



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

- ❖ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์
- ❖ เปรียบเทียบการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชน ในจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำที่สุดและสูงที่สุดของเขตสุขภาพที่ 5
- ❖ การสัมผัสความร้อนและการเจ็บป่วยจากความร้อนของเกษตรกรตัดอ้อยในอำเภอนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ
- ❖ การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7
- ❖ รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ภายใต้สภาวะความชุกต่ำ ในพื้นที่อำเภอนาคู จังหวัดมหาสารคาม
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่สดของชุมชน จังหวัดขอนแก่น
- ❖ ความรู้ และการปฏิบัติตัวของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อการป้องกันโรคโควิด 19 จังหวัดกาฬสินธุ์
- ❖ การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียน พื้นที่หัวสัตว์บก : กรณีศึกษาตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น
- ❖ การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อหายากหลายขนานในชุมชน กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์
- ❖ ประสพการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นหญิงในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดขอนแก่น

วารสาร



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC 7 KHON KAEN

เจ้าของ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

181/37 ขอยราชประชา ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 043-222818-9 โทรสาร 043-226164

วัตถุประสงค์

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

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค)

ที่ปรึกษา

นายแพทย์เกรียงศักดิ์ เวทีพัฒนาจารย์ ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค)
ดร.นายแพทย์ณรงค์ วงศ์บา ข้าราชการบำนาญ (นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค)
รศ.อรุณ จิรวัฒนกุล นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)
แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

บรรณาธิการ

นายแพทย์สมาน พุฒระกุล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.บรรจบ ศรีภา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ศ.ดร.ธิดารัตน์ บุญมาศ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.ดร.ไพฑูย์ สิทธิถาวร	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	รศ.ดร.ดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.ชนะพล ศรีถาชา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	รศ.ดร.เลิศชัย เจริญธัญรักษ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.พรมภา ศุภรเวทย์ศิริ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	รศ.ดร.ประจักษ์ บัวผัน	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร. สิริขจร ตั้งวัฒนา	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ดร.พญ.เสาวนันท บำเรอราช	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.อดิสร วงศ์คงเดช	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี		
ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น		
ดร.นพดล พิมพ์จันทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์		
ดร.เกษร แก้วโนนน้ำ	ข้าราชการบำนาญ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น)		
ดร.สุภาพร หุยบึงฉิม	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
ดร.วาสนา สอนเพ็ง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
ดร.วันทนา กลางบุรีรัมย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
ดร.เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
ดร.บุญทนการ พรหมภักดี	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
ดร.จมากรณ์ ใจภักดี	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
ดร.ไชยเชษฐ์ นานอก	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		
ดร.เสาวลักษณ์ คัชมาตย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น		

ผู้จัดการ

ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

พิสูจน์อักษร

นายเกียรติชัย สารเสวด นางสาวมลทิพย์ กฤษกรักษ์ นายลือชัย เนียมจันทร์ นางสาวมยุรา สีสาร
นางมานารัตน์ ชันธเขต นางสาวนาฏยา ปัญญาวัฒน์ นางสิรินทรทิพย์ อุดมวงศ์

ฐานข้อมูลและสารสนเทศ

นายต่อพงษ์ กังสาร นายสุบรรณ ปฏิสุทธิ นายสมเกียรติ ชูศรีทอง

กรรมการฝ่ายทะเบียนและเผยแพร่

นางนิศรา เกิดเรณู นายอภิศักดิ์ ช่วยนา

บรรณาธิการแถลง



สวัสดีครับ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น เผยแพร่มาเป็นปีที่ 28 ฉบับที่ 3 (เดือน กันยายน-ธันวาคม) ปี พ.ศ. 2564 มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการ รายงานผลงานวิจัยที่อยู่ในสาขาเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีเนื้อหาสาระทางวิชาการที่หลากหลายให้ท่านได้ศึกษา ค้นคว้า เพื่อปรับใช้ประโยชน์ตามบริบท และปัญหาของพื้นที่ ทั้งการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และภัยสุขภาพ โดยฉบับนี้มีบทความวิชาการที่น่าสนใจหลายเรื่องที่คุณผู้อ่านทุกท่านติดตาม บทความด้านโรคติดต่อ ได้แก่ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ โดยนายแพทย์อรรถพล ภูอาษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บก: กรณีศึกษาตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยคุณสุภาพร พุฒิบงนิม ความรู้ และการปฏิบัติตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อการป้องกันโรคโควิด 19 จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคุณสุวัฒนา อ่อนประสงค์ ในส่วนบทความด้านโรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เปรียบเทียบการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชน ในจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำที่สุดและสูงที่สุดของเขตสุขภาพที่ 5 โดยคุณจุฑาทิพย์ ชมภูษุ การสัมผัสความร้อนและการเจ็บป่วยจากความร้อนของเกษตรกรตัดอ้อยในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ โดยคุณทิพย์อัปสร วิชาทร และบทความอื่นๆ ที่น่าสนใจอีกหลายบทความ ขอเชิญชวนทุกท่านดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/> กองบรรณาธิการขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับท่านที่ส่งบทความมาเผยแพร่ และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งผลงานวิชาการเพื่อเผยแพร่ ผ่านทางเว็บไซต์ดังกล่าวได้ หากมีข้อเสนอแนะประการใดเพื่อปรับปรุงวารสารให้ดียิ่งขึ้น ขอได้โปรดแจ้งทางกองบรรณาธิการ

นายแพทย์สมาน พุตระกูล
บรรณาธิการ

ขอขอบคุณผู้ประเมินอิสระฉบับนี้

ผศ.ดร.สุชาดา ภัยหลักลี
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร
ดร.นพดล พิมพ์จันทร์

ผศ.ดร.พรณภา ศุกรเวทย์ศิริ
ดร.อดิสร วงศ์คงเดช
ดร.เสฐียรพงษ์ คีนา
ดร.สม นาสะอาน

...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 หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจมาเขียนวิจารณ์หรือวิเคราะห์สรุปเอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง

อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

ควรสั้นกระชับรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง 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 เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วๆ 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 หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

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

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

3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

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

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

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

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย 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 ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่ามี การระบาด (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากว่าปกติเท่าไร โดยแสดงตัวเลขจำนวนผู้ป่วยหรืออัตราป่วยที่คำนวณได้

ข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นสภาพทั่วไปของพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลประชากร ภูมิศาสตร์ของพื้นที่ การคมนาคม และพื้นที่ติดต่อที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่ และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขภาพ สาธารณูปโภค และสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

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

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

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างอะไรส่งตรวจ เก็บจากใครบ้าง จำนวนที่ร้าย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค 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 28 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2564 Volume 28 No.3 September-December 2021

สารบัญ

- ❖ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น
อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์
อรอนพล ภูอาษา 1
- ❖ เปรียบเทียบการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชน
ในจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำที่สุดและสูงที่สุดของเขตสุขภาพที่ 5
จุฑาทิพย์ ชมภูษ, นรา เทียมคลี 12
- ❖ การสัมผัสความร้อนและการเจ็บป่วยจากความร้อนของเกษตรกรตัดอ้อยในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ
ทิพย์อัษร วิชาติ, สุนิสา ชายเกลี้ยง 26
- ❖ การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกรรมการป้องกันวันโรคของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป
ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7
ดวงใจ ไทยวงษ์, สุวัฒนา อ่อนประสงค์, อธิเดช ไชยชนะ 39
- ❖ รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ภายใต้สภาวะความชุกต่ำ
ในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม
สุพัