 18.50 (OR = 9.96, 95% CI = 1.95–50.93), resting time more than or equal to 2 times (OR = 3.46, 95% CI = 1.78–6.73), smoking (OR = 2.41, 95% CI = 1.12–5.19), illiteracy (OR = 2.40, 95% CI = 1.12–5.14) and work experience more than 12 years (OR = 2.29, 95% CI = 1.12–4.69). For ergonomics factors were working on steep areas (OR = 9.89, 95% CI = 1.31–74.97), awkward posture (OR = 6.43, 95% CI = 3.15–13.12), and forceful exertions (OR = 4.42, 95% CI = 1.49–13.10).

Ergonomics factors are important for the MSDs. Therefore, occupational health education should be promoted. Farmers can apply the knowledge to improve their work posture and reduce health risks from work.

Keywords: ergonomic risk factors, musculoskeletal disorders, ethnical farmer groups, maize planting

บทนำ

กลุ่มอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็นความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในกลุ่มเกษตรกรเนื่องจากมีลักษณะงานที่ต้องใช้แรงงาน⁽¹⁾ โดยเฉพาะเกษตรกรในพื้นที่ชนบทที่มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มอาชีพอื่น^(2,3) จากการสำรวจข้อมูลสภาวะการทำงานของประชากร ระหว่าง ปี พ.ศ. 2560–2561 พบว่า ในภาคเกษตรกรรมมีจำนวนผู้ทำงานเพิ่มขึ้น 5.8 แสนคน และเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดของผู้ประกอบอาชีพในประเทศไทย⁽⁴⁾ อาชีพเกษตรกรรมมีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานมากที่สุดถึงร้อยละ 62.34 โดยเฉพาะงานปลูกพืชผักและพืชไร่⁽⁵⁾ โดยมีความเสี่ยงจากพฤติกรรมด้านอาชีวอนามัยในการทำงานที่ต้องยกของหนักหรืออยู่ในท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม⁽⁶⁾ การทำเกษตรกรรมทำให้เกษตรกรมีอาการ

ผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal disorder; MSDs) จากการศึกษาระบบติดตามผลในประเทศเกาหลีพบว่า เกษตรกรมีอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อถึงร้อยละ 91.3 โดยเกิดขึ้นบริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุดร้อยละ 63.8⁽⁷⁾ ซึ่งในภาคเหนือของประเทศไทยประชากรกลุ่มชนชาติพันธุ์หรือชาวเขามักจะประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างเป็นหลักเช่นกัน เนื่องจากปัญหาเรื่องการสื่อสารภาษาไทยและการเข้าถึงระบบการศึกษา⁽⁸⁾

ข้าวโพดเป็นพืชไร่เศรษฐกิจที่สำคัญต่ออุตสาหกรรมการผลิตอาหารสัตว์ในปี พ.ศ. 2558/59 ประเทศไทยมีพื้นที่เพาะปลูกประมาณ 6.6 ล้านไร่ ซึ่งปริมาณความต้องการใช้ผลผลิตภายในประเทศยังเพิ่มขึ้นมากกว่าปริมาณการใช้⁽⁹⁾ ลักษณะการปฏิบัติงานเพาะปลูกจนถึงการเก็บเกี่ยวยังคงใช้แรงงานคนเป็นหลัก เกษตรกรปลูกข้าวโพดในภาคเหนือจึงมีโอกาสนสัมผัสกับสิ่งคุกคามสุขภาพด้านอาชีวอนามัยที่สำคัญจากปัจจัยด้าน

การยศาสตร์ ได้แก่ สภาพพื้นที่การทำงานที่มีลักษณะสูงชันหรือเป็นเนินลาดเอียงเนื่องจากต้องพยายามทรงตัวในระหว่างการทำงาน ทำให้มีการเกร็งของอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างต่อเนื่อง เช่น หลังส่วนล่าง หัวเข่าและข้อเท้า ประกอบกับการเคลื่อนไหวเพื่อเอื้อมลำตัวและส่ายอุ้งกระดูกข้อกระดูกขาและการเคลื่อนไหวตลอดเวลาส่งผลให้มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ⁽¹⁰⁻¹²⁾ ลักษณะท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม ที่มีการบิดเอี้ยวเอียงตัว ก้มเงยศีรษะ และก้มโค้งลำตัวไปด้านหน้าขณะทำงานเป็นภาระงานทางกายที่ส่งผลต่อการปวดเมื่อยตามร่างกาย⁽¹³⁻¹⁵⁾ การทำงานซ้ำๆ และนั่งหรือยืนทำงานนานเกิน 2 ชั่วโมง^(13,15) ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบมากที่สุด โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2560 เกิดจากอิริยาบถในการทำงานที่ไม่เปลี่ยนท่าทางการทำงาน⁽¹⁶⁾ โดยมีการบิดเกร็งข้อมือในการจับอุปกรณ์ต่างๆ ในขั้นตอนของการยกทรงเพื่อเตรียมดิน และขุดเตรียมหลุมปลูก การก้มหลังเป็นระยะเวลานานในขั้นตอนของการหยอดเมล็ด การยืนทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน และเอื้อมมือซ้ำๆ ติดต่อกันในขณะที่เก็บผักข้าวโพด^(17,18) และการออกแรงมากเกินไปกำลังหรือการยกของหนักซึ่งพบในทุกขั้นตอนตั้งแต่การเตรียมดิน การปลูก ดูแลรักษา และเก็บเกี่ยวที่ต้องยกเคลื่อนย้ายสิ่งของเป็นอุปกรณ์การเกษตร ถุงบรรจุเมล็ด ปุ๋ย รวมทั้งกระสอบหรือตะกร้าบรรจุข้าวโพด ที่มีน้ำหนักตั้งแต่ไม่น้อยกว่า 10 จนถึงมากกว่า 20 กิโลกรัมในลักษณะการส่ายหรือพาไป^(14,17,18) ดังนั้นถือว่าปัจจัยทางด้านการยศาสตร์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาก สำหรับปัจจัยพื้นฐานด้านการศึกษา^(19,20) ดัชนีมวลกาย^(20,21) การสูบบุหรี่⁽²⁰⁾ ระยะเวลาการทำงาน⁽²¹⁻²⁴⁾ และการหยุดพักระหว่างการทำงาน⁽²⁵⁾ ก็พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในเกษตรกรและกลุ่มอาชีพอื่นๆ เช่นกัน

อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย มีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่สูงชัน ประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชนชาติพันธุ์ประมาณ 9 กลุ่ม ได้แก่ อาข่า ลาหู่ ดาราอั้งหรือปะหล่อง บิซูลัว ลีซูลัว อัวเหมี่ยน ไตลื้อและไตใหญ่ ซึ่งมักประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก⁽²⁶⁾ โดยเกษตรกรส่วนใหญ่นิยมปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์จนถือได้ว่าเป็นพืชทางเศรษฐกิจชนิดหนึ่งที่สำคัญของอำเภอแม่จัน⁽²⁷⁾ ลักษณะการปลูกข้าวโพดจะทำบนพื้นที่ลาดชันในทุกชั้นตอนตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมดิน เพาะปลูก ดูแลรักษา จนถึงเก็บเกี่ยวผักข้าวโพด เกษตรกรปลูกข้าวโพดบนพื้นที่สูงจึงมีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายมากกว่าผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรรมอื่นๆ ในพื้นที่ราบ ซึ่งลักษณะการศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ในพื้นที่ดังกล่าวยังไม่มีปรากฏ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของเกษตรกรกลุ่มชนชาติพันธุ์ที่ปลูกข้าวโพดบนพื้นที่สูงชัน จังหวัดเชียงราย เพื่อให้ได้ข้อมูลปัจจัยที่สำคัญต่อการนำไปวางแผนป้องกันและลดความเสี่ยงทางสุขภาพจากการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

• รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic research) เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนเมษายน - กันยายน พ.ศ. 2561 การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ CRPPHO 35/2561

• ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

เกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์ 4 กลุ่ม ได้แก่ ลาหู่ อาข่า ลีซูลัว และเหมี่ยน ที่ปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ในตำบล ป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ W.G.cochran⁽²⁸⁾ ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)Z^2}{d^2}$$

กำหนดค่าสัดส่วนประชากร (p) เท่ากับ 0.82⁽¹⁷⁾

ค่าความคลาดเคลื่อน (d) ที่ระดับ 0.05

$$n = \frac{0.82(1-0.82)1.96^2}{0.05^2} = 227$$

และเพื่อลดปัญหาข้อมูลสูญหาย (Missing data) อีก ร้อยละ 10 ดังนั้นจึงศึกษาทั้งหมด 250 คน คัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional stratified sampling) เลือกพื้นที่เป้าหมาย ที่มีเกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์เพื่อกำหนดขนาดตัวอย่าง จำนวน 2 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านปางสา จำนวน 86 คน และ บ้านเล่าผู้ จำนวน 164 คน จากนั้นใช้วิธีการเลือกแบบ เจาะจง (Purposive sampling) ให้ได้ตามคุณสมบัติดังนี้ เกษตรกรที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ และมีประสบการณ์ในการปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ อย่าง น้อย 1 ปี ไม่มีพยาธิสภาพของกลุ่มอาการผิดปกติทาง ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ได้แก่ โรคข้ออักเสบรูมา ตอยด์ โรคกระดูกพรุน โรคข้อเสื่อม โรคเนื้องอกหรือ มะเร็ง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

• เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพ

แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาการทำงาน การหยุดพักระหว่างการทำงาน และระยะเวลาการหยุดพัก 2) ข้อมูลด้านการยศาสตร์โดยพัฒนามาจากการ ศึกษาของกัตตินาซุ สมนา⁽¹⁷⁾ และการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การทำงานบนพื้นที่สูงชัน ท่าทางการทำงานที่ไม่ เหมาะสม งานที่ต้องทำซ้ำๆ และงานที่ต้องออกแรงมาก โดยให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็น บางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ แปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น รายด้านและภาพรวม คือ ระดับสูงและต่ำ และ 3) ข้อมูล

อาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 7 วัน และ 12 เดือนที่ผ่านมา ปรับปรุงมาจาก Standardized Nordic Questionnaire⁽²⁹⁾ ทั้งนี้เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านอาชีวเวชศาสตร์ การยศาสตร์และ กายภาพบำบัด จำนวน 3 ท่าน โดยการหาค่าดัชนีความ สอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence: IOC) ของข้อคำถามกับนิยามซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.70–1.00 และมีการทดสอบความเที่ยงของ เครื่องมือ โดยทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้าย กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90 หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีผู้ช่วยวิจัยที่ สามารถสื่อสารภาษากลุ่มชนชาติพันธุ์ได้และเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน

• วิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Multiple logistic regression analysis เลือกตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.25⁽³⁰⁾ ในการ วิเคราะห์แบบ Univariate analysis เข้าในโมเดล โดย ควบคุมปัจจัยกวน คือ เพศ อายุและประสบการณ์การ ทำงาน จากนั้นวิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุด ด้วยวิธีตัดออก ทีละตัวแปร (Backward elimination) หลังจากที่ได้โมเดล เริ่มต้นแล้วจะตัดตัวแปรอิสระออก โดยพิจารณาจาก Likelihood Ratio Test ระหว่างสองโมเดลคือ โมเดลที่มี ตัวแปรทั้งหมดกับโมเดลที่ตัดตัวแปรนั้นๆ ออก แล้ว ทำการประเมิน Goodness-of-fit Measure และนำเสนอ ค่า Adjusted Odds Ratio (OR_{Adj}) ที่ช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% CI) และกำหนดระดับนัยสำคัญทาง สถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกร

เกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.80 อายุ เฉลี่ย 46.36 ± 13.39 เป็นชนชาติพันธุ์ลาหู่ ร้อยละ 39.60

สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 92.40 ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 64.80 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 82.80 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.69 ± 3.70 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.20 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 58.40 และไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 92.80 กลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติงานในขั้นตอนของการปลูกข้าวโพด มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 13.04 ± 9.03 ปี ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 8.28 ± 0.86 ชั่วโมงต่อวัน มีการหยุดพักระหว่างการทำงาน 1–2 ครั้ง/วัน ร้อยละ 54.80

และระยะเวลาการหยุดพัก 15 – 30 นาที/ครั้ง ร้อยละ 43.20

ข้อมูลด้านการยศาสตร์

เกษตรกรส่วนใหญ่ มีการสัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.00 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การทำงานบนพื้นที่สูงชันอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.80 ทำทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.80 การทำงานที่ต้องออกแรงซ้ำๆ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.60 และการทำงานที่ต้องออกแรงมากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.40 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านการยศาสตร์โดยรวมและรายด้าน (n=250)

ปัจจัยด้านการยศาสตร์	จำนวน	ร้อยละ
โดยรวม		
ระดับสูง	145	58.00
ระดับต่ำ	105	42.00
$\bar{X} = 45.74$, S.D. = 5.13, Min = 26.00, Max = 51.00		
รายด้าน		
การทำงานบนพื้นที่สูงชัน		
ระดับสูง	222	88.80
ระดับต่ำ	28	11.20
$\bar{X} = 5.84$, S.D. = 0.47, Min = 4.00, Max = 6.00		
ทำทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม		
ระดับสูง	123	49.20
ระดับต่ำ	127	50.80
$\bar{X} = 18.24$, S.D. = 2.84, Min = 9.00, Max = 21.00		
งานที่ต้องทำซ้ำๆ		
ระดับสูง	164	65.60
ระดับต่ำ	86	34.40
$\bar{X} = 15.96$, S.D. = 1.90, Min = 9.00, Max = 18.00		
การทำงานที่ต้องออกแรงมาก		
ระดับสูง	201	80.40
ระดับต่ำ	49	19.60
$\bar{X} = 5.69$, S.D. = 0.70, Min = 3.00, Max = 6.00		

ความชุกของอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของเกษตรกร

จากผลการวิเคราะห์ความชุกพบว่า เกษตรกรมีอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง

7 วันที่ผ่านมา จำนวน 183 คน (ร้อยละ 73.20; 95% CI = 68.00-78.40) และในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 189 คน (ร้อยละ 75.60; 95% CI = 69.60-80.80) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 7 วัน และ 12 เดือนที่ผ่านมา ของเกษตรกร (n=250)

อาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ	ความชุกในช่วง 7 วัน		ความชุกในช่วง 12 เดือน	
	จำนวน (ร้อยละ)	95% CI	จำนวน (ร้อยละ)	95% CI
มีอาการ	183 (73.20)	68.00-78.40	189 (75.60)	69.60-80.80
ไม่มีอาการ	67 (26.80)	21.60-32.00	61 (24.40)	19.20-30.40

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อแบบ Multivariate analysis พบว่า ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 18.50 (OR = 9.96, 95% CI = 1.95-50.93) การสูบบุหรี่ (OR = 2.41, 95% CI =

1.12-5.19) การไม่ได้เรียนหนังสือ (OR = 2.40, 95% CI = 1.12-5.14) การหยุดพักระหว่างการทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง (OR = 3.46, 95% CI = 1.78-6.73) และประสบการณ์การทำงานมากกว่า 12 ปี (OR = 2.29, 95% CI = 1.12-4.69) มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของเกษตรกร (n=250)

ปัจจัย	อาการผิดปกติทางระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อ		OR _{Adj}	95 % CI	p-value
	มี	ไม่มี			
เพศ					
หญิง	113 (76.90)	34 (23.10)	1.19	0.66-2.17	0.550
ชาย	76 (73.80)	27 (26.20)	1.00		
อายุ					
31 – 40 ปี	42 (73.70)	15 (26.30)	1.45	0.58-3.61	0.425
41 – 50 ปี	51 (81.00)	12 (19.00)	1.75	0.66-4.69	0.263
51 ปี ขึ้นไป	74 (77.90)	21 (22.10)	1.22	0.48-3.15	0.677
≤ 30 ปี	22 (62.90)	13 (37.10)	1.00		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของเกษตรกร (n=250) (ต่อ)

ปัจจัย	อาการผิดปกติทางระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อ		OR _{Adj}	95% CI	p-value
	มี	ไม่มี			
การศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	133 (82.10)	29 (17.90)	2.40	1.12-5.14	0.024
ได้เรียนหนังสือ	56 (63.60)	32 (36.40)	1.00		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					
< 5,000 บาท	160 (77.30)	47 (22.70)	1.42	0.68-2.98	0.349
≥ 5,000 บาท	29 (67.40)	14 (32.60)	1.00		
ดัชนีมวลกาย					
≥ 18.50	187 (77.60)	54 (22.40)	9.96	1.95-50.93	0.006
< 18.50	2 (22.20)	7 (77.80)	1.00		
โรคประจำตัว					
มี	34 (81.00)	8 (19.00)	1.14	0.48-2.73	0.767
ไม่มี	155 (74.50)	53 (25.50)	1.00		
การสูบบุหรี่					
สูบบุหรี่	84 (80.80)	20 (19.20)	2.41	1.12-5.19	0.025
ไม่สูบบุหรี่	105 (71.90)	41 (28.10)	1.00		
การออกกำลังกาย					
ออกกำลังกาย	14 (77.80)	4 (22.20)	1.42	0.44-4.59	0.562
ไม่ออกกำลังกาย	175 (75.40)	57 (24.60)	1.00		
ประสบการณ์การทำงาน					
> 12 ปี	91 (84.30)	17 (15.70)	2.29	1.12-4.69	0.023
≤ 12 ปี	98 (69.00)	44 (31.00)	1.00		
ระยะเวลาการทำงาน					
> 8 ชั่วโมง	74 (77.90)	21 (22.10)	1.04	0.84-2.21	0.958
≤ 8 ชั่วโมง	115 (74.20)	40 (25.80)	1.00		
การหยุดพักระหว่างการทำงาน					
> 2 ครั้ง/วัน	97 (85.80)	16 (14.20)	3.46	1.78-6.73	<0.001
≤ 2 ครั้ง/วัน	92 (67.20)	45 (32.80)	1.00		
ระยะเวลาการหยุดพัก					
> 30 นาที	84 (76.40)	26 (23.60)	1.06	0.57-1.96	0.864
≤ 30 นาที	105 (75.00)	35 (25.00)	1.00		

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยศาสตร์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

พบว่า การทำงานบนพื้นที่สูงชัน (OR = 9.89, 95% CI = 1.31-74.97) ทำทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม (OR

= 6.43, 95% CI = 3.15-13.12) และการทำงานที่ต้องออกแรงมาก (OR = 4.42, 95% CI = 1.49-13.10) มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยศาสตร์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาของเกษตรกร (n=250)

ส่วนของร่างกายที่มี อาการผิดปกติ	ปัจจัยทางกายศาสตร์ [OR _{Adj} *** (95 % CI)]			
	การทำงานบนพื้นที่ สูงชัน	ทำทางการทำงานที่ไม่ เหมาะสม	งานที่ต้องทำซ้ำๆ	การทำงานที่ ต้องออกแรงมาก
คอ	2.53 [*] (1.07-5.96)	2.55 ^{**} (1.47-4.42)	1.39 (0.81-2.39)	2.87 [*] (1.44-5.73)
ไหล่	3.72 [*] (1.48-9.35)	3.25 ^{**} (1.89-5.56)	1.81 [*] (1.05-3.12)	3.39 ^{**} (1.66-6.94)
หลังส่วนบน	4.28 ^{**} (1.86-9.86)	3.69 ^{**} (2.02-6.78)	2.23 ^{**} (1.26-3.95)	3.04 ^{**} (1.55-5.95)
ข้อศอก	4.32 ^{**} (1.86-10.06)	3.12 ^{**} (1.59-6.07)	1.43 (0.76-2.67)	2.74 [*] (1.35-5.59)
ข้อมือ/มือ	1.44 (0.64-3.24)	3.85 ^{**} (2.17-6.82)	1.26 (0.73-2.18)	1.68 (0.87-3.23)
หลังส่วนล่าง	4.43 [*] (1.71-11.51)	5.77 ^{**} (3.29-10.13)	3.08 ^{**} (1.77-5.36)	4.94 ^{**} (2.33-10.48)
สะโพก/ต้นขา	1.96 (0.85-4.53)	1.79 [*] (1.06-3.03)	1.48 (0.87-2.53)	1.93 (0.99-3.76)
เข่า	3.72 [*] (1.54-8.97)	3.49 ^{**} (1.97-6.21)	2.54 [*] (1.43-4.52)	2.27 [*] (1.13-4.54)
ข้อเท้า/เท้า	3.72 [*] (1.62-8.58)	6.22 ^{**} (3.13-12.33)	1.82 [*] (1.01-3.29)	3.49 ^{**} (1.75-6.99)
รวมทุกส่วน	9.89 [*] (1.31-74.97)	6.43 ^{**} (3.15-13.12)	1.89 (0.98-3.66)	4.42 [*] (1.49-13.10)

* p -value < 0.05, ** p -value < 0.001, *** กลุ่มที่สัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์ระดับต่ำเป็นกลุ่มอ้างอิง

สรุปและอภิปรายผล

อัตราความชุกของการเกิดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ในช่วง 7 วัน และ 12 เดือนก่อนการศึกษา เท่ากับ ร้อยละ 73.2 และ 75.6 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับเกษตรกรปลูกข้าวโพดฝักอ่อน จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 88.35⁽¹⁴⁾

โดยความชุกนี้สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของเกษตรกรปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ที่มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ร้อยละ 80.2 ซึ่งส่วนใหญ่พบมากบริเวณหลังส่วนล่าง ไหล่ และน่อง⁽¹³⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนั้นการศึกษาของอนิรุจน์ มะโนธรรม⁽³³⁾ ในเกษตรกรปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ จังหวัดลำปาง พบว่า

มีอาการปวดบริเวณหลังส่วนล่างในสัดส่วนสูงสุด โดยเกิดจากท่าทางการทำงานที่ผิดปกติจากการเอื้อมหยิบจับ และการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสมจากการใช้มือและแขนที่มีลักษณะเคลื่อนไหวช้า ๆ ในขั้นตอนการเก็บเกี่ยวผลผลิต รวมถึงการยกย้ายกระสอบข้าวโพดที่มีน้ำหนักมากกว่า 20 กิโลกรัม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอย-พหุคูณเชิงตรรกะ พบว่า การไม่ได้เรียนหนังสือ มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญ โดยเกษตรกรจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติมากกว่าผู้ที่ได้เรียนหนังสือถึง 2.40 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gourab และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่า ผู้ที่ไม่รู้หนังสือมีความสัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนบนจากการทำงานผลิตถากน้ำตาล และ Luangwilai และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่าชาวนาจังหวัดนครราชสีมาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไปมีปัญหาการผิดปกติ น้อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ทั้งนี้จึงส่งผลให้เกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์มีการสื่อสารหรือเข้าใจความรู้ด้านสุขภาพยังไม่เพียงพอ สำหรับดัชนีมวลกาย พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 18.5 กิโลกรัม/เมตร² มีโอกาสเสี่ยงถึง 9.96 เท่าของผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร² ซึ่งส่วนใหญ่เกษตรกรมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 45.2 รองลงมาคือ อ้วน ร้อยละ 30.4 และท้วม ร้อยละ 20.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิสา ชายเกลี้ยง และคณะ⁽³¹⁾ ที่พบว่า ท้นตบุดลากรที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 18.5 กิโลกรัม/เมตร² มีความเสี่ยงต่อการปวดคอ ไหล่ และหลัง ถึง 2.1 เท่า และสอดคล้องกับกลุ่มชาวนาที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติมีโอกาสเกิดความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อน้อยกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายในระดับผิดปกติ 0.53 เท่า⁽²⁰⁾ สนับสนุนโดยการศึกษาของ Karukunchit และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินมีความเสี่ยงที่ทำให้ระบบโครงร่างร่างกายส่วนล่าง ได้แก่ การหมุนขอเชิงกราน มุมควอด ไตรเซ็ปส์ และมุมข้อเข่า เกิดอาการผิดปกติในเกษตรกรชาวนา สำหรับการสูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงเป็น 2.41 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาในพนักงานเก็บขนขยะที่สูบบุหรี่ทุกวันจะมีโอกาสเกิดอาการ

ผิดปกติ 5.29 เท่า⁽²²⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสารเคมีในบุหรี่ ทำให้การไหลเวียนของกระแสเลือดลดลง การส่งผ่านสารอาหารหรือการซ่อมแซมกล้ามเนื้อบกพร่อง กล้ามเนื้อจะอ่อนแรงและฝ่อลีบ รวมทั้งจะอักเสบมากขึ้นหากกล้ามเนื้อมีการใช้งาน⁽³²⁾ ส่วนประสพการณ์การทำงานมากกว่า 12 ปี พบว่ามีอาการผิดปกติมากกว่าผู้ที่มีประสพการณ์ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี ถึง 2.29 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับเกษตรกรในประเทศเกาหลีที่ปฏิบัติงานมากกว่า 30 ปีมีโอกาสปวดหลังส่วนล่าง 1.40 เท่า⁽²³⁾ ส่วนเกษตรกรในประเทศอินเดียที่ปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของโครงร่างกล้ามเนื้อถึง 3.17 เท่า⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ในชาวนาไทยที่ทำงาน 26 – 50 ปี เกิดอาการปวดเมื่อยตามร่างกายมากถึง 2.17 เท่าของผู้มีประสพการณ์น้อยกว่า⁽²⁰⁾ และหากระยะเวลาปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นทุก 1 ปี จะส่งผลต่อความผิดปกติของร่างกายส่วนล่าง คือ มุมควอด ไตรเซ็ปส์ มุมข้อเข่า และแนวของเท้า ร้อยละ 4 – 6⁽²¹⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการปลูกข้าวโพดต้องมีการก้มยืดหรือเอี้ยวลำตัวเป็นประจำ ประกอบกับการยกของหนักขึ้นลงบนพื้นที่ลาดชันติดต่อกันเป็นเวลาหลายปี จึงเกิดความเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อและโครงร่างสะสมกันต่อเนื่อง ทำให้มีความเสี่ยงมากกว่าพื้นที่ราบปกติ และการหยุดพักระหว่างการทำงานมากกว่า 2 ครั้งต่อวันมีโอกาสเกิดความผิดปกติมากกว่าผู้หยุดพักน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง 3.46 เท่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ที่เกิดอาการเมื่อยล้า จะต้องมีการหยุดพักระหว่างการทำงาน ดังนั้นอัตราการหยุดพักจึงสามารถบ่งบอกถึงระดับความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อได้ ซึ่งโดยส่วนใหญ่เกษตรกรจะพักเพียง 1-2 ครั้งต่อวันเท่านั้น เนื่องจากสถานที่พักอยู่ค่อนข้างไกลจากพื้นที่ทำงาน และการเดินทางค่อนข้างลำบากจากความลาดชัน อันจะส่งผลต่อความเมื่อยล้ามากกว่าเดิมด้วย โดยตรงข้ามกับการศึกษาในพนักงานเย็บผ้าโหลที่พักน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งมีอาการปวดกล้ามเนื้อเป็น 0.30 เท่าของคนที่พักมากกว่า 5 ครั้ง⁽²⁵⁾ นอกจากนี้ระยะเวลาการพักในช่วงน้อยกว่าหรือมากกว่า 30 นาที ไม่มีความสัมพันธ์ต่ออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในกลุ่มชาวนาเช่นกัน⁽²⁰⁾

จากการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการยศาสตร์ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า เกษตรกรที่ทำงานบนพื้นที่สูงชันมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่ออาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ($OR_{Adj} = 9.89$) สนับสนุนโดยการศึกษาของ Shin และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าการยืนบนพื้นที่ลาดชันจะส่งผลต่อกล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนล่าง หัวเข่า และข้อเท้า หากมีการยกของเพิ่มด้วยจะมีผลต่อสะโพก และข้อสันหลังระดับเอว ซึ่งการยกของบนทางลาดชันขึ้นจะมีผลต่อข้อสันหลังที่ L5/S1 มากกว่าพื้นที่เรียบ ร้อยละ 6.8 และทางลาดชันลง ร้อยละ 10.0⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ผลการศึกษาระบุว่า เกษตรกรมีอาการผิดปกติสัมพันธ์กับส่วนของคอ ไหล่ หลังส่วนบน และข้อศอกกร่วมด้วยนั้น เนื่องจากในขั้นตอนของการปลูกและเก็บผัก ข้าวโพดต้องออกแรงยกไหล่ขึ้นสูง ก้ม-เงยศีรษะ แขนท่อนล่างกางออกมากกว่า 100 องศา และแขนท่อนบนกางออกมากกว่า 90 องศา⁽³³⁾ พร้อมกับการเคลื่อนไหวของร่างกายส่วนล่างตลอดเวลาบนที่ลาดชันขึ้นและลงเพื่อพยายามทรงตัว อีกทั้งต้องแบก ถือ หรือสะพายอุปกรณ์สำหรับทำการเกษตรไปด้วย จึงทำให้มีการเกร็งของอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างต่อเนื่อง สำหรับท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการผิดปกติเช่นกัน ($OR_{Adj} = 6.43$) สอดคล้องกับ Phajan และคณะ⁽³⁴⁾ พบว่าคนงานไร่่อ้อยที่มีท่าทางการทำงานไม่เหมาะสมมีอาการผิดปกติ 1.95 เท่า และพนักงานผลิตกากน้ำตาลมีอาการปวดหลังส่วนล่างและไหล่⁽¹⁹⁾ สนับสนุนจากการศึกษาในเกษตรกรสวนลำไยที่ปวดหลังเนื่องจากมีท่าทางที่เอนตัวไปข้างหน้า ($OR_{Adj} = 12.8$)⁽³⁵⁾ และท่าทางที่มีการหมุนบิดลำตัวในกลุ่มอาชีพอุตสาหกรรมสิ่งทอ⁽³⁵⁾ และยกไหล่และแขนขึ้นสูงในคนงานสวนผลไม้⁽³⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ของท่าทางที่ไม่เหมาะสมในบริเวณของคอ ไหล่ ข้อมือ และข้อศอกในเกษตรกรเก็บใบชา⁽¹⁵⁾ โดยลักษณะการทำงานคล้ายกับเกษตรกรปลูกข้าวโพดฝักอ่อนที่มีท่าทางโน้มตัวไปข้างหน้า เดินหรือเคลื่อนไหวไปมาในทุกขั้นตอน เช่น การก้มหยอดเมล็ดพันธุ์หรือใส่ปุ๋ยโคนต้น และการยกแขนเหนือศีรษะเพื่อเก็บผักข้าวโพดที่มีความสูง 190-210 เซนติเมตร และบิดเกร็งข้อมือ⁽¹⁴⁾ และการทำงานที่ต้อง

ออกแรงมาก มีความสัมพันธ์เชิงบวกเช่นกัน ($OR_{Adj} = 4.42$) เกิดอาการปวดเมื่อยบริเวณหลังส่วนล่าง ขา/เท้า คอ ไหล่ มือและข้อมือ ซึ่งสอดคล้องกับเกษตรกรประเทศเกาหลี⁽²³⁾ และคนงานไร่่อ้อยที่ต้องออกแรงยกลำอ้อยมีอาการผิดปกติถึง 2.78 เท่า⁽³⁴⁾ ในขณะที่ผู้ประกอบการอาชีพผลิตรูป⁽³⁸⁾ แหวน⁽³⁶⁾ ขนผลไม้⁽³⁹⁾ และไร่ข้าวโพด⁽¹⁷⁾ ก็พบความสัมพันธ์นี้เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากขั้นตอนการปลูกและการดูแลรักษา เกษตรกรต้องยกถุงบรรจุเมล็ดพันธุ์ ถุงปุ๋ยคอก น้ำหนัก 10 - 20 กิโลกรัม และขั้นตอนการเก็บเกี่ยวต้องสะพายตะกร้าที่เต็มไปด้วยข้าวโพดพาดไหล่ข้างใดข้างหนึ่งหรือยกกระสอบน้ำหนักประมาณ 20 กิโลกรัมด้วยมือและแขนทั้งสองข้างไปตามต้นข้าวโพด และยกพาดบนบ่าเดินไปตามแนวร่องลาดเอียงในพื้นที่จำกัดเพื่อแบกไปใส่รถเข็นเมื่อกระสอบบรรจุเต็มแล้ว^(14,33) ซึ่งพบว่าส่งผลให้เกิดอาการปวดเมื่อยบริเวณคอและเข่าเช่นเดียวกันในคนงานเก็บทะเลลายปาล์ม⁽⁴⁰⁾ ทั้งนี้การออกแรงทำงาน เช่น แรงดึงภายในกล้ามเนื้อหรือเอ็นจากการจับวัตถุ การผลักหรือดันวัตถุสิ่งของ รวมถึงการผลักหรือดันของนิ้วมือ และแรงกดเฉพาะที่ต่ออวัยวะส่วนบนจะมีผลกระทบต่อนอเยื่อที่อยู่ภายในของร่างกายและเกิดผลระยะยาวต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรเน้นการสื่อสารอาชีวสุขศึกษาด้านการยศาสตร์เพื่อสร้างความรู้ ความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานบนพื้นที่สูงและลาดชัน ท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้อง และการยกของหนักอย่างถูกวิธีให้เหมาะสมกับสภาพการทำงานโดยเฉพาะในกลุ่มเกษตรกรที่ไม่ได้เรียนหนังสือ โดยอาจจะบูรณาการให้บริการด้านสาธารณสุขของคลินิกอาชีวอนามัย เพื่อสร้างรูปแบบการให้บริการสุขภาพในบริบทพื้นที่สูงและลาดชัน และควรประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของลักษณะงานเกษตรกรรมที่มีท่าทางไม่ซ้ำซาก (Non-repetitive work) โดยพิจารณาการใช้อุปกรณ์และการขนย้ายร่วมกับกิจกรรมการทำงานจากแบบประเมิน PATH (Posture, Activity, Tools and Handling) ในทุก

ขั้นตอนของการเพาะปลูกข้าวโพด ตลอดจนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรมลดความเสี่ยงของอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อสำหรับกลุ่มชนชาติพันธุ์ และการออกแบบเครื่องมืออุปกรณ์ช่วย (Ergonomics tools) ทางการเกษตรที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถพล แก้วนวล, บรรพต โลหะพูนตระกูล, กลางเดือน โพชนา. ความชุกของความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในอาชีพต่าง ๆ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 12: 53-64.
2. Holmberg S, Stiernstrom EL, Thelin A, Svardsudd K. Musculoskeletal symptoms among farmers and non-farmers: a population-based study. *Int J Occup and Environ Health*. 2002; 8 :339-45.
3. Holmberg S, Thelin A, Stiernstrom E, Svardsudd K. The impact of physical work exposure on musculoskeletal symptoms among farmers and rural non-farmers. *Ann Agr Environ Med* 2003; 10:179-84.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2560.
5. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม; 2559.
6. น้ำเงิน จันทรมณี. ความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของอาชีพแรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรรม อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2560; 11: 112-23.
7. Jo H, Baek S, Park H-W, Lee S-A, Moon J, Yang JE, et al. Farmers' cohort for agricultural work-related musculoskeletal disorders (FARM study: study design, methods, and baseline characteristics of enrolled subjects. *J Epidemiol* 2016; 26 :50-6.
8. Apidechkul K, Wongnuch P, Sittisarn S, Ruanjai T. Health situation of Akha Hill Tribe in Chiang Rai Province, Thailand. *J Public Health Dev* 2016; 14 :77-97.
9. ดร. ฤทธิ พงษ์บุตร. เอกสารประกอบการสอน รายวิชา ฟิสิกส์เศรษฐกิจ. คณะเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี; 2560.
10. Shin G, Mirka G. The effects of a sloped ground surface on trunk kinematics and L5/S1 moment during lifting. *Ergonomics* 2004; 47: 646-59.
11. Reiser RF, Dalton EA. Effect of floor slope and load carriage on standing posture. *Biomedical Sciences Instrumentation* 2005; 41: 25-30.
12. ประกาศิต ทอนช่วย, เกษแก้ว เสี่ยงเพราะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของเกษตรกรเก็บเกี่ยวจังหวัดพะเยา. วารสารสุศึกษา 2562; 42: 119-34.
13. ขวพวรรณ จันทร์ประสิทธิ์, วรรณธรรมา จรุงโรจน์สกุล, ธาณี แก้วธรรมานุกุล, อนนท์ วิสุทธินานนท์, วิไลพรรณ ใจวิไล. สถานการณ์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมของกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพด. พยาบาลสาร 2562; 46 : 5-17.
14. อนุรักษ์ ชุ่มธิ, วีระพร ศุทธาภรณ์, วันเพ็ญ ทรงคำ. ภาระงานทางกายและอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของเกษตรกรปลูกข้าวโพดฝักอ่อน. พยาบาลสาร 2560; 44: 127-37.
15. พรพิริมย์ ทศนาวงค์, วิโรจน์ จันทร, จุฑารัตน์ รักประสิทธิ์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในเกษตรกรเก็บใบชา ตำบลเทอดไทย อำเภอมะพือหลวง จังหวัดเชียงราย. ศรีนครินทร์เวชสาร 2561; 33: 457-64.
16. กลุ่มสถิติแรงงาน กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2560.

17. กัตติขานูช สมนา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของเกษตรกรปลูกข้าวโพด ตำบลศรีวิชัย อำเภอสี จังหวัดลำพูน [การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
18. อนิรุจน์ มะโนธรรม. การศึกษาแนวทางการการยศาสตร์ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบโครงร่าง กระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ จังหวัดลำปาง. วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม 2561; 17: 95-103.
19. Biswas G, Bhattacharya A, Bhattacharya R. Work-related musculoskeletal disorders: A case study among male molasses workers in Nadia district of West Bengal, India. *Int J Med Sci Public Health* 2017; 6: 1706-12.
20. Luangwilai T, Norkaew S, Siriwong W. Factors associated with musculoskeletal disorders among rice farmers: cross sectional study in Tarnlalord Sub-District, Phimai District, Nakhonratchasima Province, Thailand. *J Health Res* 2014; 28: 85-91.
21. Karukunchit U, Puntumetakul R, Swangnetr M, Boucaut R. Prevalence and risk factor analysis of lower extremity abnormal alignment characteristics among rice farmers. *Patient preference and adherence* 2015; 9: 785-95.
22. พิรพงษ์ จันทราเทพ, สุนิสา ชายเกลี้ยง. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในพนักงานเก็บขนขยะขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองบัวลำพู. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2554; 4: 49-58.
23. Min D, Baek S, Park HW, Lee SA, Moon J, Yang JE, et al. Prevalence and characteristics of musculoskeletal pain in Korean farmers. *Ann Rehabil Med* 2016; 40: 1-13.
24. Paul S, Mitra K, Chakrabarty A, Das DK. Prevalence of musculoskeletal disorders and its Correlates among agricultural workers in Bhatar Block of Purba Bardhaman District, West Bengal. *Journal of Dental and Medical Sciences* 2019; 18: 22-8.
25. จันจิรา ทิพวัจ, กาญจนา นาคะพินธุ์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มอาชีพเย็บผ้าโหล ตำบลน้ำโมง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559; 23: 46-61.
26. สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอแม่จัน. รายงานประจำปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงราย: สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอแม่จัน; 2560.
27. สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย. รายงานสถิติจังหวัดเชียงราย. เชียงราย: สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงราย; 2560.
28. ละเอียด ศิลาน้อย. การใช้สูตรทางสถิติ (ที่ถูกต้อง) ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัยเชิงปริมาณในทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ 2560; 12: 50-61.
29. Kuorinka I, Jonsso B, Kibom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F, Andersson G, Jorgensen K. Standardised nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *App Ergon* 1987; 18: 233-7.
30. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: Wiley; 2000.
31. Manothum A, Arphorn S. Study of ergonomic risks of maize farmers in Lampang, Thailand. *The J Ind Tech* 2018; 14:73-81.
32. สุนิสา ชายเกลี้ยง, รัชติญา นิธิธรรมธาดา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดคอ ไหล่ หลังของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2559; 46: 42-56.

33. AL-Bashaireh AM, Haddad LG, Weaver M, Kelly DL, Chengguo X, Yoon S. The effect of tobacco smoking on musculoskeletal health: A systematic review. *J Environ Public Health*. 2018;1-106.
34. Phajan T, Nilvarangkul K, Settheetham D, Laohasiriwong W. Work-related musculoskeletal disorders among sugarcane farmers in North-Eastern Thailand. *Asia Pac J Public Health*. 2014; 26:320-7.
35. ลิริโชค ปะที, สายหยุด มูลเพชร, พิศักดิ์ ชินชัย. พฤติกรรมเสี่ยงต่ออาการปวดหลังของเกษตรกรชาวสวนลำไยที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลบ้านโสม จังหวัดลำพูน. *ลำปางเวชสาร* 2560; 38: 59-68
36. Thetkathuek A, Meepradit P, Sa-ngiamsak T. A cross-sectional study of musculoskeletal symptoms and risk factors in Cambodian fruit farm workers in eastern region, Thailand. *Safety and Health at Work*. 2018; 9:192-202.
37. อีสริย์รัช สืบศรี, มณฑนา ดำรงค์ศักดิ์, อีรนุช ห่านิตติชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บโครงร่างกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในผู้ประกอบอาชีพผลิตรูป. *พยาบาลสาร* 2556; 40: 108-19.
38. เพชรรัตน์ แก้วดวงดี, รุ่งทิพย์ พันธเมธากุล, วัฒนา ศิริธราธิวัตร, ยอดชาย บุญประกอบ, สาวิตร์วันเพ็ญ, ภาณี ฤทธิมาก, ยุพา ถาวรพิทักษ์. ความชุกและปัจจัยด้านท่าทางการทำงานที่สัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มอาชีพอุตสาหกรรมสิ่งทอ (แหวน) จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2554; 26: 317-24.
39. ญัฐพร ประดิษฐ์พจน์, สันตณี เครือขอนแก่น, กาญจนา ควรพึ้ง, นริฐ ปัญญาศักดิ์, สุชาติ ทองอาจ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพนักงานขนผลไม้ จังหวัดปทุมธานี. *ธรรมศาสตร์เวชสาร* 2560; 17: 60-8.
40. Ng YG, Mohd Tamrin SB, Mohd Yusoff IS, Hashim Z, Deros BM, Abu Bakar S, How V. Risk factors of musculoskeletal disorders among oil palm fruit harvesters during early harvesting stage. *Ann Agr Environ Med* 2015; 22: 285-91.

คุณภาพระบบเฝ้าระวังของการรายงานอาการภายหลังสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) พื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

Quality of Adverse Events Following Immunization (AEFI) Surveillance under Accountability of the Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen

วนิดา สายรัตน์ ส.ม. (วิทยาการระบาด)*

Vanida Sayrut M.P.H. (Epidemiology)*

พรนภา สุกรเวทย์ศิริ ป.ด. (วิทยาการระบาด)**

Pornnapa Sugaravetsiri Ph.D. (Epidemiology)**

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

*The Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received: April 1, 2019

Revised: April 30, 2019

Accepted: April 30, 2019

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาคุณภาพระบบรายงาน AEFI ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากบัตรรายงาน 506 และแบบรายงาน AEFI1 เปรียบเทียบกับเวชระเบียนของผู้ป่วย AEFI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 30 กันยายน 2560 จำนวน 242 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ทบพบเวชระเบียนทั้งหมดจำนวน 7,314 ราย มีผู้ป่วยที่เข้าตามนิยาม AEFI ทั้งหมด 242 ราย (ร้อยละ 3.3) ทั้งนี้ผู้ป่วยถูกรายงานเข้าระบบเฝ้าระวัง รง.506 จำนวน 74/242 ราย มีความครบถ้วนของการรายงาน ร้อยละ 30.6 รายงานถูกต้องตามนิยามทุกราย (74/74 ราย) ตัวแปรที่สำคัญรายงานได้ถูกต้อง ได้แก่ เชื้อชาติ ถูกต้องร้อยละ 100 เพศ และ อายุ ร้อยละ 97.3 ส่วนตัวแปรที่มีความถูกต้องของข้อมูลค่อนข้างน้อย ได้แก่ ผลการรักษา ร้อยละ 43.2 การวินิจฉัย ร้อยละ 68.9 และวันเริ่มป่วย ร้อยละ 75.7 เมื่อพิจารณาความทันเวลาในการรายงานพบว่า ส่วนใหญ่ส่งทันเวลาภายใน 3 วัน จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 75.7) ส่งภายใน 4-7 วัน จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 22.9) และมากกว่า 7 วัน จำนวน 1 ราย ร้อยละ 1.4

สรุปผลการศึกษา ความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยในรายงาน 506 อยู่ในระดับต่ำ ส่วนรายงาน AEFI1 อยู่ในระดับดี ดังนั้นควรมีการติดตามให้มีการรายงาน AEFI ทั้งรายงาน 506 และรายงาน AEFI1 ให้ตรงกัน รวมถึงพัฒนารฐานข้อมูลให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลของเวชระเบียนในโรงพยาบาลและข้อมูลการเฝ้าระวังโรคในรายงาน AEFI1 เพื่อเพิ่มความถูกต้องและประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง AEFI ได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: อาการภายหลังสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, รง.506, รายงาน AEFI1

Abstract

This cross-sectional descriptive study aims to investigate the quality of adverse events following immunization (AEFI) surveillance under the accountability of the office of disease prevention and control 7th Khon Kaen. The retrospective R506 and AEFI1 data of 242 participants from October 1, 2014 – September 30, 2017, were collected by authors. We compare the R506 and AEFI1 data with AEFI1 medical records at the hospital under the accountability of the office of disease prevention and control 7th Khon Kaen. Descriptive statistics were used for analyzing.

Our results showed that we reviewed the medical records of 7,314 cases. The probable with AEFI cases were 242 cases (3.3%). The 74/242 AEFI cases were reported in the R506 system. The data completeness of R506 reports was 30.6. All of AEFI patients were validity based on AEFI definition. The most data with main variables were correct reported including race (100%), gender, and age (97.3%). However, the variables of treatment outcomes (43.2%), diagnosis results (68.9%), and start illness date (75.7%) were an incomplete record. In consideration of timeliness, we found that the AEFI patients were reported within 3 days 56 cases (75.7%), within 4–7 days 17 cases (22.9%), and only one case was reported more than 7 days (1.4%).

In conclusion, the data completeness of R506 was poor but AEFI reporting was good, therefore, we should be followed by a monitoring program to ensure adherence to both AEFI1 and R506 systems. Moreover, we should be developing surveillance databases which can be linked medical record data at the hospital and AEFI data, which lead to greater validity and better efficiency on AEFI surveillance.

Keywords: Adverse Events Following Immunization, R506, AEFI1 report

บทนำ

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นกระบวนการสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้เกิดขึ้นในร่างกาย ซึ่งในปัจจุบันมีการพัฒนาวัคซีนให้มีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัยในระดับที่สูงโดยนำโปรแกรม EPI (Expanded Program on Immunization) ซึ่งเป็นโปรแกรมวัคซีนพื้นฐานที่ประเทศไทยกำหนดให้ฉีดในเด็กแรกเกิดถึง 12 ปี บริการวัคซีน 8 ชนิดอย่างเป็นระบบมากขึ้นเพื่อป้องกัน 10 โรค ได้แก่ วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม ตับอักเสบบี และไข้มองอักเสบเจอี⁽¹⁾ แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภายหลังได้รับวัคซีนอาจพบอัตราการรายงานอาการภายหลังการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคประมาณ 8.3–10.8 ต่อ 100,000 doses^(2–4) ส่วนอัตราการรายงานอาการภายหลังการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศไทยพบ

ประมาณ 6.11 ต่อ 100,000 doses โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีส่วนของการรายงานผู้ป่วยมากที่สุดร้อยละ 34.2 (255 ราย) ซึ่งภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอาจพบอาการไม่พึงประสงค์เพียงเล็กน้อย^(3–5) เช่น ปวด บวม แดง มีไข้ เป็นต้น⁽⁶⁾ จนกระทั่งเสียชีวิตได้⁽³⁾ ดังนั้น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงมีระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Events Following Immunization: AEFI) เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของอาการ AEFI อย่างเป็นระบบ และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพระบบการให้บริการวัคซีนตรวจสอบคุณภาพวัคซีนและระบบเฝ้าระวัง AEFI ได้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาคุณภาพการรายงานอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) ที่ผ่านมาพบว่า สัดส่วนการรายงานในระบบเฝ้าระวังรายงาน 506 และการสอบสวนโรคตาม

แบบสอบสวนโรค AEFI1 ไม่สอดคล้องกัน⁽⁷⁾ ทำให้ข้อมูลไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ซึ่งจะนำไปสู่การวิเคราะห์ แปลผล สถานการณ์ AEFI ไม่ตรงกับความเป็นจริง ส่งผลให้การรายงานสถานการณ์อาจคลาดเคลื่อนและมีความผิดพลาดเกิดขึ้น ทำให้การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนดำเนินการเฝ้าระวัง และมาตรการป้องกันแก้ไข ปัญหาไม่ถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง นอกจากนี้โรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นยังไม่เคยได้รับการประเมินและติดตามคุณภาพระบบเฝ้าระวังของการรายงานอาการภายหลังสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพของระบบการรายงาน AEFI ในประเด็นความครบถ้วน ความทันเวลา และคุณภาพของข้อมูล ได้แก่ ความครบถ้วน ความถูกต้องของตัวแปร การรายงาน AEFI ในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการนำไปพัฒนาปรับปรุงระบบรายงาน AEFI ในพื้นที่ ให้มีคุณภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพระบบรายงาน AEFI ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยเก็บข้อมูลระดับทุติยภูมิ ย้อนหลังจากบัตรรายงาน 506 และแบบรายงาน AEFI1 เปรียบเทียบกับเวชระเบียนของผู้ป่วย AEFI ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (สคร.ที่ 7 จังหวัดขอนแก่น) ในปีงบประมาณ 2558-2560 จากข้อมูล 2 แหล่งคือ บัตรรายงาน 506 ของผู้ป่วย AEFI รหัส 78 ในโปรแกรมเฝ้าระวังทางระบาด

วิทยา (R506) แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายการอาการ AEFI (AEFI1) และข้อมูลที่ได้จากการค้นหาประวัติผู้ป่วยจากรหัส ICD-10 โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในพื้นที่รับผิดชอบของสคร.ที่ 7 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ โดยทำการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย AEFI ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลขนาดใหญ่/โรงพยาบาลขนาดเล็ก ในแต่ละจังหวัด รวมจังหวัดละ 2 โรงพยาบาล รวมทั้งหมด 8 โรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วย AEFI ทั้งหมดที่ถูกรายงานในระบบรายงาน R506 รหัส 78 แบบสรุปข้อมูล

ผู้ป่วยเฉพาะรายการอาการ AEFI1 และแบบสอบสวนอาการ AEFI (AEFI2) ของสคร.ที่ 7 จังหวัดขอนแก่นในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 - 30 กันยายน พ.ศ. 2560

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยตาม ICD-10 ที่แพทย์วินิจฉัยเป็น AEFI หรือ ผู้ป่วยที่เข้าข่ายตามนิยามการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ซึ่งได้จากการค้นหาตาม ICD-10 ในโปรแกรมเวชระเบียนของโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่รับผิดชอบของสคร.ที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 - 30 กันยายน พ.ศ. 2560 จำนวน 242 ราย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

- เกณฑ์คัดเข้า

1. อาการ AEFI ที่เข้าได้กับรหัส ICD-10 ที่ต้องรายงาน 506 ของผู้ป่วย ได้แก่ รหัส T88.0 (Infection following immunization; Sepsis following immunization) รหัส T88.1 (Other complication following immunization, not elsewhere classified; rash following immunization) รหัส M02.2 (Post immunization arthropathy) รหัส T 80.5 (Anaphylactic shock due to serum) รหัส T80.6 (Other serum reaction) รหัส G82 G82.0 G82.3 (Acute Flaccid Paralysis) และรหัส G61.0 (Guillain-Barre syndrome)

2. รหัส ICD-10 ของวัคซีนตามแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระบบปกติวัคซีนอื่น ๆ ที่อาจให้เสริมหรือทดแทน ซึ่งจะทำให้การสุ่มผู้ที่มีรหัสดังต่อไปนี้ มาทบทวนเพื่อดูอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่เข้าได้ตามนิยามที่กำหนด ได้แก่ รหัส Z23.2 (BCG vaccine) รหัส Z24.6 (HB vaccine) รหัส Z24.0 (OPV vaccine) รหัส Z27.1 (DTP vaccine) รหัส Z27.1, Z24.6 (DTP -HB vaccine) รหัส Z27.4 (Measles / MMR vaccine) รหัส Z24.1 (JE vaccine) รหัส Z23.5 (TT / dT vaccine) รหัส Z23.6 (Td vaccine) รหัส Z25.1 (Influenza vaccine) และรหัส Z24.2 (Rabies vaccine)

3. ผู้ป่วย AEFI ที่แพทย์วินิจฉัย หรือผู้ป่วยที่เข้าตามนิยามเฝ้าระวังซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ นิยามที่ 1 ผู้ที่มีอาการหรือมีความผิดปกติที่เกิดขึ้นดังต่อไปนี้ ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคครั้งสุดท้ายภายใน 4 สัปดาห์ ได้แก่ เสียชีวิตโดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน อาการทางระบบประสาททุกชนิด เช่น ชัก กล้ามเนื้ออ่อนแรง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น มีอาการแพ้รุนแรง เช่น Anaphylaxis, Severe allergic reaction เป็นต้น มีอาการติดเชื้อในกระแสโลหิต มีอาการไข้สูงและบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดมากกว่า 3 วัน หรือมีภาวะหรือเหตุการณ์อื่น ๆ ที่สงสัยว่าอาจเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับไวรัลในโรงพยาบาลหรือพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน หรืออาการที่ไม่รุนแรง เช่น ผื่น ผื่นดำแดงที่ฉีดวัคซีน เป็นต้น และนิยามที่ 2 ใช้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์ได้แก่ AEFI หรือ R/O AEFI

- เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่ไม่มีการบันทึกข้อมูลหรือไม่ครบถ้วนหรือหาข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนไม่พบ

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วย AEFI ที่แพทย์วินิจฉัย หรือผู้ป่วยที่เข้าตามนิยามเฝ้าระวัง ที่ส่งเข้ามารับการรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสคร.ที่ 7 จังหวัดขอนแก่น จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบคัดลอกข้อมูลผู้มีอาการ AEFI และชุดที่ 2 แบบสรุปข้อมูลการประเมินระบบเฝ้าระวัง AEFI รายโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน การดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE611100 วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2561

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ใช้รายงานผู้ป่วยอาการ AEFI ที่เข้าข่ายตามนิยามการเฝ้าระวังและการวินิจฉัยของแพทย์จากการค้นหาประวัติการมารับบริการของผู้ป่วยปีงบประมาณ 2558-2560 ในรายงานเวชระเบียนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามรหัส ICD-10 จากนั้นจะคัดเลือกผู้ป่วยตามเงื่อนไขที่เข้าข่ายตามนิยามของ AEFI หรือที่แพทย์วินิจฉัย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาในครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบคัดลอกที่สร้างขึ้น เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลในรายงาน 506 และแบบรายงาน AEFI1 และศึกษาคุณภาพระบบรายงาน AEFI

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA Version 10 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้สถิติพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย AEFI นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ กรณีที่ตัวแปรเป็นข้อมูลแบบกลุ่ม และรายงานค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด กรณีข้อมูลเป็นแบบต่อเนื่อง และวิเคราะห์ความครบถ้วนของการรายงาน (Completeness) ค่าพยากรณ์บวก (Positive predictive value) ความทันเวลา (Timeliness) และคุณภาพของข้อมูล (Data quality) AEFI นำเสนอการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย AEFI

จากการทบทวนข้อมูล จำนวน 7,314 ราย พบว่ามีการรายงานผู้ป่วยตามนิยาม AEFI จำนวน 242 ราย พบผู้เสียชีวิต 1 ราย ในจำนวน 242 ราย จำแนกเป็นเพศหญิงร้อยละ 52.5 เพศชาย ร้อยละ 47.5 อายุอยู่ระหว่างต่ำกว่า 1 ปี ถึง 36 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 4 ปี 3 เดือน ระยะเวลาก่อเกิดอาการหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันสูงสุดคือต่ำกว่า 1 วัน คิดเป็นร้อยละ 35.1 ระยะเวลาลดเฉลี่ย 6.4 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่ร้ายแรง (Non-Serious) คิดเป็นร้อยละ 62.0 เมื่อพิจารณาประเภทยาเหตุการณ์เกิดอาการ AEFI พบว่าส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับวัคซีน (Very likely) 103 ราย ร้อยละ 42.6 รองลงมาคือไม่สามารถระบุสาเหตุได้ (Unclassifiable) 59 ราย ร้อยละ

24.4 และน่าจะหรืออาจจะเกี่ยวข้องกับวัคซีน (Possible) 48 ราย ร้อยละ 19.8 กรณีผู้เสียชีวิต 1 ราย คณะผู้เชี่ยวชาญกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ประเมินและสรุปสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย พบว่าไม่เกี่ยวข้องกับวัคซีน ผู้ที่มีอาการ AEFI เมื่อได้รับการรักษาส่วนใหญ่หายป่วย คิดเป็นร้อยละ 80.6 (ตารางที่ 1) รหัสที่พบผู้ป่วยเข้านิยามสูงสุดคือ R509 ใช้ไม่ทราบสาเหตุ 74 ราย (ไม่นำเสนอข้อมูล) อาการแสดงที่พบเมื่อจำแนกรายวัคซีนพบอาการไข้ สูงสุดในวัคซีน dT ร้อยละ 100.0 อาการปวดบวมในวัคซีน BCG และวัคซีนชนิดอื่น ๆ (HPV และ ERIG) ร้อยละ 25.0 อาการแพ้รุนแรง (ความดัน/การหายใจ/ชีพจรผิดปกติ) ในวัคซีน BCG ร้อยละ 75.0 (ไม่นำเสนอข้อมูล) วัคซีน OPV พบผู้มีอาการ AEFI สูงสุด ร้อยละ 43.8

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย AEFI ที่มีอาการเข้าได้ตามนิยาม (n=242)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	127	52.5
ชาย	115	47.5
อายุ (ปี) Mean ± SD: 4.3±11.6		
ต่ำกว่า 1	121	50.0
1 - 5	91	37.6
6 - 10	5	2.1
11 - 15	3	1.2
16 - 20	4	1.7
21 - 25	3	1.2
26 - 30	0	0.0
31 - 35	2	0.8
36 ปีขึ้นไป	13	5.6

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย AEFI ที่มีอาการเข้าได้ตามนิยาม (n=242) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเกิดอาการหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน (วัน) Mean±SD: 6.4±7.8		
ต่ำกว่า 1	85	35.1
1 – 7	60	24.8
8 – 14	36	14.9
15 – 21	23	9.5
22 – 28	18	6.6
ไม่ทราบ	22	9.1
ระดับความรุนแรง		
ไม่ร้ายแรง (Non-Serious)	150	62.0
ร้ายแรง (Serious)	69	28.5
ร้ายแรง (Serious) เสียชีวิต	1	0.4
ไม่ทราบ (Unknown)	22	9.1
สรุปสาเหตุ		
Very like วัคซีน	103	42.6
Unclassifiable	59	24.4
Possible วัคซีน	48	19.8
Insufficient data	22	9.1
Probable วัคซีน	7	2.9
Very like บริหารจัดการวัคซีน	3	1.2
ผลการรักษา		
หาย	195	80.6
ส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น	28	11.6
อยู่ระหว่างการรักษา	17	7.0
ตาย	2	0.8

2. คุณภาพระบบรายงานผู้ป่วย AEFI

2.1 ความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วย AEFI จากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยเข้านิยาม AEFI จำนวน 242 ราย ได้รับการรายงานเข้าสู่ระบบรายงาน 506 ทั้งหมด 74 ราย คิดเป็นร้อยละความครบถ้วนของการรายงาน ร้อยละ 30.6 (Sensitivity) และค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value) พบว่ามีความแม่นยำในการรายงาน ร้อยละ 100.0 (ตารางที่ 2) ผู้ป่วยที่มีอาการเข้า

ได้ตามนิยามแต่ไม่ถูกรายงาน จำนวน 168 ราย ร้อยละ 68.4 ในจำนวนผู้ป่วย 74 ราย ที่ถูกรายงานในระบบ พบว่ามีรายงาน 506 และแบบสอบสวนโรค AEFI1 ร้อยละ 52.7 (39 ราย) มีรายงาน 506 แต่ไม่มีการสอบสวนโรค AEFI 1 ร้อยละ 47.3 (35 ราย) โรงพยาบาลที่มีความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วย AEFI สูงสุดคือ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ร้อยละ 70.3 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ร้อยละความครบถ้วนของการรายงาน (Sensitivity) และค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value) ผู้ป่วย AEFI ในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2560

การรายงาน ในระบบ รง.506	ทบทวนเวชระเบียน		รวม
	เข้านิยาม	ไม่เข้านิยาม	
รายงาน	(A) 74	(B) 0	74
ไม่รายงาน	(C) 168	(D) 7,072	7,240
รวม	242	7,072	7,314

Sensitivity = $(A/A+C) \times 100 = (74/242) \times 100 = 30.6\%$; 95%CI (24.8-36.8)

PPV (Positive Predictive Value) = $A/A+B \times 100 = (74/74) \times 100 = 100\%$, 95%CI (95.1-100.0)

ตารางที่ 3 ร้อยละของความครบถ้วน (Completeness) และค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value) ผู้ป่วย AEFI ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2560 จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	(%) Sensitivity	Positive Predictive Value (%)
ขอนแก่น	โรงพยาบาลศูนย์	56.4	100
ศรีนครินทร์	โรงพยาบาลศูนย์	8.3	100
ร้อยเอ็ด	โรงพยาบาลศูนย์	70.3	100
เสลภูมิ	โรงพยาบาลชุมชน	30.4	100
กาฬสินธุ์	โรงพยาบาลทั่วไป	0.0	N/A
ยางตลาด	โรงพยาบาลชุมชน	0.0	N/A
มหาสารคาม	โรงพยาบาลทั่วไป	47.4	100
โกสุมพิสัย	โรงพยาบาลชุมชน	0.0	N/A

2.2 ความทันเวลาในการรายงานผู้ป่วย AEFI
จากการศึกษาความทันเวลาของการรายงานเข้าสู่ระบบ รง.506 และ AEFI1 จากจำนวนผู้ป่วยที่มีการรายงานเข้าสู่ระบบจำนวน 74 ราย พบว่ามีความทันเวลา ระหว่าง 0-3 วัน คิดเป็นร้อยละ 75.7 ระหว่าง 4-7 วัน ร้อยละ 22.9 และรายงานใช้เวลามากกว่า 7 วันขึ้นไป ร้อยละ 1.4

เมื่อจำแนกรายโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลที่มีการรายงานทันเวลาระหว่าง 0-3 วัน สูงสุดคือโรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ร้อยละ 100.0 รองลงมาคือโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ร้อยละ 96.6 การรายงานทันเวลาในช่วงระหว่าง 4-7 วัน สูงสุดคือโรงพยาบาลมหาสารคาม ร้อยละ 94.4 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ความทันเวลาในการรายงานผู้ป่วย AEFI เข้าสู่ระบบรายงาน 506 จำแนกตามโรงพยาบาลที่ศึกษา ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย ใน รง.506 และ AEFI1	ความทันเวลาของการรายงานเข้าสู่ระบบ รง.506 และ AEFI1					
		0 – 3 วัน		4 – 7 วัน		> 7 วัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขอนแก่น	22	22	100.0	0	0	0	0
ศรีนครินทร์	1	1	100.0	0	0	0	0
ร้อยเอ็ด	26	25	96.2	0	0	1	3.8
เสลภูมิ	7	7	10.0	0	0	0	0
กาฬสินธุ์	0	0	0	0	0	0	0
ยางตลาด	0	0	0	0	0	0	0
มหาสารคาม	18	1	5.6	17	94.4	0	0
โกสุมพิสัย	0	0	0	0	0	0	0
รวม	74	56	75.7	17	22.9	1	1.4

2.3 ความครบถ้วนของตัวแปรที่รายงาน จากการทบทวนแบบรายงาน 506 พบว่า มีการรายงานตามตัวแปรที่ต้องรายงานครบถ้วนทุกตัวแปร ร้อยละ 100.0 เมื่อพิจารณาความถูกต้องของแต่ละตัวแปร (ตารางที่ 5) พบว่าตัวแปรเชื้อชาติ มีการรายงานถูกต้อง ร้อยละ 100.0

(74 ราย) ตัวแปรเพศและอายุ มีความถูกต้อง ร้อยละ 97.3 (72 ราย) ประเภทผู้ป่วยและวันที่พบผู้ป่วย ร้อยละ 94.6 (70 ราย) ที่อยู่ถูกต้อง ร้อยละ 86.5 (64 ราย) วันเริ่มป่วย ร้อยละ 75.7 (56 ราย) การวินิจฉัย ร้อยละ 68.9 (51 ราย) และผลการรักษา ร้อยละ 43.2

ตารางที่ 5 ร้อยละความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลในรายงาน 506 และรายงาน AEFI1 จำแนกตามตัวแปรที่รายงาน
ปีงบประมาณ 2558-2560 (n = 74)

ตัวแปร	ความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลในรายงาน 506	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เชื้อชาติ	74	100.0
2. เพศ	72	97.3
3. อายุ	72	97.3
4. ประเภทผู้ป่วย	70	94.6
5. วันที่พบผู้ป่วย	70	94.6
6. ที่อยู่	64	86.5
7. วันเริ่มป่วย	56	75.7
8. การวินิจฉัย	51	68.9
9. ผลการรักษา	32	43.2

อภิปรายผลการวิจัย

จากการทบทวนเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วย พบว่า มีการรายงานผู้ป่วยตามนิยาม AEFI จำนวน 242 ราย มีระยะเวลาการเกิดอาการหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันสูงสุดเฉลี่ย 6.4 ± 7.8 วัน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่ร้ายแรง เมื่อประเมินสาเหตุการเกิดอาการ AEFI ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับวัคซีน ร้อยละ 42.6 (103 ราย) โดยรหัสที่พบผู้ป่วยเข้านิยามสูงสุดคือ R509 ไข้ไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 74 ราย เมื่อพิจารณาอาการแสดงที่พบจำแนกรายวัคซีน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีน dT ทุกรายจะมีอาการไข้ พบอาการปวดบวมในผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีน BCG และวัคซีนชนิดอื่น ๆ (HPV และ ERIG) ร้อยละ 25.0 มีอาการแพ้รุนแรง เช่น ความดัน และ/หรือการหายใจ และ/หรือชีพจรผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีน BCG ร้อยละ 75.0 และผู้ที่ได้รับวัคซีน OPV พบผู้ป่วยมีอาการ AEFI สูงสุดถึง ร้อยละ 43.8 นอกจากนี้แล้วยังพบผู้เสียชีวิต 1 ราย แต่คณะผู้เชี่ยวชาญกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ประเมินและสรุปสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยแล้วไม่เกี่ยวข้องกับวัคซีน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา

พบว่าผู้ป่วย AEFI ส่วนใหญ่มีอาการไม่ร้ายแรง^(3, 5, 8) เมื่อประเมินสาเหตุโดยคณะผู้เชี่ยวชาญพิจารณาอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแล้ว พบว่าส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับวัคซีน 324 ราย (ร้อยละ 77.0) เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการวัคซีน 8 ราย (ร้อยละ 2.0) สำหรับกรณีเสียชีวิต 20 ราย เมื่อประเมินสาเหตุโดยคณะผู้เชี่ยวชาญแล้วพบว่าไม่เกี่ยวข้องกับวัคซีน^(5, 8, 9)

ความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วย AEFI จากการประเมินระบบเฝ้าระวัง AEFI ในการศึกษาพบว่า ความครบถ้วนหรือความไวของการรายงานค่อนข้างต่ำเท่ากับ ร้อยละ 30.58 (ความครบถ้วนอยู่ระหว่างร้อยละ 8.33-70.27) ทั้งนี้เนื่องจากอาจเกิดจากผู้ปฏิบัติงานไม่เข้าใจหรือไม่ทราบนิยามผู้ป่วยที่ต้องรายงาน ไม่ทราบระบบรายงาน การตั้งใจไม่รายงานหรือรายงานเฉพาะอาการรุนแรงและไม่เชื่อมั่นไม่แน่ใจในการรายงานเพราะกลัวว่าอาการที่พบไม่เกี่ยวกับ AEFI ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัญหาในระบบเฝ้าระวัง AEFI คือมีรายงานพบผู้ป่วย AEFI จากรายงาน 506 แต่ไม่มีการสอบสวนเบื้องต้นด้วย AEFI 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการสอบสวนร้อยละ 64.3 มีการรายงานผู้ป่วย AEFI ร้อยละ

47.5 ที่ไม่ระบุชนิดของวัคซีน จึงไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังได้⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามค่าพยากรณ์บวกสูงถึง ร้อยละ 100.0 เนื่องจากผู้รับผิดชอบงานจะรายงานผู้ป่วย AEFI เข้าสู่ระบบ รง.506 เฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจน และมีประวัติการได้รับวัคซีนที่ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าค่าความไวในการรายงานหรือความครบถ้วนร้อยละ 14.3⁽¹⁰⁾ และความครบถ้วนของการรายงาน 506 ร้อยละ 12.2⁽⁷⁾ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ตามนิยามแต่ไม่ถูกรายงานสูงถึงร้อยละ 68.4 (168 ราย) และผู้ป่วย AEFI ถูกรายงานในรายงาน 506 และแบบสอบสวนโรค AEFI1 ร้อยละ 52.7 (39/74 ราย) และมีเฉพาะรายงาน 506 แต่ไม่มีการสอบสวนโรค AEFI 1 ร้อยละ 47.3 (35/74 ราย)

ความทันเวลาในการรายงานผู้ป่วย AEFI จากการศึกษาความทันเวลาของการรายงานเข้าสู่ระบบ รง.506 และ AEFI1 พบว่ามีความทันเวลาส่วนใหญ่ผู้ป่วย AEFI ได้รับการรายงานภายใน 3 วัน มีเพียงผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับการรายงานมากกว่า 7 วัน ทั้งนี้โรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลศรีนครินทร์ สามารถรายงานผู้ป่วยทุกรายได้ทันเวลาภายใน 3 วัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความทันเวลาของการรายงาน 506 ร้อยละ 73.9 รายงาน AEFI1 ร้อยละ 91.0 และดำเนินการสอบสวนโรคได้ทันเวลาภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 96.6⁽⁷⁾ เนื่องจากภายหลังจากพบผู้มีอาการ AEFI หน่วยบริการทุกหน่วยจะต้องรายงานในระบบเฝ้าระวัง รง.506 ภายใน 3 วัน รายงานผู้ป่วย AEFI1 ภายใน 48 ชั่วโมง และสอบสวนโรคภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการสอบสวน AEFI ที่ผ่านมาพบว่า เมื่อพบผู้ป่วย AEFI1 รายที่ได้รับการวินิจฉัย และได้รายงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ทันเวลาภายใน 24 ชั่วโมง (ไม่เกิน 3 วัน) จะสามารถลงดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่ได้ภายใน 24-48 ชั่วโมง⁽¹⁰⁾

ความถูกต้องของการบันทึกตัวแปรต่าง ๆ ของผู้ป่วย AEFI ที่มีการบันทึกในรายงาน 506 และ AEFI1 ข้อมูลการรายงานในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีความถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ตัวแปรที่

สำคัญเช่น อายุ เพศ วันเริ่มป่วย วันที่เข้ารับการรักษา เป็นต้น ส่วนใหญ่มีการรายงานครบถ้วนทุกราย⁽¹⁰⁾ ข้อมูลที่ต้องค่อนข้างน้อยคือ ผลการรักษา ร้อยละ 43.2 การวินิจฉัย ร้อยละ 68.9 และวันเริ่มป่วย ร้อยละ 75.7 ซึ่งสอดคล้องกับการผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ตัวแปรการวินิจฉัยเป็นตัวแปรที่มีการรายงานครบถ้วนน้อยที่สุด⁽¹¹⁾ นอกจากนี้แล้วคณะผู้เชี่ยวชาญพิจารณา AEFI ระดับประเทศได้ให้ข้อเสนอแนะต่อรายงาน AEFI ในรายงานสรุปสาเหตุการเกิด AEFI (vaccine causality assessment) ได้แก่ การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน เช่น 1) ไม่ได้ระบุวันเวลาที่ผู้ป่วยรับวัคซีนและวัน เวลาที่เกิดอาการ ซึ่งข้อมูลนี้ใช้เพื่อคำนวณระยะเวลาเกิดอาการหลังได้รับวัคซีนเช่น อาการไข้และอาการแพ้ โดยที่อาการไข้หลังได้รับวัคซีน DTP-HB และ DTP ส่วนใหญ่เกิดภายใน 1-2 วัน วัคซีนหัดและ MMR ซึ่งจะเกิดหลังได้รับวัคซีน 6-12 วัน 2) รายงานระบุรายละเอียดเกี่ยวกับอาการไม่ชัดเจน เช่น อุณหภูมิร่างกายขณะมีไข้ ระยะเวลาที่เกิดอาการหลังได้รับวัคซีน ระยะเวลาที่เกิดอาการจนกระทั่งหายเป็นปกติ อาการร่วมอย่างอื่น 3) ไม่ระบุข้อมูลการสอบสวนประวัติและการตรวจรักษา เช่น อาการไข้ ชัก ควรสอบสวนเรื่องโรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ประวัติการคลอดหรือการรักษาในอดีต 4) ไม่ได้ให้ข้อมูลการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น⁽⁸⁾ แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ตัวแปรที่มีการรายงานครบถ้วนน้อยที่สุดคือ ประเภทผู้ป่วย สภาพผู้ป่วย อาชีพ วันพบผู้ป่วย และวันเริ่มป่วย^(7, 11)

จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยในรายงาน 506 อยู่ในระดับต่ำ ส่วนรายงาน AEFI1 อยู่ในระดับดีโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่รายงานผู้ป่วยได้ทันเวลาภายใน 24 ชั่วโมง (ไม่เกิน 3 วัน) และข้อมูลการรายงานส่วนใหญ่มีความถูกต้อง อย่างไรก็ตามระบบเฝ้าระวัง AEFI มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนอยู่แล้ว แต่การนำแนวทางไปใช้ขึ้นกับแต่ละพื้นที่ และข้อมูลถูกส่งต่อไปสู่หน่วยงานระดับอำเภอ จังหวัด เขต และประเทศ ตามลำดับ ซึ่งการดำเนินงานระบบเฝ้าระวัง AEFI มีกระบวนการตั้งแต่การรับ-

แจ้งผู้ป่วย การวินิจฉัย การให้รหัสโรคตาม ICD-10 การรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง การติดตามผู้ป่วย ตลอดจนการสอบสวนกรณีที่เกิดเหตุสอบสวน ขั้นตอนต่างๆ เหล่านี้จะต้องมีบุคลากรจากหลายกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เวชสถิติ และเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา หากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ หรือโรงพยาบาลมีการชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติ นิยามผู้ป่วยที่ต้องรายงานเข้าสู่ระบบการประสานงานประสานข้อมูลกับกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอจะทำให้การรายงานข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง AEFI มีความครบถ้วนถูกต้อง และทันเวลาเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 ระดับจังหวัด

1) เมื่อมีการประชุมนิเทศแพทย์จบใหม่ ควรมีการชี้แจงเพิ่มเติมเรื่องระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับโรงพยาบาลกรณีโรงพยาบาลมีปัญหาเมื่อพบผู้ป่วย เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับโรงพยาบาลในการรายงานผู้ป่วยต่อไปและติดตามประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ

1.2 ระดับโรงพยาบาล

1) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามแนวทางระบบเฝ้าระวัง AEFI ให้บุคลากรในสถานบริการที่เกี่ยวข้องเช่น นิยามผู้ป่วยที่ต้องรายงาน แนวทางการรับ-แจ้งและรายงานข้อมูล การส่งต่อข้อมูล และการสอบสวนตามเกณฑ์ ให้ครอบคลุมทั้งการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น

2) วิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลผู้ป่วย AEFI เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ และการตรวจสอบควบคุมและปรับปรุงระบบบริหารจัดการวัคซีน และระบบลูกโซ่ความเย็น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณดร.วันทนา กลางบุรัมย์หัวหน้ากลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความช่วยเหลือและแนะนำเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาระดับจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาของโรงพยาบาลทุกแห่ง เจ้าหน้าที่กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กุญญัตยา โชคไพบูลย์กิจ, เกษวดี ลาภพระ, จุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา, จิตติอร นาคบุญนำ, อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์. ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2556.
2. Al Awaidey S, Bawikar S, Prakash KR, Al Rawahi B, Mohammed AJ. Surveillance of adverse events following immunization: 10 years' experience in Oman. East Mediterr Health J 2010; 16(5): 474-80.
3. Hu Y, Li Q, Lin L, Chen E, Chen Y, Qi X. Surveillance for adverse events following immunization from 2008 to 2011 in Zhejiang Province, China. Clinical and vaccine immunology: CVI 2013; 20(2): 211-7.
4. K. Patel P, Al Rawahi B, Al Jawari A, Al abaidani I, Al Abri S. Surveillance of adverse events following immunization in Oman, 2006-2015. Eastern Mediterranean Health Journal 2018; 24(2): 119-26.

5. Khazaei S, Rezaeian S, Razani M, Zahiri A, Saatchi M, Khazaei S, et al. Adverse Events Following Immunization (AEFI) in Children under 7- year of Age during 2014 in Hamedan Province, Iran. *International Journal of Pediatrics* 2016; 4(5): 1697-703.
6. Karami M, Ameri P, Bathaei J, Berangi Z, Pashaei T, Zahiri A, et al. Adverse events following immunization with pentavalent vaccine: experiences of newly introduced vaccine in Iran. *BMC immunology* 2017; 18(42): 2-7.
7. อภิญา ดวงสิน, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. การประเมินคุณภาพการรายงานอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร* 2559; 19 (1): 149-57.
8. กรกมล รุกขพันธ์, คณิตา สุทธิทิปธรรมรงค์. ปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังอาการภายหลัง ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดสงขลา. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2561; 10(2): 517-32.
9. Salman K, Shahab R, Mohsen R, Ali Z, Mohammad S, Somayeh K, et al. Adverse Events Following Immunization (AEFI) in Children under 7- year of Age during 2014 in Hamedan Province, Iran. *International Journal of Pediatrics* 2016; 4(5): 1697-703.
10. กมล แซ่ปึง. การประเมินระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจังหวัดบึงกาฬ ปีพ.ศ. 2554-2556. *รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์* 2557; 45(23): 353-9.
11. บัณฑิต ไชยดี, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. คุณภาพระบบเฝ้าระวังโรคปอดพบเชื้อรายใหม่จังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2551. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น* 2552; 17(1): 101-8.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Effects of health promotion program on the diabetes risk group in Tambol Muangpri, Selaphum district, Roi Et province

พัชรารวรรณ จันทร์เพชร ส.ม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ)

เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

ฉัตรลดา ดีพร้อม ส.ม.

มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

Pacharawan Janpech M.P.H. (Health Education and Health Promotion)

Petcharut Sirisuwan M.Sc. (Public Health)

Chatlada Deeprom M.P.H.

Roi Et Rajabhat University

Received: March 6, 2019

Revised: May 2, 2019

Accepted: July 29, 2019

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะคิดในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} < 0.05$) ตามลำดับ โดยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.110$) มีค่าเฉลี่ยรอบเอวและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$ และ $p\text{-value} < 0.05$) ตามลำดับ ซึ่งรูปแบบการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

Abstract

This Quasi-Experimental Research, aimed to study the effect of health promotion program on the diabetes risk group in Tambol Muangpri, Selaphum district, Roi Et province. The samples were 60 diabetes risky group were divided into 2 groups, consisted of the experimental group and the comparison group 30 people per group, participated the program duration of 12 weeks. Data were collected by using questionnaire with reliability of 0.79.

Descriptive statistic had been used frequency, percentage, mean and standard deviation. Comparative analysis were used Paired Sample t-test and Independent t-test at 0.05 level of significant.

After the implementation, the results showed that the experimental group had higher mean score of knowledge, attitude and behaviors of diabetes prevention than before the implementation and higher than the comparison group with statistically significant (p -value < 0.001), had higher mean score of perception of risk opportunities on the risk of diabetes than before the implementation and higher than the comparison group with statistically significant (p -value < 0.001 and p -value < 0.05) respectively. After the intervention, the experimental group had lower mean score of body mass index than before the intervention statistically significant (p -value = 0.110), and had lower mean score of waist line and fasting blood sugar than before the intervention statistically significant (p -value < 0.001 and p -value < 0.05) respectively. This program should be applied for diabetes risk groups in other areas which a similar contexts.

Keywords: Health promotion program, Diabetes risk group

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และพบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากมีอุบัติการณ์อัตราป่วยและอัตราตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยสภาวะความเป็นอยู่ วิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปในทางที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จากรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 415 ล้านคน และมีกลุ่มเสี่ยงที่จะเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 318 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน⁽¹⁾ การคัดกรองโรคเบาหวานในประเทศไทย โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 พบมีอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคเบาหวานในอัตราที่สูง โดยพบว่า ประชากรช่วงอายุ 15-34 ปี พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 4.94 ประชากรช่วงอายุ 35-59 ปี พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 69.66 และประชากรช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 67.18⁽²⁾ รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2560 จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวาน 63,139 คน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.67 รองลงมา คือกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 15.78

นอกจากนี้พบว่า ในแต่ละปีจังหวัดร้อยเอ็ดมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 5,882 คน และพบว่ามีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 28,381 คน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.25⁽³⁾ จากการคัดกรองโรคเบาหวานในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2558-2560 พบผู้ป่วยสะสมโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี คือ มีจำนวน 150, 153 และ 156 คน ตามลำดับ และจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี คือ ร้อยละ 0.06, 0.09 และ 0.13 ตามลำดับ⁽⁴⁾

จากนโยบายการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ในมิติด้านสร้างเสริมสุขภาพ ได้จัดให้มีการสนับสนุนการสร้างกลไก พัฒนาศักยภาพการจัดการตนเองโดยมุ่งเน้นปัญหาและผลกระทบสุขภาพของพื้นที่เป็นหลัก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ฯลฯ โดยหนุนเสริมบริหารจัดการโดยใช้หลัก 4อ. 3ส. ซึ่งหลัก 4อ. ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม หลัก 3ส. ประกอบด้วย สุรา สืบบุหรี่ยุติ หรือแนวทางอื่นตามรูปแบบและบริบทของชุมชน⁽⁵⁾ ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรค

เบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังไม่เป็นโรค โดยการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้หลัก 4อ. 3ส. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีความรู้มีทัศนคติที่ถูกต้องในดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เกิดความตระหนักถึงอันตรายของโรคเบาหวาน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ตามหลัก 4อ. 3ส. ทัศนคติในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการวิจัย

2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาวิจัยในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองไพร อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 60 คน ดำเนินโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริม

สุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 60 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ออกแบบการวิจัยเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest- Posttest Design) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาตามขั้นตอนผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากโปรแกรมการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ตามหลัก 4อ. 3ส. เป็นระยะเวลา 1 วัน ผ่านกิจกรรมแบ่งกลุ่มศึกษาตามฐานการเรียนรู้ ได้แก่ อ.1 “อาหาร” ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร “กินจัดชีวิต ลดหวาน มัน เค็ม” อ.2 “ออกกำลังกาย” ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกวิธีและเหมาะสมในแต่ละช่วงอายุ วิทยากรสอนออกกำลังกายด้วยท่าประกอบเพลง อ.3 “อารมณ์” กิจกรรมผ่อนคลายอารมณ์ จัดความเครียด วิทยากรสอนการบริหารจิตด้วยท่าหัวเราะบำบัด อ.4 “อนามัยสิ่งแวดล้อม” ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะภายในครัวเรือน และ 3ส. “สุรา/สูบบุหรี่/สุขบัญญัติ 10 ประการ” ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานอย่างไร สาธิตการทดลองสารพิษในควันบุหรี่/ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสุขบัญญัติ 10 ประการ 2) กิจกรรมออกกำลังกาย โดยการเดินแอโรบิกและการบริหารจิตด้วยการหัวเราะบำบัด สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทุกวันจันทร์ วันอังคาร และวันพุธ ครั้งละ 45 นาที และ 3) กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการสังเกต การสอบถาม และการบันทึกในแบบบันทึกการติดตามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4อ. 3ส. โดยผู้ช่วยวิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันศุกร์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการบริการทางด้านสุขภาพของหน่วยงานในพื้นที่ตามปกติ โดยทำการเก็บข้อมูลในตัวแปรด้านต่างๆ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และเก็บข้อมูลหลังการเข้าร่วม

โปรแกรมเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 12 ซึ่งงานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด (เอกสารรับรองเลขที่ 004/2560)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษา เป็นประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จากการคัดกรองโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองไพร อำเภอสว่างภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวนทั้งหมด 73 ราย⁽⁴⁾ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ = 0.80 ระดับนัยสำคัญ = 0.05 และ Effect Size = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 25 ราย⁽⁶⁾ เพื่อป้องกันปัญหาเรื่องความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 รายต่อกลุ่ม เลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองไพร อำเภอสว่างภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปีงบประมาณ 2561 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และเกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หรือมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่คณะผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยประยุกต์จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ โดยมีค่า Item Objective Congruence Index : IO เท่ากับ 0.88 และมีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.79 โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มี 2 ตัวเลือก ใช่ กับ ไม่ใช่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ตามหลัก 4อ. 3ส. มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) โดยมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) โดยมี 3 ตัวเลือก คือ ทราบ ไม่แน่ใจ และไม่ทราบ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) โดยมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้วิเคราะห์ตัวแปรตามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. ทัศนคติในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. ค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Sample t-test ทดสอบความแตกต่างของ

คะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 59 ปี ร้อยละ 73.33 และร้อยละ 70.00 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.34 และร้อยละ 66.67 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.18 และร้อยละ 80.01 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.67 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 46.56 และร้อยละ 63.33 ตามลำดับ และไม่มีโรคประจำตัวเท่ากันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ร้อยละ 86.67

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. ทศนคติในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน ตามหลัก 4อ. 3ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด ดังตารางที่ 1

1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ตามหลัก 4อ. 3ส. มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.47 คะแนน (95%CI : 1.04 ถึง 1.90)

2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ตามหลัก 4อ. 3ส. มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.30 คะแนน (95%CI : 5.95 ถึง 8.65)

3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.90 คะแนน (95%CI : 3.53 ถึง 6.27)

4) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 10.73 คะแนน (95%CI : 9.02 ถึง 12.45)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แยกรายด้าน	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95% CI	p – value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	12.33	1.71	0.33	0.73	-0.58 ถึง 1.25	0.58
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	12.00	1.84				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	14.90	0.40	1.47	6.83	1.04 ถึง 1.90	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	13.43	1.10				
ทัศนคติในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	28.70	3.96	-1.40	-1.39	-3.41 ถึง 0.61	0.17
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	30.10	3.83				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	44.33	0.96	7.30	10.80	5.95 ถึง 8.65	< 0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	37.03	3.58				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	37.90	3.99	-0.07	-0.07	-1.96 ถึง 1.83	0.487
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	37.97	3.33				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	43.60	1.28	4.90	7.18	3.53 ถึง 6.27	0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	38.70	3.52				

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด (ต่อ)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แยกรายด้าน	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95% CI	p - value
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวาน							
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	48.63	2.77				
				0.63	0.66	-1.30 ถึง 2.57	0.515
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	48.00	4.51				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	57.23	2.47				
				10.73	12.53	9.02 ถึง 12.45	< 0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	46.50	3.99				

3. ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย คาร์บอนเฮว และค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 2

ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (p-value = 0.110) มีค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย คาร์บอนเฮว และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	T	95% CI	p - value
ค่าดัชนีมวลกาย						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	25.90	3.56				
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	25.74	3.62	-0.16	-1.65	-0.36 ถึง 0.04	0.110
คาร์บอนเฮว						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	84.40	8.84				
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	83.20	8.99	-1.20	-5.29	-1.66 ถึง -0.74	< 0.001**
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	100.07	13.72				
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	91.43	15.43	-8.63	-3.69	-13.42 ถึง -3.84	0.001*

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองไพร อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด คณะผู้วิจัยมีประเด็นสำคัญที่น่ามาอภิปรายผล ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ตามหลัก 4อ. 3ส. หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองได้รับการอบรมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เป็นเวลา 1 วัน ผ่านกิจกรรมการสอนแบบแบ่งกลุ่มตามฐานการเรียนรู้ โดยใช้กลวิธีทางสุศึกษา อันได้แก่ การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ตามหลัก 4อ. 3ส. ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้มาก ในเวลาที่จำกัด โดยใช้ภาพพอลิ กัมสื่อวีดิทัศน์ แจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ซึ่งส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานที่ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันที่กลุ่มควบคุมได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารตามที่หน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่จัดให้บริการและไม่มีการอบรมโดยเฉพาะสอดคล้องกับงานวิจัยของกรรณรัช ปญญาใส, พิชามณัฐ ภูเจริญ, ณิชกมล เปียอยู่⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่องการประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางด้านสุขภาพ 8 ด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของปัทมา สุพรรณกุล, อาจันต์ สงทับ, สายพิน ศิริวัน, อัครวัน ลิ้มฤกษ์ลารัก⁽⁸⁾ ศึกษาเรื่องประสิทธิผลโปรแกรม

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาล ในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ดีกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2. ทักษะคิดในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะคิดในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ตามหลัก 4อ. 3ส. หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนทักษะคิดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลของการเปลี่ยนแปลงทักษะคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานที่ถูกต้องและเหมาะสม และเมื่อมีความรู้ความเข้าใจที่ดีแล้ว ย่อมส่งผลให้มีความคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย นอกจากนี้การอบรมมีการใช้สื่อวีดิโอเกี่ยวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคเบาหวาน เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักเห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง และส่งเสริมทัศนคติในทางที่ดีในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นได้อีกด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติการป้องกันตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า จากการที่กลุ่มทดลองได้รับความรู้เพื่อให้ทราบกลไกการเกิดโรคสาเหตุและอันตรายของโรคเบาหวาน การสังเกตภาวะเสี่ยงของตนเอง จากการแปลผลการตรวจร่างกายและสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง นอกจากนี้การแบ่งกลุ่มการเรียนรู้ในแต่ละฐานการเรียนรู้เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้มีการเรียนรู้อย่างทั่วถึง และได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของสุรกริ หนูแบน, อารยา ปราน ประวิตร, สาโรจน์ เพชรเมณี⁽¹⁰⁾ ศึกษาเรื่องผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเวียงชัย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับนวนลนิตย์ ไชยเพชร, อุดมศิลป์ แก้วกล้า, สิทธิพงษ์ สอนรัตน์, ยุติ วิทย์พันธ์⁽¹¹⁾ ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

4. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรม

มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว เกิดขึ้นจากการที่กลุ่มทดลองได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการเยี่ยมบ้านติดตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก และการผ่อนคลายอารมณ์ด้วยท่าห้าวระบับัด ตลอดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม เป็นการกำกับติดตามและกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพและเกิดแรงสนับสนุนในการส่งเสริมสุขภาพตนเองในการป้องกันโรค ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวานตามหลัก 4อ. 3ส. เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของชนิษฐา พิเศษลาด, ฉันทนา แรงสิงห์, เกศมณี มูลปานันท์⁽¹²⁾ ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน จังหวัดเชียงราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)

5. ค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอว และค่าระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.110$) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายที่ลดลงดังกล่าวอาจไม่ได้เป็นผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองเพียงอย่างเดียว เนื่องจากอาจมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายด้วย เช่น วิถีชีวิตในด้านอื่น ๆ ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายของแต่ละบุคคล เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของอนัน โกลันเทียะ⁽¹³⁾ ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ต่อภาวะสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p -value < 0.001) สอดคล้องกับงานวิจัยของจันทร์ฉาย จารณีย์, ผจงจิต ไกรถาวร, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ⁽¹⁴⁾ ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยใช้รามามาเดลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชนพบว่า ภายหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการ (ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว) น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกวรรณ บริสุทธิ์, และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลวัดเพลง อำเภอดำรงวิทยารบรี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.30$, p -value < 0.01)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าโปรแกรมในการศึกษาวิจัย สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตัวแปร การศึกษาด้านต่างๆ ให้ดีขึ้นได้ ดังนั้น รูปแบบการศึกษานี้จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ ในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่ประสบความสำเร็จในรุ่นที่ 1 เป็นผู้ริเริ่มในการขยายผลต่อไปยังกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ยังไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อเสริมสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และดำเนินการส่งต่อข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเบาหวานที่ยังไม่ถูกต้องเหมาะสม ให้ทีม อสม. และเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในเขตพื้นที่รับผิดชอบดูแลต่อ

เนื่องอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัยอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยนั้นๆ ต่อการเกิดโรคเบาหวาน ช่วยให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาได้ตรงสาเหตุของปัจจัยที่เป็นปัญหานั้น ควรศึกษาในรูปแบบของ Research & Development เพื่อทดสอบประสิทธิผลและพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว ก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดที่สนับสนุนทุนวิจัยชุมชนในการดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองไพร ผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้เกี่ยวข้องที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นสารณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2560. [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaincd.com/document/file/info/noncommunicable-disease_2560
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ. แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2560-2564. [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก http://plan.ddc.moph.go.th/meeting_30_1augsep/meeting301/Documents/AD.pdf.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.184.6/news_info/view.php?id=3195.

4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองไพร. รายงานผลการคัดกรองโรคเบาหวาน 2560. ฐานข้อมูล HOSxP; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองไพร; 2560.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. สมัชชาสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2558 มติที่ 4. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก <https://kbphpp.national-health.or.th/bitstream/handle/123456789/7461/20160129RoiEtCommunityHealth.pdf?sequence=&isAllowed=y>.
6. Polit DF, Hungler BP. Nursing Research: Principles and Methods. 5th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott company; 1995.
7. กรฐณัฐ ปัญญาใส, พิชามณัฐ ภูเจริญ, ณิชกมล เปียอยู่. การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560; 28(1): 51-62.
8. ปัทมา สุพรรณกุล, อาจันต์ สงทับ, สายพิน ศิริวัน, อัคริน ลิ้มฤกษ์ลารีก. ประสิทธิภาพโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561; 12(3): 141-53.
9. เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังร้อยเอ็ด. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2561; 8(1): 45-58.
10. สุรากวี หนูแบน, อารยา ปรานประวิตร, สาโรจน์ เพชรเมณี. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอำเภอวิภาวดีจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารบัณฑิตวิจัย 2559; 7(1): 101-14.
11. นวลนิตย์ ไชยเพชร, อุดมศิลป์ แก้วกล้า, สิทธิพงษ์ สอนรัตน์, ยุติวิทย์พันธ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(2): 45-62.
12. ชนิษฐา พิศฉลาด, จันทนา แรงสิงห์, เกศมณี มูลปานนท์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 สำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน จังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2559; 28(3): 132-46.
13. อนัน โกนสันเทียะ. ผลของโปรแกรมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานต่อภาวะสุขภาพความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2557; 9(1): 1-8.
14. จันทร์ฉาย จารนัย, ผจงจิต ไกรถาวร, นพวรรณ เปียชื่อ. ผลโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยรามาโมเดลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารเกื้อการุณย์ 2559; 23(1): 41-59.
15. กนกวรรณ บริสุทธิ์, ดารณี ทองสัมฤทธิ์, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก. ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560; 28(1): 26-37.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

The effects of an elderly health promotion program in Nasiaw
subdistrict, Muang Chaiyaphum district, Chaiyaphum province

สุวิตรา สร้างนา ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)*

Suwitra Srangna M.P.H. (Public Health)*

ดวงใจ วิชัย ปร.ด. (การพัฒนาสุขภาพชุมชน)*

Duangjai Wichai Ph.D. (Community Health Development)*

*คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ *Faculty of Arts and Sciences Chaiyaphum Rajabhat University

Received: March 6, 2019

Revised: May 2, 2019

Accepted: July 29, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ในตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่ม โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 30 คน เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เป็นเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้ paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

The Quasi experimental research aimed to study the effect of a health promotion program for elderly in Nasiaw Subdistrict, Muang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. This research was a one group pretest-posttest design, among 30 elderly (60-69 years). The sample group received 12 week health promotion program. This program included learning education, group discussion, demonstration attended and practice. Data was collected by using interview form. Descriptive statistics included percentage, mean and standard deviation had been used, inferential statistics included by using paired sample t-test had been analyzed, at the 0.05 level of significance.

The result showed that; after intervention had higher mean score in terms of knowledge, self efficacy perception, outcome expectation and health promotion behavior than before the experimental significantly at level 95 percent ($p\text{-value}<0.001$)

Keyword: Elderly, Health Promotion Program, Health Promotion Behavior

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกกำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก พบว่าในปี ค.ศ.2012 มีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 810 ล้านคน คิดเป็นเวลาไม่ถึง 10 ปี และจะเพิ่มมากกว่า 2 เท่าภายในปี ค.ศ. 2050 เป็น 2,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22.00 ของประชากรโลก⁽¹⁾ ในปี พ.ศ.2558 ภูมิภาคอาเซียนมีประชากรทั้งหมด 633 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 59 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.00 ของประชากรทั้งหมดโดยมี 3 ประเทศในอาเซียนที่เข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม โดยมีร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 18.00, 16.00 และ 10.00 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ⁽²⁾ จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีประชากรสูงวัยเป็นอันดับสองของอาเซียน โดยประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ตามเกณฑ์ที่สหประชาชาติกำหนด คือ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10.00 หรือมีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7.00

เนื่องด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการพัฒนาด้านการวางแผนครอบครัวที่ดีขึ้น ทำให้อัตราการเกิดลดลง และในขณะเดียวกันพบว่าประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สัดส่วนของผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2552 มีมากถึงร้อยละ 11.50 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25.00 ของประชากรไทยในปี พ.ศ.2573⁽³⁾

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุนั้น ไม่ได้หมายความว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะดีขึ้นด้วย แต่กลับส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ทำให้อัตราการเป็นโรคเรื้อรังสูงและมีความรุนแรงกว่าบุคคลในกลุ่มวัยอื่น อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคในอดีต โรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคเหล่านี้จะนำไปสู่การเป็นโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ ไตวาย อัมพาต หรือเสียชีวิตจากหลอดเลือดสมองอุดตัน เป็นต้น⁽⁴⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้อัตราการรับบริการผู้ป่วยในที่เป็นผู้สูงอายุ ค่ารักษาพยาบาลในกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มมากขึ้นทุกปีอีกด้วย ในจังหวัดชัยภูมิ พบว่าประชากรผู้สูงอายุปี 2560⁽⁵⁾ มีทั้งหมด 162,570 คน คัดกรอง ADL (Activity of Daily living) จำนวน 149,823 คน คิดเป็นร้อยละ 92.16 กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (Independent) จำนวน 139,714 คน คิดเป็นร้อยละ 93.25 กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (Partial-independent) จำนวน 8,686 คน คิดเป็นร้อยละ 5.80 และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง (Dependent) จำนวน 1,423 คน คิดเป็นร้อยละ 0.95

ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2561 มีประชากรทั้งหมด 7,411 คน ผู้สูงอายุจำนวน 1,774 คน⁽⁶⁾ ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่ 1 ติดสังคม (Independent) จำนวน 1,563 คน กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (Partial-independent) จำนวน 42 คน กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (Dependent) จำนวน 4 คน พบว่าในจำนวนผู้สูงอายุดังกล่าวป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCD) จำนวน 287 คน คิดเป็นร้อยละ 16.18 ซึ่งการป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผู้ดูแลในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้อีกด้วย

คณะผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน Bandura⁽⁷⁾ อธิบายว่า บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีความกระตือรือร้นและพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายและมีความมุ่งมั่น ยืนหยัด ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพฯ ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ อภิปรายกลุ่ม ให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การฝึกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหাসุภาพ เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และช่วยเหลือตนเองได้ตามความสามารถ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ในตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและการจัดการความเครียดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีความคาดหวังในผลของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
5. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi – experimental research) แบบ 1 กลุ่ม โดยวัดผลก่อน

และหลังการทดลอง (One group Pretest–Posttest design) ในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2561–กุมภาพันธ์ 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 1,774 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 60–69 ปี เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ยังมีพลังช่วยเหลือตัวเองได้⁽⁸⁾ซึ่งสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุได้จำนวน 30 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีทั้งหมด 7 หมู่บ้าน ทำการสุ่มอย่างง่ายมา 1 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านนาเสียว จากนั้นคัดเลือกผู้ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60–69 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถรับรู้และติดต่อสื่อสารได้ตามปกติ
3. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เดินได้สะดวก
4. สมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรมฯ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรับรู้การสื่อสาร
2. เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในด้านร่างกายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

3. เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังจากได้กรอกรับตัวอย่าง ตามเกณฑ์แล้ว ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากได้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อวางแผนการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ซึ่งมีกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 3 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ อภิปรายกลุ่ม การนำเสนอตัวแบบ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ในสัปดาห์ที่ 1-10 ดังนี้

การจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ โดยให้ผู้สูงอายุแนะนำตัวเองทีละคน หลังจากนั้นแบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน อภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 “เมนูดี ชีวิตปลอดภัย ห่างไกลโรคเรื้อรัง” โดยการบรรยายให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติการรับประทานอาหาร แบ่งผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน แต่ละกลุ่มนำเสนอเมนูอาหารเพื่อสุขภาพกลุ่มละ 1 เมนู

การจัดกิจกรรมครั้งที่ 3 “ออกกำลังกายวันละนิด พิชิตโรคเรื้อรัง” โดยการบรรยายให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

การจัดกิจกรรมครั้งที่ 4 “รอยยิ้มใสๆ สุขใจ ผ่อนคลายความเครียด” โดยการนำเสนอตัวแบบผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี หลังจากนั้นบรรยายให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติการจัดการความเครียด ได้แก่ การฝึกสมาธิและกิจกรรมนันทนาการ

ในสัปดาห์ที่ 11-12 เป็นกิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการติดตามกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.2 คู่มือดูแลสุขภาพและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องภายในระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) แล้วแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปทดสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับประชากรกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในด้านความรู้ฯ โดยใช้วิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน KR-20 เท่ากับ 0.85 หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองฯ เท่ากับ 0.91 ด้านความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน เท่ากับ 0.81 ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพฯ เท่ากับ 0.80

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เพื่อขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเลี้ยวในการดำเนินการวิจัย

2. ติดต่อขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทราบถึงการดำเนินการวิจัย

3. เตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

4. เตรียมอุปกรณ์ สถานที่ในการจัดกิจกรรม

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนการวิจัย 1 สัปดาห์

ขั้นตอนการ

โดยการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในตำบลนาเสียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 3 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 3 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 1-10) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ และกิจกรรมแรงงานสนับสนุนทางสังคมในสัปดาห์ที่ 11-12 และเก็บแบบสัมภาษณ์อีกครั้งหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติต่าง ๆ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics) วิเคราะห์ความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test ในด้านความรู้การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2561 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการ

วิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจและได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.7 มีอายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 56.70 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 80.00 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 70.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 76.70 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 66.70 มีรายได้เพียงพอร้อยละ 73.30 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 90.00 ไม่ดื่มสุราร้อยละ 86.70 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 43.30 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.30, 13.30 ตามลำดับ ตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 56.70 ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติร้อยละ 63.30 รอบเอวเกินเกณฑ์ปกติร้อยละ 66.70 และส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 96.70

ก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดเท่ากับ 11.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.41 หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 13.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.63 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p -value < 0.001) ดังตารางที่ 1 ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเท่ากับ 61.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.25 หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเท่ากับ 66.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.47 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p -value < 0.001) ดังตารางที่ 2 ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดเท่ากับ 64.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.72 หลังทดลองมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 67.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 3 ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดเท่ากับ 69.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.02 หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.64 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าเฉลี่ย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 4 ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 25.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.59 หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเท่ากับ 24.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.13 เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าดัชนีมวลกายลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลอง ($n=30$)

ความรู้	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t	95% CI	p-value
ก่อนทดลอง	111.20	22.41	2.33	11.07	-2.76 ถึง -1.90	<0.001
หลังทดลอง	113.53	11.63				

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลอง ($n=30$)

การรับรู้ความสามารถตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t	95% CI	p-value
ก่อนทดลอง	61.90	4.25	4.60	7.84	-5.79 ถึง -3.40	<0.001
หลังทดลอง	66.50	2.47				

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลอง ($n=30$)

ความคาดหวังในผล	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t	95% CI	p-value
ก่อนทดลอง	64.23	2.74	3.53	9.16	-4.32 ถึง -2.74	<0.001
หลังทดลอง	67.77	1.41				

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลอง (n=30)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t	95% CI	p-value
ก่อนทดลอง	69.57	6.02	11.10	14.43	-12.67 ถึง -9.53	<0.001
หลังทดลอง	80.67	2.64				

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลอง (n=30)

ดัชนีมวลกาย	$\bar{X}$	S.D.	Mean difference	t	95% CI	p-value
ก่อนทดลอง	25.30	4.59	1.16	6.74	0.81 ถึง 1.51	<0.001
หลังทดลอง	24.14	4.13				

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในตำบลนาเลี้ยว อำเภอมือง จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด พบว่าหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p-value <0.001) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน การสาธิตและการฝึกปฏิบัติในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของนิภาพรรณ อธิคมานนท์⁽⁹⁾ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้โรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ในอนาคต และพฤติกรรมการปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. การรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่าหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตน

เอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p-value <0.001) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีการอภิปรายกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด นอกจากนี้ยังมีการเสนอตัวแบบผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการวิจัยของ ปฐมธิดา บัวสม⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลมณีนี้อำเภอบางปะกง จังหวัดพังงา พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าก่อนทดลองและพบว่า หลังทดลองผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ความคาดหวังในผลของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด พบว่าหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความคาดหวังในผล สูง

กว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p\text{-value}<0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 เนื่องจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทำให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ได้เห็นประสพการณ์จากตัวแบบ มีการซักถามข้อสงสัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคาดหวังในผลมากขึ้นสอดคล้องกับการวิจัยของปรียาภรณ์ นิลนนท์, ยุวดี รอดจากภัย, นิรัตน์ อิมามิ⁽¹¹⁾ ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางปลาค้าง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด พบว่าหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p\text{-value}<0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 เนื่องจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพฯ ซึ่งมีการบรรยายให้ความรู้ รับชมการสาธิตและร่วมฝึกปฏิบัติการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด นอกจากนี้ยังได้รับการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วย รวมทั้งการเสริมแรงเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่เหมาะสมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด จะได้รับการชื่นชมและยกย่อง สอดคล้องกับการวิจัยของศิริวรรณ ชัตติยวิทยากุล⁽¹²⁾ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลละลมใหม่พัฒนา อำเภอโคกชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self efficacy Theory) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 1 ใน 3 มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับข้อ ความดันโลหิตสูง และเบาหวานตามลำดับ นอกจากนี้

ยังพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนภายหลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการวิจัยของยุภาพร นาคกลิ้ง, ปราณี ทัดศรี⁽¹³⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความโลหิตไม่ได้ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีจำนวนสมาชิกที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ดัชนีมวลกาย พบว่าหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p\text{-value}<0.001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 เนื่องจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพฯ ซึ่งมีการบรรยายให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ อีกทั้งมีการสาธิตและฝึกปฏิบัติการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย การติดตามกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างจึงมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รวมทั้งการติดตามและบันทึกข้อมูลสุขภาพทั่วไป น้ำหนัก ส่วนสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการวิจัยของวรรัตน์ สุขคุ้ม⁽¹⁴⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดรอบเอว และดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

โปรแกรมฯ มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ ได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการวิจัยทดลองแบบ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังให้โปรแกรมฯ

2.2 การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ซึ่งจะเห็นการเปลี่ยนแปลงในระยะแรก ควรเพิ่มระยะเวลาในการวิจัยให้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้เห็นผลของการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณบดี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว ตำบลนาเสียว อำเภอมือ จังหวัดชัยภูมิ ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. สภาวะในศตวรรษที่ 21: เติบโตลดลงและความท้าทาย [ออนไลน์]. 2561[เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก www.unfpa.org.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย [ออนไลน์]. 2561[เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก www.ipsr.mahidol.ac.th.
3. วิภาพรพรณ ประจวบเหมาะ, ศิริวรรณ ศิริบุญ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2555.

4. มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย [ออนไลน์]. 2561[เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก www.fopdev.or.th/ สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. แผนพัฒนาสาธารณสุขระดับจังหวัด. พ.ศ.2555-2559 [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก www.cpho.moph.go.th
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว. ข้อมูลประชากร (เอกสารอัดสำเนา). ชัยภูมิ; 2561.
7. Bandura AJ. Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. New York: Prentice-Hill; 1986.
8. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.สถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ.2553 [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก www.m-society.co.th/ewt_news.php?nid=9611
9. นิภาพรพรณ อธิคมานนท์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
10. ปฐมธิดา บัวสม. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลมณีชัย อำเภอบางปะกง จังหวัดพังงา. วารสารการพัฒนาศาสนาชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 5(4): 549-67.
11. ปรียาภรณ์ นิลนนท์, ยุวดี รอดจากภัย, นิรัตน์ อิมามี. การรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารราชชนก 2560; 1(2): 93-100.
12. ศิริวรรณ ชัดติยวิทยากุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลละลมใหม่พัฒนา อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารกองการพยาบาล 2553; 37(1): 1-12.

13. ยุภาพร นาคกลิ้ง, ปราณี ทัดศรี. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาแห่งชาติ 2560; 6(1): 27-35.
14. วรรัตน์ สุขคุ้ม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.

การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

The Development of Health Literacy Tool for behavior of Opisthorchiasis Prevention in populations

รัชนิกร กุญแจทอง ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข)

สุมาลี จันทลักษณ์ วท.ม. (ปรสิตวิทยา)

คณยศ ชัยอาจ ส.ม. (วิทยาการระบาด)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

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

Sumalee Chantaluk M.Sc. (Parasitology)

Kanayod Chaiarch M.P.H. (Epidemiology)

The Office of Disease Prevention and Control 7th, Khon Kaen

Received : November 21, 2019

Revised : April 30, 2020

Accepted : April 30, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัย ครั้งนี้เป็น การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดย 1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและโรคพยาธิใบไม้ตับ 2) สร้าง (ร่าง) แบบวัดความรู้ 3) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยนำ (ร่าง) แบบวัดความรู้ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 4) เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 2 5) พัฒนาแบบวัดความรู้ จำนวน 2 ครั้ง ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 คน ครั้งที่ 1 ตรวจสอบค่าอำนาจจำแนก ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง การตรวจสอบความเที่ยง และครั้งที่ 2 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและคำนวณหาจุดตัดที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการจำแนกระดับความรู้

ผลการศึกษา ได้แบบวัดความรู้ จำนวน 59 ข้อ วิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้ออยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ = 0.89 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 2 ค่าความเชื่อมั่น มีค่า = 0.88 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20 – 0.96 ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.40 – 0.93 ค่า KR-20 = 0.67 ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.52–0.91 ได้แบบวัดจำนวน 45 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 3 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าสถิติทดสอบ Chi-Square = 15.09 df = 8 p-value = 0.0574 (ค่า Chi-Square/df = 1.8864) RMSEA = 0.063 SRMR = 0.036 CFI = 0.977 TLI = 0.956 ตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ ความรู้ความเข้าใจ (b=1.00) อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 45.90 ($R^2 = 0.459$) รองลงมา คือ การจัดการตนเอง (b=0.896) อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 49.40 ($R^2 = 0.494$) และการรู้เท่าทันสื่อ (b=0.835) อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 48.60 ($R^2 = 0.486$) วิเคราะห์จุดตัดที่เหมาะสมในการจำแนกระดับความรู้ระดับสูง 52.50 คะแนน ให้ค่าความไวสูงสุดร้อยละ 59.30 ค่าความจำเพาะร้อยละ 30.20 พื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับร้อยละ 0.42 (95%CI = 0.32–0.52)

สรุป แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกพัฒนาขึ้นมีความถูกต้องด้านเนื้อหา โครงสร้าง และความเที่ยงตรง สามารถนำไปใช้ประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในระดับเขตสุขภาพและประเทศ

ได้ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ในแต่ละองค์ประกอบ และหากจะนำเครื่องมือนี้ไปใช้กับกลุ่มอื่นควรมีการพัฒนาต่อยอดเพิ่มเติม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม โรคพยาธิใบไม้ตับ

Abstract

This research is research and development aimed to develop a tool to measure health literacy for behavior the Opisthorchiasis prevention in population. Thai people aged 15 years and above were to collect data between January– May 2018, by 1) Review literature about health literacy and Opisthorchiasis. 2) Develop a tool to measure health literacy for behavior the Opisthorchiasis prevention in a population. 3) Item relevance was assessed by five experts and improve a tool. 4) The pre-testing of internal consistency was conducted by sample 30 of Thai people aged 15 years and above. 5) Develop a tool 2 time by conducting sample 220 of Thai people aged 15 years and above first time to quality testing a tool by analyze discrimination, consistency reliability and construct validity by analyzing confirmatory factor analysis (CFA) and calculate the appropriate intersection point to be used to classify health literacy.

The result: A tool 59 item showed index of Item objective congruency (IOC) between 0.60–1.00 and IOC = 0.89. Internal consistency reliability = 0.88, discrimination between 0.20–0.96, the difficulty of the test between 0.40–0.93, KR-20 = 0.67, consistency reliability between 0.52–0.91 and a tool 45 items. Analyze confirmatory factor analysis showed the model was fitted to the empirical data Chi-Square =15.091 df= 8 p-value = 0.0574 RMSEA = 0.063 SRMR =0.036 CFI =0.977 TLI = 0.956. The higher factor loading sub-factors were knowledge (b=1.00) and clarified variance 45.90% ($R^2 = 0.459$), inferior was self-management (b=0.896) was clarified variance 49.40% ($R^2 = 0.494$) and media literacy (b=0.835) was clarified variance 48.60% ($R^2 = 0.486$). Calculate the appropriate intersection point to be used to classify high health literacy 52.50, sensitivity = 59.30%, specificity =30.20% area of receiver operating characteristic curve (ROC) =0.42% (95%CI = 0.32–0.52).

Conclusion: A tool to measure health literacy for behavior the Opisthorchiasis prevention in population which developed accuracy in content, structure, and accuracy can be used to assess the health literacy of Thai people aged 15 years and up on the health and national level there should be a study of relationships, knowledge in each element. And if this tool will be used by other groups, further should be developed.

Keywords: Health Literacy, Behavior, Opisthorchiasis

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับ พ.ศ. 2559-2568 กำหนดเป้าหมายคืออัตราเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีลดลงครึ่งหนึ่ง อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงน้อยกว่าร้อยละ 1 และปลาปลอดเชื้อน้อยกว่าร้อยละ 1.0 โดยมียุทธศาสตร์การดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 2 เสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง มีระบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ตลอดจนเพื่อให้มีหลักสูตรการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ และผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี⁽¹⁾ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกยอมรับและจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในระดับประเทศและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วประเทศปีละประมาณ 28,000 คน⁽²⁾ โดยเกินกว่าครึ่งเป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี 2557-2559 พบว่าโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นโรคที่พบสูง ลำดับ 5, 3 และ 3 ตามลำดับ⁽³⁾ และจากสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นปี 2556 พบผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่มากกว่า 1,765 ราย มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ปี 2557 ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของโรคสูงที่สุดถึงร้อยละ 21.6 ในเขตสุขภาพที่ 7 ความชุกเฉลี่ยร้อยละ 16.9 โดยพบความชุกสูงสุดที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 22.3 รองลงมาเป็นจังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 18.9 และขอนแก่น ร้อยละ 11 มหาสารคาม ร้อยละ 10.8 ข้อมูลปี 2559 พบความชุกเฉลี่ยเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 10.96 จังหวัดที่พบความชุกสูงคือจังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 15.7 กาฬสินธุ์ ร้อยละ 13.24 ขอนแก่น ร้อยละ 7.76 และมหาสารคาม ร้อยละ 6.71⁽⁴⁾ จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาความชุกและปัจจัย

ที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ เกิดจากพฤติกรรม การกินปลาดิบ⁽⁵⁻⁷⁾ การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ประชาชนมี พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ไม่ถูกต้องนั้น เนื่องจากประชาชนขาดปัจจัยเชิงสาเหตุ คือ การรับรู้ โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติ พฤติกรรมในการป้องกันโรคและความเชื่อในความ สามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกัน โรค⁽⁸⁾ จากที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่าโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญที่ต้องมีการดำเนินการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ⁽⁹⁻¹⁰⁾ โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องให้ประชาชน เกิด “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “Health Literacy” ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการพัฒนาความ รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ว่าเป็นดัชนีที่ สามารถสะท้อนและใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของ ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน⁽¹¹⁾ ดอน นัทปัม กล่าวว่าการรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะของบุคคล ที่สามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุข ภาวะที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และความเข้าใจใน บริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลง ทักษะคิดและแรง จูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วย ตนเอง⁽¹²⁾ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ให้ความหมายว่าการรู้แจ้งแตกฉาน ของประชาชน จะส่งผลให้ลดการเจ็บป่วย ลดความรุนแรง หรืออาการแทรกซ้อนจากโรคต่างๆได้⁽¹³⁾ ประกอบกับ แนวทางการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560- 2579) กระทรวงสาธารณสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ต้องส่งเสริมการดำเนินงาน เพื่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทักษะด้าน สุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม อย่างทั่วถึง⁽¹⁴⁾ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในลักษณะหาความ

สัมพันธ์ของสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพและแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนไทยระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3⁽¹⁵⁾ การพัฒนาแบบวัดสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และแบบวัดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁽¹⁶⁾ การพัฒนาแบบวัดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี⁽¹⁷⁾ แต่ยังไม่พบหลักฐานการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน เพื่อเป็นเครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาประชาชนให้เกิดความรู้ด้วยตนเองซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ระยะเวลาศึกษา

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562

ขอบเขตการศึกษา

ด้านเนื้อหา การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจำแนกคุณลักษณะของความรู้ด้านสุขภาพของ ดอน นัทบีม และกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ

6) ทักษะการตัดสินใจ

ด้านประชากร

1) ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือฉบับร่าง 1 ประชากร คือ ผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อคำถาม จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน นักวิชาการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ 2 ท่าน

2) ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 2 ประชากร คือประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดขอนแก่น

3) ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 3 ประชากร คือประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดขอนแก่น

ด้านสถานที่

หมู่บ้านในอำเภอที่สุ่มเลือกได้ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

ขั้นตอนพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ทบทวนวรรณกรรม จัดทำร่างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

1.1) ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อระบุประเด็นหรือจุดเน้นที่ควรวัด (Health Literacy) ตามแนวคิดของ ชอง ดอน นัทบีม (2008) และ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มาเป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1. การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ 2. ความรู้ความเข้าใจ 3. ทักษะการสื่อสาร 4. การจัดการตนเอง 5. การรู้เท่าทันสื่อ 6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และจัดทำร่างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนให้ครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน ได้แบบสอบถามฉบับร่างครั้งที่ 1

1.2) ทำการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยวิธีการคำนวณหาดัชนีความตรง

เชิงเนื้อหา (IOC: Index of Item Congruence) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน นักวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ 2 ท่าน คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไปและทำการสรุปวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงข้อคำถาม ได้แบบสอบถามฉบับร่างครั้งที่ 2

1.3) สุ่มพื้นที่และประสานงานพื้นที่เพื่อทดสอบเครื่องมือฉบับร่าง 2

1.4) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเบื้องต้น ด้วยการนำเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฉบับร่างที่ 2 ไปทดสอบกับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในจังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยจะประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ในการจัดเตรียมสถานที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายอาสาสมัครสำหรับตอบแบบสอบถามในขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่างที่ 2 ทั้งนี้ในการศึกษานำร่อง (Pilot Study) โดยส่วนมากจำนวนตัวอย่างไม่มากนัก ไม่เกิน 20 คน⁽¹⁸⁾ ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้จำนวนตัวอย่าง 30 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามในเครื่องมือ ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาคุณภาพ ดังนี้

ข้อคำถามด้านความรู้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน วิเคราะห์คุณภาพแบบวัด⁽¹⁹⁾ ดังนี้

1) อำนาจจำแนก มีค่าตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไปถึงค่าเข้าใกล้ 1 จะเป็นค่าจำแนกที่ดีมาก

2) ค่าความยากง่าย ซึ่งค่าความยากง่ายที่ดีควรมีค่าระหว่าง 0.20-0.80

3) ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธี Kuder Richardson (KR-20) มีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

ส่วนข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า วิเคราะห์คุณภาพแบบวัดด้วย

1) อำนาจจำแนก (corrected item-total correlation) มีค่าตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป

2) ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) เครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในมากกว่า 0.70 ขึ้นไป

1.5) ทำการปรับข้อคำถามเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้เครื่องมือวัดความรู้ฉบับร่างที่ 3

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดย

2.1) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 3 ด้วยการนำเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฉบับร่างที่ 3 ไปทดลองใช้กับประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 220 คน โดยผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ในการจัดเตรียมสถานที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายอาสาสมัครตอบแบบสอบถามในขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับร่าง 3

2.2) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA)

2.3) คำนวณหาจุดตัดที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการจำแนกระดับความรู้

ขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเบื้องต้นในการศึกษานำร่อง (Pilot Study) โดยส่วนมากจำนวนตัวอย่างไม่มากนัก ไม่เกิน 20 คน ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้จำนวนตัวอย่าง 30 คน

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน สามารถคำนวณจากขนาด 10 - 20 ตัวอย่างต่อ 1 พารามิเตอร์⁽²⁰⁾ ในการศึกษาครั้งนี้มี 11 พารามิเตอร์ จะต้องใช้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 20 คูณ 11 จะได้ขนาดตัวอย่าง 220 ตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง ดำเนินการแบบ Multi stage cluster sampling technique 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการสุ่มอย่างง่ายเลือกอำเภอจำนวน 1 แห่ง จากอำเภอทั้งหมด 26 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลือกตำบลในอำเภอสุ่มเลือกได้ในขั้นตอนที่ 1 จำนวน 1 ตำบล

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลือกหมู่บ้านในตำบลที่สุ่มเลือกได้ในขั้นตอนที่ 2 จำนวน 2 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการสุ่มอย่างเป็นระบบจากบัญชีรายชื่อประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในขั้นตอนที่ 3 ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี จากผู้นำชุมชนในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ โดยเรียงรายชื่อตามตัวอักษร เก็บข้อมูลจนได้จำนวนตัวอย่างครบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือเบื้องต้น ได้แก่ ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธี Kuder Richardson (KR-20) อำนาจจำแนก (Corrected Item-Total Correlation) ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha)

วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ประกอบด้วยค่าสถิติไค-สแควร์ (χ^2) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืน (Tucker - Lewis Index: TLI) ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า (Root Mean Square Residual: SRMR) และค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Squared Error Approximation: RMSEA) และคำนวณหาจุดตัดที่เหมาะสม เพื่อใช้ในการจำแนกระดับความรู้

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาเครื่องมือสำรวจความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ โครงสร้างของแบบวัดฯ และผลการทดสอบคุณภาพของแบบวัดฯ ดังนี้

1. โครงสร้างของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน 45 ข้อประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (10 ข้อ) ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (4 ข้อ) ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (10 ข้อ) ส่วนที่ 4 ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (3 ข้อ) ส่วนที่ 5 การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ (4 ข้อ) ส่วนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (3 ข้อ) ส่วนที่ 7 ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (3 ข้อ) ส่วนที่ 8 พฤติกรรมกำป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (8 ข้อ)

2. ผลการทดสอบคุณภาพของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.20) อายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.90) รองลงมาอายุระหว่าง 40 - 49 ปี (ร้อยละ 25.90) และอายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 20.00) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.48 (S.D. = 14.90 ปี) อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 80 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.60) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 23.20) รองลงมาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 22.30) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 20.00) รองลงมาค้าขาย (ร้อยละ 19.50) และอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 18.2) มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท (ร้อยละ 32.30) รองลงมาน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 28.20) และมากกว่า 20,000 บาท

(ร้อยละ 19.50) มีรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 600 บาท สูงสุด 100,000 บาท ค่ามัธยฐานเท่ากับ 9,100 บาท

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=220)	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	150	68.20
ชาย	70	31.80
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30	44	20.00
30-39	29	13.20
40-49	57	25.90
50 ปีขึ้นไป	90	40.90
อายุเฉลี่ย 45.48 (S.D. = 14.90) ต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 80 ปี		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	66	30.00
สมรส	129	58.60
หม้าย หย่า แยก	25	11.40
4. การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	1.40
ประถมศึกษา	48	21.80
มัธยมศึกษาตอนต้น	34	15.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	51	23.20
อนุปริญญาตรี/ ปวส.	28	12.70
ปริญญาตรี	49	22.30
สูงกว่าปริญญาตรี	7	3.20
5. อาชีพหลัก		
เกษตรกรรวม	44	20.00
ค้าขาย	43	19.50
รับจ้างทั่วไป	40	18.20
ธุรกิจส่วนตัว	23	10.50
พนักงานบริษัท	17	7.70
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	21	9.50
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	18	8.20
นักเรียน /นักศึกษา	14	6.40
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 5000	62	28.20
5,000 – 10,000	71	32.30
10,001 – 15,000	27	12.30
15,001 – 20,000	17	7.70
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	43	19.50

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=220)	ร้อยละ
7. การตรวจอุจจาระ		
เคย	76	34.50
ไม่เคย	144	65.50
8. ผลการตรวจอุจจาระ		
พบพยาธิ	7	9.20
ไม่พบพยาธิ	66	78.90
ไม่แน่ใจ	3	3.90
9. การรักษากรณีตรวจพบพยาธิ		
รักษาและกินยาครบ	6	85.70
รักษาแต่กินยาไม่ครบ	1	14.30
10. ประวัติครอบครัว		
มีผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ	2	0.90
มีผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี	5	2.30

ส่วนที่ 2 คุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยวิธีการคำนวณหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC: Index of Item Congruence) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน นักวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน นักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ 2 ท่าน คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.50 ขึ้นไปและทำการสรุปวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงข้อคำถาม พบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.60 – 1.00 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ ได้ 0.89 โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการปรับแก้ข้อคำถามได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ให้เพิ่มข้อความหัวข้อผลการตรวจอุจจาระ เป็น “พบพยาธิใบไม้ตับ” หรือ “ไม่พบพยาธิใบไม้ตับ” หัวข้อประวัติครอบครัว ให้เพิ่มข้อความคำว่า “ครอบครัวของท่านเคยมีผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านี้หรือไม่” ด้านการเข้าถึงข้อมูลและการบริการทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้ปรับแก้ข้อคำถามให้เป็นไปเพื่อให้ข้อความกระชับ เข้าใจง่าย เช่น “ถ้าท่านต้องการข้อมูลเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ท่านสามารถเลือกแหล่ง

ข้อมูลได้ด้วยตัวเองบ่อยครั้งแค่ไหน” หรือ “เมื่อท่านได้รับข้อมูลเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับท่านได้มีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหรือการเข้ารับบริการสุขภาพจากหลายแหล่งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย น่าเชื่อถือ บ่อยครั้งแค่ไหน” และเพิ่มข้อคำถาม “ท่านมีปัญหาในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จากแหล่งต่างๆบ่อยครั้งแค่ไหน” ด้านความรู้ความเข้าใจ ให้จัดลำดับข้อคำถามใหม่ โดยเรียงจากสาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกัน และเพื่อให้เกิดความชัดเจน กระชับขึ้น ให้ระบุชนิดของปลาดิบ ไว้ในคำอธิบาย และยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับให้ระบุในข้อคำถาม เช่น “ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ พลาซิควอนเทล สามารถกินได้บ่อยๆไม่มีผลเสียต่อร่างกาย” และให้เพิ่มประเด็นคำถามความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการกำจัดสิ่งปฏิกูล ด้านการจัดการตนเอง ให้ยกตัวอย่างเพื่อให้เกิดความชัดเจนขึ้น ข้อการจัดสภาพแวดล้อม เช่น การจัดเตรียมอาหารสำหรับครอบครัวให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ และให้เพิ่มในนิยามศัพท์เฉพาะด้านการจัดการตนเองให้ครอบคลุมการจัดสภาพแวดล้อม ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบ

ไม้ดับ ให้เพิ่มข้อคำถามเรื่องการกำจัดสิ่งปฏิกูล ได้แบบสอบถามฉบับร่างครั้งที่ 2 จำนวน 59 ข้อ 135 คะแนน

2.2) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเบื้องต้น โดยการวิเคราะห์ความเที่ยงโดยการหาค่าอำนาจจำแนก ค่าความยากง่าย ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธี Kuder Richardson (KR-20) และวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ด้วยการนำเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องพฤติกรรมกา

ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับฉบับร่างที่ 2 ไปทดสอบกับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในจังหวัดขอนแก่น ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงในภาพรวมพบว่า มีค่าเท่ากับ 0.88 เมื่อแยกเป็นองค์ประกอบพบว่า ค่าอำนาจจำแนกมีค่าระหว่าง 0.20 – 0.96 ค่าความยากง่ายมีค่าระหว่าง 0.40 – 0.93 ค่า KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.67 และ ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) มีค่าระหว่าง 0.52-0.91 ได้แบบสอบถามฉบับร่างครั้งที่ 2 จำนวน 45 ข้อ 85 คะแนน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือวัดความรอบรู้จำแนกรายองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	จำนวน ข้อคำถาม	คะแนน เต็ม	ช่วงค่า อำนาจจำแนก	ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha)
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	10			
2. การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทาง สุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ	4	20	0.77 – 0.81	0.91
3. ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ดับ (มีค่าความยากง่าย 0.40-0.93)	10	10	0.20 – 0.64	0.67
4. ทักษะการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ดับ	3	15	0.56 – 0.96	0.64
5. การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัยจาก โรคพยาธิใบไม้ดับ	4	20	0.27 – 0.37	0.52
6. การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ดับ	3	15	0.44 – 0.63	0.70
7. ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ดับ	3	15	0.20 – 0.56	0.61
8. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ	8		0.44 – 0.77	0.86
รวม	45	95		

2.3) ความถูกต้องเชิงโครงสร้างของเครื่องมือ
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
(confirmatory factor analysis; CFA) ค่าสถิติทดสอบ

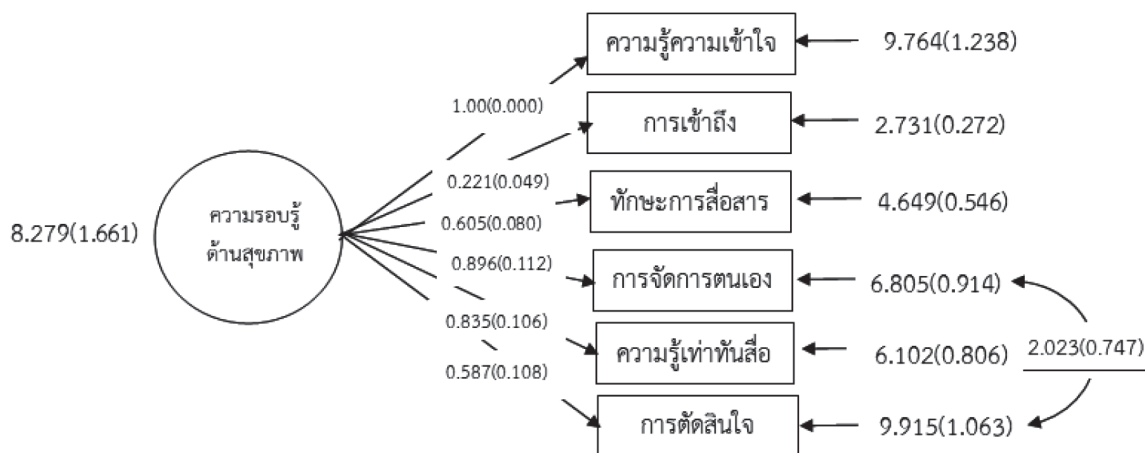
Chi-Square =15.091 df= 8 p-value = 0.0574 (ค่า
Chi-Square/df = 1.8864) RMSEA = 0.063 SRMR
=0.036 CFI =0.977 TLI = 0.956 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดล

ค่าดัชนี	เกณฑ์	ค่าสถิติ	ผลการพิจารณา
χ^2/df	< 3	1.8864	ผ่านเกณฑ์
p	> 0.05	0.0574	ผ่านเกณฑ์
CFI	> 0.90	0.977	ผ่านเกณฑ์
TLI	> 0.09	0.956	ผ่านเกณฑ์
SRMR	< 0.05	0.036	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	< 0.08	0.063	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของ
โมเดลผ่านเกณฑ์ แสดงว่าโมเดลการวัดความรู้ด้าน

สุขภาพมีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างดี สามารถวัดได้ตรง
ตามสภาพจริงของข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โมเดลองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน

ตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด ตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ
ความรู้ความเข้าใจ (b=1.00) อธิบายความแปรปรวนได้
45.90% ($R^2 = 0.459$) รองลงมา คือ การจัดการตนเอง

(b=0.896) อธิบายความแปรปรวนได้ 49.40% ($R^2 =$
0.494) และความรู้เท่าทันสื่อ (b=0.835) อธิบายความ
แปรปรวนได้ 48.60% ($R^2 = 0.486$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดงการเมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ

องค์ประกอบ ของโมเดลการวัด	เมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ				Factor score	
	b	SE	t	β		
ความรู้ความเข้าใจ	1.000	0.000	999.000	0.677	0.182	0.459
การเข้าถึงข้อมูล	0.221	0.049	4.494	0.359	0.144	0.129
ทักษะการสื่อสาร	0.605	0.080	7.552	0.628	0.231	0.394
การจัดการตนเอง	0.896	0.112	7.990	0.703	0.216	0.494
ความรู้เท่าทันสื่อ	0.835	0.106	7.880	0.697	0.243	0.486
การตัดสินใจ	0.587	0.108	5.453	0.473	0.061	0.224

2.4) การกำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การกำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้พฤติกรรมเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ การกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เพื่อค้นหาจุดตัดในการหาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า จุดตัดที่เหมาะสมในการจำแนกระดับความรอบรู้ตั้งแต่ 52.50 คะแนน ให้ค่าความไวสูงสุด 59.30% ค่าความจำเพาะ 69.80% พื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.42% (95%CI = 0.32-0.52) บุคคลมีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 52.50 จากคะแนนเต็มทั้งหมด อาจมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ได้พัฒนาและทดสอบคุณภาพของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน แบบวัดความรอบรู้ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลสำหรับออกแบบแนวทางการพัฒนาประชาชนให้เกิดความรอบรู้ด้วยตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีและสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

โดยภาพรวม แบบวัดฯ มีความเชื่อมั่นด้านความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.88

ซึ่งนับว่าสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดว่า ในเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ ต้องมีค่า 0.70 ขึ้นไป และเมื่อพิจารณาระดับของความเชื่อมั่นของแบบวัดฯ พิจารณาจากเกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ถือเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ในระดับดี ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันครั้งนี้ มีค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลทั้ง 3 ส่วน คือ ค่าไคสแควร์/ไคสแควร์สัมพัทธ์ ดัชนีตรวจสอบความกลมกลืนและค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า ที่แสดงให้เห็นว่าโมเดลที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพบว่าองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถเป็นองค์ประกอบการวัดของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ในทางสถิติ⁽²¹⁾ ดังนั้นแบบวัดฯ นี้มีความถูกต้องด้านเนื้อหา โครงสร้างและด้านความเที่ยงตรง สามารถนำไปประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนได้

แบบวัดฯ นี้ กำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากคะแนนรวม โดยมีจุดตัดที่ 52.50 คะแนน โดยวิเคราะห์พฤติกรรมการกินและไมกินอาหารประเภทปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบ หรือปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ บุคคลมีคะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 52.50 จากคะแนนเต็มทั้งหมด อาจมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ

ข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน มีความจำเป็นและสำคัญในการขับเคลื่อนงานสนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพควรมีการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเพื่อมุ่งสู่การสร้างสุขภาพของประชาชนโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกพัฒนาขึ้นมีความถูกต้องด้านเนื้อหา โครงสร้าง และความเที่ยงตรงสามารถนำไปใช้ประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในระดับเขตสุขภาพและประเทศได้ ทั้งนี้หากจะนำเครื่องมือไปใช้กับกลุ่มอื่นควรมีการพัฒนาต่อยอดเพิ่มเติมและควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบแนวทางพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ธีรวัฒน์ วัลย์เสถียร ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ข้อเสนอแนะและผลักดันให้งานสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ศุภชัย ฤกษ์งาม อดีตผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค ที่ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนางานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ดร.บุญทนากร พรหมภักดี หัวหน้ากลุ่มพัฒนาองค์กร ที่คอยให้คำปรึกษาสำหรับการดำเนินงานและให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการ ข้อเสนอแนะตลอดจนให้การสนับสนุนทีมวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านผือ อำเภอหนองเรือ ศูนย์แพทย์ชิตะผดุงรพ.สต.โนนทอน ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุด ต้องขอขอบคุณชาวบ้านทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 – 2568. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
2. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับลดความเสี่ยงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล; 2557.
4. Jongsuksuntigul P, Imsomboon T. Epidemiology of opisthorchiasis and national control program in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1998;29:327-32.
5. อังษณา ยศปัญญา, สุพรรณ สายหลักคำ, บุญจันทร์ จันทร์มหา, เกษร แถวโนนจิว. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดเลย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2558; 22(1):89-97.
6. เกษตร ปะทิ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนอนพยาธิของประชาชนอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน พ.ศ.2559. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2560;4:36-42.
7. ถาวร ทุมสะกะ, สุชาติ ภัยหล้า. ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558;4:481-94.
8. กรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนสิทธิ์. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ 2557.

9. กิตติพงษ์พรมผลเมือง, ปัดพงษ์เกษมบูรณ์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่อำเภอศรีบุญเรืองจังหวัดหนองบัวลำภู.วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2557; 2(1):53-62.
10. สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในตำบลหนองกัญศูนย์ อำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2 18-19 มิถุนายน 2558 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา 2558.
11. World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples In the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. 26-30 October 2009. Nairobi, Kenya. 1988.
12. Nutbeam, D. Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Education Research. 23(5). Published by Oxford University Press; 2008.
13. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.การสร้างเสริมและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ฉบับปรับปรุงปี 2561. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
14. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560-2579). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์;กรุงเทพฯ 2560.
15. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน 2557. นนทบุรี: กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
16. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, นริมาลย์ นิละไพจิตร. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแฉกงานด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. ม.ป.ท.: 2558.
17. อังคินันท์ อินทรกำแหง, ธัญชนก ชุมทอง. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่น 2560.
18. จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. บทความพิเศษ: การคำนวณขนาดตัวอย่าง. Journal of mental Health of Thailand 2012;20(3):192-8.
19. ศิริชัย กาญจนวสี.ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม. พิมพ์ครั้งที่ 10.กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2554.
20. Hair, J., Blak, W.C., Barbin, B.J., Anderson, R.E., & Tatham, R.L. Multivariate data analysis. 6th New Jersey: Upper Sandle River, Prentice Hall 2010;168-707.
21. Schumacker, R. E. & Lomax, R. G., A beginner's guide to structural equation modeling. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates 2010.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแกนนำชุมชน ในพื้นที่อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

Health Literacy of prevention and control of rabies, community leaders in Srinarong district, Surin Province

จันทกานต์ วลัยเสถียร ส.ม. (สาธารณสุขชุมชน)

Jantakarn Valaisathien M.P.H. (Community Public Health)

เบญจมาศ อุรัตน์ ป. พยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง

Benjamas Unrat Cert. in Nursing Sciences

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

The Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima

Received: October 7, 2019

Revised: April 30, 2020

Accepted: April 30, 2020

บทคัดย่อ

โรคพิษสุนัขบ้ายังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 9 เนื่องจากยังพบผู้เสียชีวิตติดต่อกันตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2562 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นมาตรการหนึ่งที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จึงได้ทำการสำรวจแบบภาคตัดขวางในกลุ่มแกนนำชุมชน อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ในแกนนำชุมชนจำนวน 310 คนได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งมีเนื้อหา 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า แกนนำชุมชนเป็นเพศหญิงร้อยละ 65.20 เพศชายร้อยละ 34.8 อายุระหว่าง 44-53 ปี ร้อยละ 47.40 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 72.30 โดยแกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = 0.40) มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.55, S.D. = 0.31) และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.419, p -value < 0.001) ดังนั้น จึงควรมีการเสริมสร้างให้แกนนำชุมชนมีความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามากขึ้นและควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค โรคพิษสุนัขบ้า

Abstract

Rabies is a major problem in Health Region 9 because patients were found every year during 2017-2019. Health literacy is one of the effective measurements to prevent and control rabies. In March 2019, a cross-sectional survey was done. 310 community leaders in Sri Narong District Surin Province were selected by simple random sampling to study the relationship between health literacy and rabies control behaviors. Data were collected by using a questionnaire which had 3 parts: general information, health literacy and self-protection behavior. Data was analyzed by descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results found that community leaders were female 65.20 percent and male 34.80 percent, aged between 44–53 years old 47.40 percent, were public health volunteers 72.30 percent. Most community leaders have a health literacy score in preventing rabies at moderate level ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = 0.40) and having self-protection behavior from rabies at moderate level ($\bar{X}$ = 2.55, S.D. = 0.31). Health literacy had a positive relationship with moderate level of self-protection behavior with statistical significance at 0.05 level (r = 0.419, p -value < 0.001). So health literacy in rabies prevention and control should be improve in community leaders. Factors related to rabies self-protection behaviors should be studied.

Keywords: Health Literacy Prevention and control Rabies

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และ มีผู้ป่วยเสียชีวิตทุกปี ส่งผลให้ประเทศไทยประกาศ นโยบายการเร่งรัดให้มีการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าหมดไป จากประเทศไทยภายในปี พ.ศ.2562 ตามเป้าหมายของ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ในพระปณิธาน ของ ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้า ลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ซึ่ง สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ยังพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ปี พ.ศ.2561 จำนวน 18 ราย จำแนกเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 ราย ภาคใต้ 5 ราย ภาคตะวันออก 3 ราย ภาคกลาง 1 ราย และภาคเหนือ 1 ราย รับเชื้อจากสุนัข 17 ราย ร้อยละ 94.4 และจากแมว 1 ราย ร้อยละ 5.50⁽¹⁾

เขตสุขภาพที่ 9 มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า 4 ราย ได้แก่ จังหวัดบุรีรัมย์ 2 ราย สุรินทร์และนครราชสีมา จังหวัดละ 1 ราย จากการสอบสวนโรคพบผู้เสียชีวิต 4 ราย รับเชื้อจากสุนัข แมวที่มีเจ้าของ และผู้เสียชีวิตทุกรายไม่ ได้รับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า หลังถูกสุนัขกัดไม่ได้ล้างแผล มีเพียง 1 ราย เท่านั้นที่ได้รับการล้างแผลจากสถานรักษา พยาบาล แต่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงประชาชนยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึง ประสงค์ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำหรับ สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ช่วงเวลาเดียวกันพบว่า มีผลตรวจยืนยันพบสัตว์หัวบวม 344 ตัว พบมากที่จังหวัด สุรินทร์ ร้อยละ 59.80 นครราชสีมา ร้อยละ 27.30 บุรีรัมย์ ร้อยละ 5.80 และชัยภูมิ ร้อยละ 6.90 จากข้อมูล สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์มีแนวโน้มการกระจาย

ของสัตว์หัวบวมเกือบทุกพื้นที่ อำเภอที่พบโรคในสัตว์ ได้แก่ สุรินทร์ ร้อยละ 100.00 ชัยภูมิ ร้อยละ 68.80 นครราชสีมา ร้อยละ 62.50 และ บุรีรัมย์ ร้อยละ 43.50⁽¹⁾ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มสูงขึ้นในคน โดยเฉพาะอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ยังคงพบ หัวสุนัขบวมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559–2561 จำนวน 1, 2 และ 2 หัว ตามลำดับ อำเภอศรีณรงค์เป็นพื้นที่ติดกับอำเภอ ศรีขรภูมิและจังหวัดศรีสะเกษ มี 5 ตำบล จำนวน 62 หมู่บ้าน ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีหอกระจายข่าว จำนวน 62 แห่ง วิทยุชุมชน 1 แห่ง เป็นอำเภอที่ พบการกระจายของสัตว์หัวบวมเกือบทุกพื้นที่ จากการ ประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนของอำเภอศรีณรงค์ จังหวัด สุรินทร์ปี พ.ศ. 2561 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 59.32 ส่วนใหญ่ได้รับรู้ ผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 61.56 เคยได้ยินคำกล่าว 5 ย. เพียงร้อยละ 11.07 ความถี่ในการได้รับความรู้อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จาก ข้อมูลบริบทของพื้นที่พบว่าประชาชนมีการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารค่อนข้างน้อย และพฤติกรรมในการป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับปาน กลาง ร้อยละ 67.30 จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ประชาชนบางส่วนยังมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าไม่ถูกต้อง เมื่อวิเคราะห์ข้อมูล บริบทของพื้นที่พบว่าประชาชนมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าไม่ถูกต้อง⁽²⁾

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า พบว่าการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสุนัขในจังหวัดนครปฐม⁽³⁾ ซึ่งอยู่ในระดับดี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และมีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์⁽⁴⁾ พบว่า ความเชื่อและการรับรู้ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับการป้องกันตนเองปานกลาง และการป้องกันตนเองจากโรคอยู่ในระดับสูง จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามีค่อนข้างน้อย

องค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ ได้เสนอแนวคิด Health literacy หรือ การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ หรือความรู้ด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือในการสะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน โดยบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสารสนเทศทางสาธารณสุข รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เข้าใจได้ในสิ่งที่ได้ยิน จะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ เพราะมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่ำ ทำให้การดูแลตนเองไม่ดี ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศที่สูงขึ้น กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁶⁾ ได้เสนอคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ทางสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ(access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ (6) การจัดการตนเอง (Self-management) โดย ดอน นัทปิม⁽⁵⁾ ได้อธิบายแนวคิดการจำแนกตามระดับการพัฒนา 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ขั้นพื้นฐาน ระดับ 2 ขั้นปฏิสัมพันธ์ และระดับ 3 ขั้นวิจารณ์ญาณ

จากสภาพปัญหาและการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี

และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงนำมาสู่การศึกษาความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแกนนำชุมชน ในพื้นที่อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแกนนำชุมชน ในเขตพื้นที่อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ เป็นพื้นที่นำร่องการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายเป็นแกนนำชุมชน เนื่องจากเป็นผู้ที่ประชาชนในชุมชนให้ความเชื่อมั่น และศรัทธาพร้อมที่จะปฏิบัติตาม ดังนั้น ถ้าชุมชนมีแกนนำที่ดีมีความรู้ มีความเข้าใจในการพัฒนาชุมชน รวมถึงมีคุณสมบัติของการเป็นผู้นำ ก็สามารถทำให้ชุมชนนั้น ๆ เกิดการขับเคลื่อน และพัฒนางานได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดโดยรวมแก่ประชาชน นักวิจัยจึงมีความสนใจที่ต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแกนนำชุมชน อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ประกอบการกำหนดแนวทางหรือวิธีการที่เป็นทางเลือกในการแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการบรรลุตามนโยบายการเร่งรัดให้มีการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าหมดไปจากประเทศไทยภายในปี พ.ศ. 2562 ต่อไป วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าแกนนำชุมชน อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแกนนำชุมชน อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา หนังสือรับรองรหัส KHE 2019-002 เลขที่โครงการวิจัย NHPH 002 ผู้วิจัยทำการขออนุญาตกลุ่มแกนนำในชุมชนก่อนการเก็บข้อมูล โดยได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา และสามารถ

ตอบข้อสงสัยก่อนตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยอย่างสมัครใจ และมีการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชุมชนในพื้นที่ของอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประชาชนชาวบ้าน มรรคนายก และอาสาสมัครปศุสัตว์ จำนวน 1,114 คน คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนโดยใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 310 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการจัดสรรตาม Proportional to size ในแต่ละกลุ่มแกนนำ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2561 – มีนาคม พ.ศ.2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ เป็นแบบสอบถาม มี 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับจากกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁶⁾ มี 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 2) ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 3) ทักษะการสื่อสารด้านการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 4) การจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า 5) การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และ 6) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า กำหนดระดับปฏิบัติเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) จากการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน คัดเลือกคำถามจากค่าดัชนี IOC ที่มีค่าระหว่าง -1 ถึง 1 ข้อคำถามที่ดีควรมีค่า IOC ใกล้ 1 ค่าดังกล่าว ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ทำการปรับปรุงแก้ไข⁽⁷⁾ และปรับปรุง

แบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Pilot) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 ชุด เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า แกนนำชุมชน ด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์⁽⁸⁾ ดังนี้

ค่า r	ระดับของความสัมพันธ์
0.90 – 1.00	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
0.70 – 0.90	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
0.50 – 0.70	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
0.30 – 0.50	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
0.00 – 0.30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของแกนนำชุมชนในพื้นที่ของอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 310 คน จำแนกเป็นตำบลตรวจ ร้อยละ 25.50 ตำบลณรงค์ ร้อยละ 23.20 ตำบลแจนแวน ร้อยละ 21.00 ตำบลหนองแวง ร้อยละ 13.50 และตำบลศรีสุข ร้อยละ 16.80 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.20 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.40 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.30 รายได้ของแกนนำไม่พอใช้ ร้อยละ 61.90 อายุอยู่ระหว่าง 44–53 ปี ร้อยละ 47.40 รองลงมาคือ อายุ 34–43 ปี ร้อยละ 21.90 แกนนำชุมชนเป็น อสม. ร้อยละ 72.30 รองลงมาคือ ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 5.80 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 310 คน)

คุณลักษณะทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	108	34.80
	หญิง	202	65.20
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	153	49.40
	มัธยมต้น	56	18.10
	มัธยมปลาย/ปวช.	71	22.90
	ปวส./อนุปริญญา	5	1.50
	ปริญญาโท	14	4.50
	ปริญญาตรี	11	3.50
	เกษตรกร	252	81.30
อาชีพ	รับจ้าง	18	5.80
	แม่บ้าน	16	5.20
รายได้	ไม่พอใช้	192	61.90
	พอใช้จ่าย	117	37.70
แกนนำ	อสม.	224	72.30
	ผู้ใหญ่บ้าน	18	5.80
	อาสาปศุสัตว์	15	4.80
	มรรคนายก	14	4.50
	ปราชญ์ชาวบ้าน	13	4.20
	ส.อบต.	8	2.60
	นายกอบต.	6	1.90
	รองนายกอบต.	6	1.90
	กำนัน	6	1.90

ความรอบรู้ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในภาพรวม อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = 0.40) พบว่าแกนนำชุมชนมีความรอบรู้อยู่ในระดับสูง คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ($\bar{X}$ = 4.75, S.D. = 0.54) รองลงมาคือ ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 4.46, S.D.

= 0.49) ทักษะการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 4.38, S.D. = 0.65) การสร้างความเข้าใจการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 4.34, S.D. = 0.48) การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.59) และทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = 0.67) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชน อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ (n=310)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
1. การเข้าถึงข้อมูลการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	4.75	0.54	สูง
2. การสร้างความเข้าใจการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	4.34	0.49	กลาง
3. ทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	3.81	0.65	ต่ำ
4. ทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	4.46	0.48	กลาง
5. ทักษะการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า	4.38	0.59	กลาง
6. การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	4.15	0.67	กลาง
ภาพรวม	4.32	0.40	กลาง

ผลการวิเคราะห์การจัดกลุ่มค่าเฉลี่ยความรอบรู้ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสูงคือค่าเฉลี่ยเท่ากับหรือมากกว่า ($\bar{X}+S.D.$) กลุ่มปานกลางคือค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง ($\bar{X}\pm S.D.$) และกลุ่มต่ำคือค่าเฉลี่ยเท่ากับหรือน้อยกว่า ($\bar{X}-S.D.$) พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.00 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.00 ด้านการสร้างความเข้าใจการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.00 และระดับต่ำ ร้อยละ 10.00 ด้านทักษะ

การสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับระดับปานกลาง ร้อยละ 75.00 และระดับต่ำ ร้อยละ 25.00 ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.00 และระดับต่ำ ระดับสูง ร้อยละ 12.50 เท่ากัน ด้านทักษะการจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100.00 และด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการจัดกลุ่มความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชน
อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

ค่าเฉลี่ย คะแนน	การเข้าถึง ข้อมูล		การสร้าง ความเข้าใจ		ทักษะ การสื่อสาร		ทักษะ การตัดสินใจ		ทักษะการ จัดการตนเอง		การรู้ เท่าทันสื่อ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(คน)		(คน)		(คน)		(คน)		(คน)		(คน)	
≥4.73 (สูง)	205	66.00					39	12.5				
3.93-4.72 (ปานกลาง)	105	34.00	279	90.00	78	25.00	232	75.00	310	100.00	310	100.00
≤3.92 (ต่ำ)			31	10.00	232	75.00	39	12.50				

ด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า

ผลการวิเคราะห์ด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ภาพรวมพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.55, S.D. = 0.31) เมื่อพิจารณารายประเด็น พบว่า ประเด็นพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก มี 2 ประเด็น ได้แก่ หากท่านถูกสุนัข/แมวกัด ต้องไปหาหมอฉีดวัคซีนให้ครบ พฤติกรรมเหมาะสมมาก ($\bar{X}$ = 2.94, S.D. = 0.27) รองลงมาคือ หากถูกสุนัข/แมวกัดหรือข่วน จะล้างแผลด้วยน้ำสบู่หลาย ๆ ครั้ง พฤติกรรมเหมาะสมมาก ($\bar{X}$ = 2.87, S.D. = 0.37) ประเด็นพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง มี 4 ประเด็น ได้แก่ ตัวท่านหรือเคยแนะนำคนรู้จักให้พาสุนัข/แมวไปฉีดวัคซีนป้องกันโรค

พิษสุนัขบ้าเป็นประจำปี อยู่ในระดับพฤติกรรมเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.72, S.D. = 0.48) รองลงมาคือ หากท่านมีแผลที่ผิวหนังและสัมผัสเนื้อสมองสัตว์และหรือ ขี้แฉะซากสัตว์ ต้องรีบล้าง และไปพบแพทย์ฉีดวัคซีน ($\bar{X}$ = 2.68, S.D. = 0.58) หากท่านถูกสุนัข/แมวกัด ต้องกักสุนัขหรือแมวเพื่อดูอาการสัตว์ 10 วัน พฤติกรรมเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.61, S.D. = 0.66) ตัวท่านหรือเคยแนะนำคนรู้จักให้พาถูกสุนัขอายุ 2-3 เดือนขึ้นไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับพฤติกรรมเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.53, S.D. = 0.63) และประเด็นพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง มี 1 ประเด็น ได้แก่ ท่านชอบเล่น หรือหยอกล้อกับสุนัข/แมวที่ไม่ใช่ของตัวเอง พฤติกรรมเหมาะสมต่ำ ($\bar{X}$ = 1.52, S.D. = 0.74) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ประเด็นพฤติกรรม	ร้อยละ			$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย			
1. ตัวท่าน หรือเคยแนะนำคนรู้จักให้พาสุนัข/แมวไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นประจำปี	73.2	25.5	1.3	2.72	0.48	ปานกลาง
2. ตัวท่าน หรือเคยแนะนำคนรู้จักให้พาลูกสุนัขอายุ 2-3 เดือนขึ้นไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	60.3	32.3	7.4	2.53	0.63	ปานกลาง
3. หากถูกสุนัข/แมวกัดหรือข่วนจะล้างแผลด้วยน้ำสบู่หลายๆ ครั้ง	87.7	11.3	1.0	2.87	0.37	มาก
4. หากท่านถูกสุนัข/แมวกัด ต้องไปหาหมอฉีดวัคซีนให้ครบ	94.2	5.2	0.6	2.94	0.27	มาก
5. หากท่านถูกสุนัข/แมวกัด ต้องกักสุนัขหรือแมวเพื่อดูอาการสัตว์ 10 วัน	71.0	19.0	10.0	2.61	0.66	ปานกลาง
6. หากท่านมีแผลที่ผิวหนังและสัมผัสเนื้อสมองสัตว์และ หรือชำแหละซากสัตว์ ต้องรีบล้าง และไปพบแพทย์ฉีดวัคซีน	74.2	19.7	6.1	2.68	0.58	ปานกลาง
7. ท่านชอบเล่น หรือหยอกล้อกับสุนัข/แมวที่ไม่ใช่ของตัวเอง	14.5	23.2	62.3	1.52	0.74	ต่ำ
รวม				2.55	0.31	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างของความรอบรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแก่นำชุมชนด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ

เพียร์สันพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าระดับสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.419$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแก่นำชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p-value
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	0.419	< 0.001

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

แกนนำชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 44-53 ปี มีอสม.ร้อยละ 73.20 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.30 รายได้ของแกนนำไม่พอใช้ ร้อยละ 61.90 ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง รายด้านพบด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามีคะแนนน้อยที่สุด และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวกและอยู่ในระดับต่ำ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแกนนำชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์พบว่า ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของโก๊ะ อาโก, จิราพร ชมพิกุล, ชีระวิทย์ รัตนพันธ์⁽³⁾ พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสุนัข ในจังหวัดนครปฐม ประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 38.50 ของเจ้าของสุนัขมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระดับที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ผู้ดูแลสุนัขจำนวนสุนัข ประสบการณ์การถูกสุนัขกัด การได้ยินเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า และการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชน ภาพรวมพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ดันตริตตานนท์⁽⁴⁾ ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนอำเภอเมือง

จังหวัดสุรินทร์พบว่า การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองพบว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ระดับต่ำคือ พฤติกรรมชอบเล่น หรือหยอกล้อกับสุนัข/แมวที่ไม่ใช่ของตัวเอง ร้อยละ 62.30 สอดคล้องกับการศึกษาของศรภุชงค์ รักพาณิชย์ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์⁽⁹⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเจ้าของสุนัขในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมต่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 74.56 ไกล่เคียงกับการศึกษาของ โก๊ะ อาโก, จิราพร ชมพิกุล, ชีระวิทย์ รัตนพันธ์⁽³⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดนครปฐม พบผู้มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ร้อยละ 61.50 จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมของแกนนำที่มีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าไม่เหมาะสมคือ การเล่นหรือหยอกล้อกับสุนัข/แมวที่ไม่ใช่ของตัวเอง การแนะนำคนรู้จักให้พาลูกสุนัขอายุ 2-3 เดือนขึ้นไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การปฏิบัติตัวเมื่อถูกสุนัข/แมวกัด การกักสุนัขหรือแมวเพื่อดูอาการสัตว์ 10 วัน การปฏิบัติตัวเมื่อมีแผลแล้วไปสัมผัสเนื้อสมองสัตว์และหรือชำแหละซากสัตว์ การแนะนำคนรู้จักให้พาสุนัข/แมวไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นประจำปี เป็นต้น สอดคล้องกับผลประเมินการรับรู้ของกลุ่มสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา⁽¹⁰⁾ ที่ทำการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคพิษสุนัขบ้าของอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์พบการรับรู้ด้านการสื่อสารในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เพียงร้อยละ 59.32 และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.419$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ดันตริตตานนท์⁽⁴⁾ ที่พบว่าความเชื่อและการรับรู้ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับการป้องกันตนเอง ($r = 0.451$, $p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในด้านทักษะการสื่อสาร การสร้างความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อให้กับแกนนำชุมชน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในชุมชนได้มากที่สุด

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies Free area) และในพื้นที่หวับวัก เพื่อกำหนดเป็นมาตรการในการเฝ้าระวังเชิงรุกในพื้นที่

ควรมีการพัฒนาชุมชนแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อเป็นรูปแบบในการจัดการด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล และชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thairabies.net/tm/>
2. สายชล เพชรล้ำ. รายงานสรุปสถานการณ์การปฏิบัติงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า. กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา; 2561.
3. โก๊ะ อาโก, จิราพร ชมพิกุล, ชีระวิทย์ รัตนพันธ์. พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสุนัข ในจังหวัดนครปฐม ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2558;13(1):17-28.
4. วาสนา ตันติรัตนานนท์. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2551.
5. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก D:Downloads/071120161001448526_menuhome.pdf
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ความฉลาดทางอารมณ์ [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/378>
7. Hambleton RK. Principles and Selected Applications of Item Response Theory. 3thed. New York: John Wiley & Sons;1989.
8. Hinkle DE, William W, Stephen GJ. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4thed. New York: Houghton Mifflin;1998.
9. ศรภุชณ์ รักพาณิชย์ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเจ้าของสุนัขในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2561;36(2): 158-66.
10. จันทกานต์ วลัยเสถียร. รายงานผลการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนกลุ่มเป้าหมายอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ประจำปี 2561. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา; 2561.

วิทยาการระบาดผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Epidemiology of rabies exposure at Yang Si Surat district, Maha Sarakham province

ธัญญามาศ ทิงาม ส.ม. (วิทยาการระบาด)

Thanyamat Tee-ngam M.P.H. (Epidemiology)

พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ ป.ด. (วิทยาการระบาด)

Pornnapa Suggaravetsiri Ph.D. (Epidemiology)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received: August 1, 2019

Revised: April 1, 2020

Accepted: April 30, 2020

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิทยาการระบาดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยคัดลอกข้อมูลจากรายงานการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) ของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 773 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ารับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 79.30 โดยพบเพศชาย ร้อยละ 51.23 มีอายุ 5-14 ปี ร้อยละ 19.15 สถานภาพสมรส/ คู่ ร้อยละ 54.72 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.12 อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลยางสีสุราช สัมผัสโรคมากที่สุดในเดือนเมษายน สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.53 ถูกสัมผัสที่บริเวณขา ลักษณะบาดแผลมีเลือดออก สัมผัสโรคโดยถูกกัด ร้อยละ 90.82 สุนัขเป็นสัตว์นำโรค ร้อยละ 81.37 มีอายุมากกว่า 1 ปี เป็นสัตว์ที่มีเจ้าของ สามารถกักขังได้/ ติดตามได้ และไม่ตายภายใน 10 วัน ไม่ทราบประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สาเหตุการถูกสัมผัสโดยมีสาเหตุโน้มนำ ร้อยละ 60.54 และไม่มีการส่งหัวสัตว์ตรวจ ร้อยละ 100.00 มีการล้างแผลก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 78.78 ซึ่งล้างด้วยน้ำและสบู่/ ผงซักฟอก ร้อยละ 80.79 ไม่ได้ใส่ยาฆ่าเชื้อก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 69.34 ไม่เคยฉีด หรือเคยฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม ส่วนใหญ่ไม่ได้ฉีดอิมมูโนโกลบูลิน (RIG) ร้อยละ 98.97 ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ชนิด PCEC ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่โดยวิธีเข้าใต้ผิวหนัง และไม่มีอาการแพ้หลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบตามเกณฑ์ แต่ยังมีบางส่วนที่รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการสื่อสารให้ความรู้เน้นการป้องกันไม่ให้ถูกสัตว์กัด ด้วยคาถา 5 ย. การปฏิบัติตัวเมื่อถูกสัตว์กัด ข้อดีข้อเสียของการรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และควรพัฒนาระบบการติดตามการรับวัคซีน เพื่อป้องกันการลืมนัดของผู้สัมผัสโรค และลดปัญหาการฉีดวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ต่อไป

คำสำคัญ: วิทยาการระบาด โรคพิษสุนัขบ้า

Abstract

This study is a cross-sectional descriptive research. To study the epidemiology of rabies exposure in Yang Si Surat District, Maha Sarakham province. Data were collected by copying data from the rabies vaccination report (R. 36) of rabies exposed to 773 people. Data analysis was conducted using descriptive statistics including number, percentage and mean.

The study indicated that those exposed to rabies, receiving vaccines fully in accordance with the criteria of 79.30%, found that 51.23% of males, aged 5–14 years, 19.15%, marital status/ couples 54.72%, most of them are farmers. Royal touch the disease most in April 93.53% of universal health care rights are exposed to the legs, 93.53% of universal health care rights are exposed to the legs. Traumatic bleeding %90.82 of the disease is bitten by a dog. %81.37 of the dogs are infected with disease. They are over 1 year old. Can be detained/ tracked and not dead within 10 days. Do not know history of rabies vaccination. The cause of being exposed by the cause was 60.54% and there was no transmission of 100.00% of the animal heads. The wound was washed before 78.78% of the public health officials were washed with water and soap/ detergent 80.79%. 69.34% of public health officers were found to have never been injected or had been injected with less than 3 needles. Most of them did not inject 98.97% of immunoglobulin (RIG). Types of PCEC 100.00% most of the way into the skin and no allergic reactions after rabies vaccination.

This study shows that most rabies exposed to rabies vaccine according to the criteria, but there are still some that do not meet the criteria. Therefore, public health officials should have communication to educate, focus on preventing animals from biting with 5 yor. Practice when being bitten by animals. Advantages and disadvantages of rabies vaccination. And should develop a vaccine tracking system to prevent forgotten appointments and reduce the problem of vaccination not fully following the criteria.

Keywords: Epidemiology, Rabies

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้า เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งผู้ที่ติดเชื้อหากแสดงอาการแล้ว ไม่สามารถรักษาให้หายได้ต้องเสียชีวิตทุกราย โรคพิษสุนัขบ้าสามารถป้องกันก่อนและหลังการสัมผัสโรคนี้โดยการรับวัคซีนที่ครบชุดตามเกณฑ์การรักษา องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ร่วมมือกับองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (Office International des Epizooties; OIE) และองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations; FAO) กำหนด

เป้าหมายให้ทุกประเทศทุกภูมิภาคทั่วโลก กำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2573⁽¹⁾

สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย พบผู้ป่วยเสียชีวิตสูงสุด ในปี พ.ศ. 2523 จำนวน 370 ราย ปัจจุบันมีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้ามีแนวโน้มลดลง แต่พบสัตว์ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มมากขึ้น กรมควบคุมโรค คาดการณ์ว่ามีผู้ถูกสุนัขกัดถึงประมาณ 300,000–400,000 รายต่อปี เสียชีวิตประมาณ 15–20 รายต่อปี ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการควบคุมป้องกันโรคทั้งในคนและสัตว์มากกว่า 1,000 ล้านบาทต่อปี⁽²⁾

ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ พบว่า ในปี พ.ศ.2560 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า 1 ราย ที่จังหวัดร้อยเอ็ด และในปี พ.ศ.2561 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า 1 ราย นอกจากนี้ยังพบรายงานสัตว์ติดเชื้อพิษสุนัขบ้า ในเขตสุขภาพที่ 7 รวม 197 ตัว จังหวัดที่พบสัตว์ติดเชื้อพิษสุนัขบ้าสูงสุด คือ จังหวัดร้อยเอ็ด รองลงมา คือ จังหวัดกาฬสินธุ์ มหาสารคาม และขอนแก่น ตามลำดับ และในปัจจุบันยังพบปัญหาการนำสุนัข และแมวไปปล่อยตามที่สาธารณะต่างๆ ให้เป็นปัญหาของสังคม หากสัตว์เหล่านี้ติดเชื้อยังเป็นอันตราย ประชาชนที่เลี้ยงสุนัขและแมวต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคม โดยการนำสุนัขและแมวที่เลี้ยงทุกตัวไปฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทุกปี และควรมีการคุมกำเนิดเพื่อไม่ให้มีสุนัขและแมวมากเกินไป⁽³⁾

อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เป็นอำเภอขนาดเล็กแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 7 ประชาชน ในพื้นที่ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนาทำสวน จึงนิยมเลี้ยงสุนัขไว้เฝ้าทั้งบ้านและสวนเป็นจำนวนมาก ในปัจจุบันประชากร สุนัข และแมวเพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่มีการคุมกำเนิด และหากเจ้าของไม่นำสุนัขไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เมื่อมีผู้ถูกสุนัขกัดจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคที่มีความเสี่ยงสูง ถึงแม้ในรอบ 20 ปีที่ผ่านมายังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต จากโรคพิษสุนัขบ้าในเขตอำเภอยางสีสุราช จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ถูกสุนัขรุมถึงสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ กัด ย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ 2558-2560 จากฐานข้อมูลโปรแกรม HosXp โรงพยาบาลยางสีสุราช พบว่า มีจำนวน 529, 561 และ 621 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัข บาก็เพิ่มสูงขึ้น และหากกลุ่มผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า เคยได้รับวัคซีนมาแล้วแต่ไม่ครบตามเกณฑ์ เมื่อถูกสุนัขหรือสัตว์ เลี้ยงลูกด้วยนมกัดอีกครั้ง ต้องเริ่มต้นการฉีดวัคซีนใหม่อีกครั้ง ยิ่งทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นไปด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยมุ่งเน้นที่จะศึกษาวิทยาการระบาดผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ผลการศึกษาที่ได้จะนำมาใช้วางแผนปรับปรุงนโยบายและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาวิทยาการระบาดผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2561

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. วิทยาการระบาดผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง การศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่ ของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรค

2. ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง ผู้ที่ถูกสุนัขหรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ทั้งสัตว์เลี้ยงและสัตว์ป่า กัด ข่วน หรือน้ำลายกระเด็นเข้าบาดแผล หรือผิวหนังที่มีรอยถลอกหรือถูกเลียที่เยื่อบุปาก จมูก ตา หรือกินอาหารดิบที่ปรุงจากสัตว์ หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์

3. การฉีดวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ หมายถึง การรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ไม่เป็นไปตามเกณฑ์แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า ฉบับพิมพ์ ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ.2559 สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

4. ร.36 หมายถึง รายงานการฉีดวัคซีนผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

2. ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าทั้งหมด ที่มารับบริการฉีดวัคซีนที่โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ในช่วงปีงบประมาณ 2561 (1 ต.ค. 60- 30 ก.ย. 61) ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือนก่อนช่วงที่ทำการศึกษา จำนวน 773 คน

3. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบคัดลอกข้อมูลรายงานการฉีดวัคซีนผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

(ร.36) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความถูกต้องและพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยต่อคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางพฤติกรรมและสังคมศาสตร์ (ICH GCP) เลขที่ HE612348 เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2562

2) ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางสีสุราช สาธารณสุขอำเภอยางสีสุราช เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3) เก็บรวบรวมข้อมูล

4) ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA Version 10.1 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. การกระจายโรคตามสถานที่

ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 18.76 อาศัยอยู่พื้นที่ตำบลยางสีสุราช ตำบลที่มีผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ามารับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์มากที่สุดคือ ตำบลบ้านกู่ ร้อยละ 34.88 ดังตารางที่ 1

2. การกระจายโรคตามเวลา

ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าส่วนใหญ่ ร้อยละ 14.23 สัมผัสโรคเดือนเมษายน เดือนที่มีผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ามารับวัคซีนครบตามเกณฑ์มากที่สุดคือ เดือนมิถุนายน ร้อยละ 85.94 เดือนที่มีผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ามารับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์มากที่สุดคือ เดือนธันวาคม ร้อยละ 35.19 ดังตารางที่ 2

3. การกระจายโรคตามบุคคล

จากการศึกษาพบผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ารับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 20.70 โดยพบเพศชาย ร้อยละ 51.23 มีอายุ 5-14 ปี ร้อยละ 19.15 โดยมีอายุเฉลี่ย 40 ปี สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 54.72 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.12 กรณีอายุต่ำกว่า 15 ปี ผู้ปกครองทำอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.00 ประเภทสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93.53 และมีสิทธิการรักษาพยาบาลในสถานบริการนี้ ร้อยละ 98.58 สถานที่สัมผัสโรค ร้อยละ 98.45 ในพื้นที่อำเภอยางสีสุราช อยู่ในเขตปกครอง อบต. ร้อยละ 99.22 ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าส่วนใหญ่ถูกสัมผัสที่บริเวณขา ร้อยละ 51.16 ลักษณะบาดแผลมีเลือดออก ร้อยละ 85.77 และประเภทการสัมผัสโรค ร้อยละ 90.82 ถูกกัดจากการศึกษาพบ สุนัขเป็นสัตว์นำโรค ร้อยละ 81.37 มีอายุมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 61.97 เป็นสัตว์ที่มีเจ้าของ ร้อยละ 93.92 สามารถกักขังได้/ติดตามได้ ร้อยละ 93.01 และไม่ตายภายใน 10 วัน ร้อยละ 100.00 ไม่ทราบประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 45.67 สาเหตุการถูกสัมผัสโดยมีสาเหตุโน้มนำ ร้อยละ 60.54 สาเหตุโน้มนำที่พบมากที่สุดคือ ทำร้ายหรือแกล้งสัตว์ และไม่มีการส่งหัวสัตว์ตรวจ ร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 3 มีการล้างแผลก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 78.78 ซึ่งล้างด้วยน้ำและสบู่/ผงซักฟอก ร้อยละ 80.79 ไม่ได้ใส่ยาฆ่าเชื้อก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 69.34 และประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้สัมผัส ร้อยละ 85.38 ไม่เคยฉีดหรือเคยฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม ดังตารางที่ 4 ส่วนใหญ่ไม่ได้ฉีดอิมมูโนโกลบูลิน (RIG) ร้อยละ 98.97 ไม่มีอาการแพ้หลังฉีดอิมมูโนโกลบูลิน (RIG) ร้อยละ 100.00 ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ชนิด PCEC ร้อยละ 100.00 โดยวิธีเข้าในผิวหนัง ร้อยละ 80.21 ไม่มีอาการหลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 99.00 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ การรับวัคซีนของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า จำแนกตามรายตำบล

ตำบล	การรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (N=773)			
	ไม่ครบ ($n_1=160$)		ครบ ($n_2=613$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บ้านกู่	30	34.88	56	65.12
ยางสีสุราช	35	24.14	110	75.86
ดงเมือง	19	22.62	65	77.38
หนองบัวสันตุ	18	19.15	76	80.85
แวงดง	26	18.57	114	81.43
นาภู	22	16.30	113	83.70
แวงดง	26	18.57	114	81.43
สร้างแข่ง	10	11.24	79	88.76
รวม	160	20.70	613	79.30

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ การรับวัคซีนของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า จำแนกตามรายเดือน

เดือน	การรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (N=773)			
	ไม่ครบ ($n_1=160$)		ครบ ($n_2=613$)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มกราคม	10	21.28	37	78.72
กุมภาพันธ์	5	14.29	30	85.71
มีนาคม	18	16.67	90	83.33
เมษายน	22	19.82	89	80.18
พฤษภาคม	11	15.71	59	84.29
มิถุนายน	9	14.06	55	85.94
กรกฎาคม	22	30.99	49	69.01
สิงหาคม	12	25.00	36	75.00
กันยายน	9	15.25	50	84.75
ตุลาคม	13	20.63	50	79.37
พฤศจิกายน	10	23.26	33	76.74
ธันวาคม	19	35.19	35	64.81
รวม	160	20.70	613	79.30

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ลักษณะสัตว์นำโรค จำแนกตามการรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ลักษณะสัตว์นำโรค	การรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (N=773)			
	ครบ (n ₂ =613)		ไม่ครบ (n ₁ =160)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุการถูกสัมผัส				
กัดโดยไม่มีสาเหตุโน้มนำ	94	20.09	374	79.91
ถูกกัดโดยมีสาเหตุโน้มนำ	66	21.64	239	78.36
สาเหตุ	(n ₁ =66)		(n ₂ =239)	
รบกวนสัตว์ขณะกินอาหาร	18	25.71	52	74.29
พยายามแยกสัตว์ที่กำลังต่อสู้กัน	9	23.08	30	76.92
เข้าใกล้สัตว์แม่ลูกอ่อน	16	20.78	61	79.22
ทำร้ายหรือแกล้งสัตว์	15	18.29	67	81.71
อื่นๆ เช่น เล่น/ยุ่งกับสัตว์ที่ไม่ได้เลี้ยง	8	21.62	29	78.38
เข้าไปในบริเวณที่สัตว์คิดว่าเป็นเจ้าของ				
การส่งหัวสัตว์ตรวจ				
ไม่ได้ส่งตรวจ	613	79.30	163	20.70

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ การดูแลรักษาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า จำแนกตามการรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

การดูแลรักษาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า	การรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (N=773)			
	ครบ (n ₂ =613)		ไม่ครบ (n ₁ =160)	
	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
การล้างแผลก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
ไม่ได้ล้าง	28	17.07	136	82.93
ล้าง	132	21.67	477	78.33
น้ำ	20	20.00	80	80.00
น้ำและสบู่/ผงซักฟอก	110	22.36	382	77.64
อื่นๆ เช่น แอลกอฮอล์	2	11.76	15	88.24
การใส่ยาฆ่าเชื้อก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
ไม่ได้ใส่ยา	111	20.71	425	79.29
ใส่ยา	49	20.68	188	29.32
สารละลายไอโอดีนที่ไม่มีแอลกอฮอล์	31	18.79	134	81.21
เช่น โพวิดีน เบตาดีน ฯลฯ				
ทิงเจอร์ไอโอดีน	17	23.94	54	76.06
อื่นๆ เช่น ยาม่วง	0	0.00	1	100

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ การดูแลรักษาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า จำแนกตามการรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (ต่อ)

การดูแลรักษาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า	การรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (N=773)			
	ครบ ($n_2=613$)		ไม่ครบ ($n_1=160$)	
	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้สัมผัส				
ไม่เคยฉีดหรือเคยฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม	151	22.88	509	77.12
เคยฉีด 3 เข็ม หรือมากกว่า	9	7.96	104	92.04
ภายใน 6 เดือน	0	0.00	6	100.00
เกิน 6 เดือน	9	8.41	98	91.59

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลการฉีดอิมมูโนโกลบูลินและวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำแนกตามการรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

การฉีดอิมมูโนโกลบูลินและ วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	การรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (N=773)			
	ไม่ครบ ($n_1=160$)		ครบ ($n_2=613$)	
	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
ฉีดอิมมูโนโกลบูลิน (RIG)				
ไม่ได้ฉีด	160	20.92	605	79.08
ฉีด	0	0.00	8	100.00
อาการหลังฉีดอิมมูโนโกลบูลิน (RIG)				
ไม่แพ้	0	0.00	8	100.00
ชนิดของวัคซีน				
PCEC	160	20.70	613	79.30
ฉีดวัคซีนโดยวิธีวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า				
เข้ากล้ามเนื้อ	21	13.73	132	86.27
เข้าในผิวหนัง	139	22.42	481	77.58
อาการหลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า				
ไม่มีอาการ	158	20.60	609	79.40
มีอาการ	2	33.33	4	66.67
คันบริเวณที่ฉีด	2	33.33	4	66.67

สรุปและอภิปรายผล

ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าอาศัยอยู่พื้นที่ตำบลยางสีสุราช อาจเนื่องมาจากประชากรตำบลยางสีสุราชมีจำนวนมากกว่าตำบลอื่น ประกอบกับเลี้ยงสุนัขและแมวเป็นจำนวนมาก จึงมีโอกาสมากกว่าที่สัมผัสโรคมากกว่าตำบลอื่น สัมผัสโรคมากที่สุดในเดือนเมษายน เนื่องจากเด็กปิดภาคเรียน เที่ยวเล่น ประกอบกับสภาพอากาศร้อนอบอ้าวอาจทำให้สัตว์หงุดหงิดได้ง่าย ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ประเภทสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สัมผัสโรคในพื้นที่อำเภอยางสีสุราช ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าส่วนใหญ่ถูกกัดที่บริเวณขา ลักษณะบาดแผลมีเลือดออก สุนัขที่มีอายุมากกว่า 1 ปี เป็นสัตว์นำโรค สถานะเป็นสัตว์ที่มีเจ้าของ สามารถกักขังได้/ติดตามได้ และไม่ตายภายใน 10 วัน ส่วนใหญ่ไม่ทราบประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สาเหตุการถูกสัมผัสโดยไม่มีสาเหตุโน้มนำ และไม่มีการส่งหัวสัตว์ตรวจ มีการล้างแผลก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งล้างด้วยน้ำและสบู่/ผงซักฟอก ไม่ได้ใส่ยาฆ่าเชื้อก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้สัมผัส ไม่เคยฉีดหรือเคยฉีดน้อยกว่า 3 เข็ม ส่วนใหญ่ไม่ได้ฉีดอิมมูโนโกลบูลิน (RIG) ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ชนิด PCEC โดยวิธีเข้าในผิวหนัง ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ที่ถูกสงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบว่า ผู้ที่สงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 38.40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวน ร่างกายสัมผัสกับสัตว์นำโรคเพียงตำแหน่งเดียว ร้อยละ 92.70 ขาเป็นตำแหน่งที่พบการสัมผัสมากที่สุด ร้อยละ 37.50 การถูกกัดมีเลือดออก ร้อยละ 83.20 สัตว์นำโรคที่พบเป็นสุนัข ร้อยละ 71.50 เป็นสัตว์อายุมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 58.20 มีเจ้าของร้อยละ 55.90 กักขังหรือติดตามอาการได้ ร้อยละ 71.00 ได้ล้างแผลด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอกร้อยละ 71.30 แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ใส่ยาฆ่าเชื้อ ร้อยละ 66.00⁽⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์ พบว่า

สมาชิกในบ้านเคยถูกสุนัข/แมวกัด ร้อยละ 21.00 ไม่ทราบสาเหตุที่ถูกกัด ร้อยละ 54.60 หลังถูกกัดล้างแผลด้วยน้ำและสบู่ ร้อยละ 81.80⁽⁵⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ และการใช้แนวทางการรักษาผู้สัมผัสหรือสงสัยสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า กรณีศึกษา โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า ผู้ที่มารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนใหญ่จะถูกกัดและช่วนเป็นแผลมีเลือดออก ร้อยละ 96.12 ตำแหน่งที่ถูกกัด แขน ขา ร้อยละ 41.39 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ล้างแผลก่อนมาโรงพยาบาล ร้อยละ 65.75⁽⁶⁾ และจากการศึกษาพบผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ารับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 20.70 ซึ่งหากกลุ่มผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าเคยได้รับวัคซีนมาแล้วแต่ไม่ครบตามเกณฑ์ เมื่อถูกสุนัขหรือสัตว์ เลี้ยงลูกด้วยนมกัดอีกครั้ง ต้องเริ่มต้นการฉีดวัคซีนใหม่อีกครั้ง ยิ่งทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นไปด้วย และอย่างที่ทราบกันว่าโรคพิษสุนัขบ้า พบได้ทุกฤดูกาล ทุกคนมีความเสี่ยงในการสัมผัสโรคและเกิดโรคได้ทั้งสิ้น โรคพิษสุนัขบ้า นับว่าเป็นโรคที่มีอันตรายรุนแรง เพราะหากเมื่อเกิดอาการหลังสัมผัสโรคแล้วอัตราการตายคือร้อยละ 100.00 แต่โรคนี้สามารถป้องกันด้วยวัคซีนแม้เราจะมีวัคซีนหลากหลายยี่ห้อ และมีอิมมูโนโกลบูลิน (RIG) ที่มีประสิทธิภาพสูง กระนั้นก็ยังต้องมีผู้ที่ต้องเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าอยู่เสมอๆ ทำให้สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้ายังมีความน่าเป็นห่วงจะประเด็นของสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าที่ยังไม่ทุเลา มาจากความเข้าใจผิดและการปฏิบัติตัวของผู้ที่สัมผัสโรค⁽⁷⁾ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า 1 ราย ที่จังหวัดร้อยเอ็ด สาเหตุเกิดจากสุนัขกัดกันจึงไม่แยก แต่มีสุนัข 1 ตัวสลบ จึงปฐมพยาบาลโดยการเป่าปากสุนัขแล้วไปทำงานที่ต่างจังหวัด มีอาการกำเริบและเสียชีวิตในที่สุด และในปี พ.ศ. 2561 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า 1 ราย ที่จังหวัดกาฬสินธุ์ สาเหตุเกิดจากเหยียบหางสุนัข ทำให้โดนกัดเข้าที่น่องด้านขวาเป็นแผลถลอกด้วยความโมโหเจ้าของหมาจึงได้ฆ่าสุนัขตัวนั้นทิ้ง ภายหลังถูกกัด ได้ใช้เหล้าขาว 40 ดีกรีล้างแผล โดยไม่ได้ไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เมื่อแสดงอาการแล้วจึงทำให้เสียชีวิต จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าประชาชนบาง

ส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีความเชื่อที่ผิดในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า นอกจากนี้ยังพบรายงานสัตว์ติดเชื้อพิษสุนัขบ้า ในเขตสุขภาพที่ 7 รวม 197 ตัว จังหวัดที่พบสัตว์ติดเชื้อพิษสุนัขบ้าสูงสุด คือ จังหวัดร้อยเอ็ด รองลงมา คือ จังหวัดกาฬสินธุ์มหาสารคามและขอนแก่น ตามลำดับ และในปัจจุบันยังพบปัญหาการนำสุนัขและแมวไปปล่อยตามที่สาธารณะต่างๆ ให้เป็นปัญหาของสังคม หากสัตว์เหล่านี้ติดเชื้อยังเป็นอันตรายประชาชนที่เลี้ยงสุนัขและแมวต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคม โดยการนำสุนัขและแมวที่เลี้ยงทุกตัวไปฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทุกปี และควรมีการคุมกำเนิดเพื่อไม่ให้มีสุนัขและแมวมามากเกินไป⁽³⁾ ซึ่งหากทราบสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าไม่ครบตามเกณฑ์ จะสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน ปรับปรุงนโยบายและพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในการเฝ้าระวังป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้าให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ

1. ควรมีการสื่อสารให้ความรู้ เน้นการป้องกันไม่ให้ถูกสัตว์กัด ด้วยคาถา 5 ย. การปฏิบัติตัวเมื่อถูกสัตว์กัด ข้อดีข้อเสียของการรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สื่อสารด้วยภาษาท้องถิ่น โดยผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องในระดับพื้นที่
2. ควรมีระบบการติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในการรับวัคซีนเพื่อป้องกันการลืมนัดของผู้สัมผัสโรค และลดปัญหาการฉีดวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ โดยอาศัยกลไกการประสานงานในพื้นที่ระดับตำบลและหมู่บ้าน
3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ถึงปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างละเอียดในทุกด้าน โดยใช้การมีส่วนร่วมและนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเหตุผล เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง และขยายพื้นที่ที่ทำการศึกษาระดับจังหวัด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้ความกรุณาอย่างดียิ่งจากบุคคลหลาย ๆ ท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร.สุนิสาชายเกลี้ยง และดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ น.สพ. ดร.สรเพชญ อังกิตตระกูล ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางสีสุราช และสาธารณสุขอำเภอยางสีสุราช ที่ให้ความอนุเคราะห์อนุญาตให้เก็บข้อมูลในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Zero by 30: the global strategic plan to end human deaths from dog-mediated rabies by 2030 [Internet]. 2018[cited 2018 March 24]. Available from: <http://www.who.int/rabies/resources/9789241513838/en/>.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. เตือนคนไทยถูกสุนัขกัดปีละเจียด 4 แสนตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเกือบ 20 วอนร่วมมือป้องกัน [ออนไลน์]. 2561[เข้าถึงเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.riskcomthai.org/2017/detail.php?id=30330&m=news&id=1-001-004>.
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. วันพิษสุนัขบ้าโลก สคร.7 จ.ขอนแก่น ย้ำเตือน “โรคพิษสุนัขบ้ารักษาไม่หาย เป็นแล้วตายอย่างเดียว” [ออนไลน์]. 2561[เข้าถึงเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://odpc7.ddc.moph.go.th/archives.php?no=2428&for=&group>.
4. นิวัช เทพสง. ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ที่ถูกสงสัยว่าสัมผัสเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในอำเภอบำเพ็ญ จังหวัดพัทลุง. [การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2551.

5. วาสนา ตันติรัตนานนท์. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์.[การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
6. ทิพย์จันทร์ ศิริกุล, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. สถานการณ์ และการใช้แนวทางการรักษาผู้สัมผัสหรือสงสัยสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2559; 13(1): 51-9.
7. กรมสุขภาพจิต. ความเข้าใจผิดๆ ที่อาจทำให้เสียชีวิตเพราะโรคพิษสุนัข [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก<https://dmh.go.th/newsdmh/view.asp?id=2765>.

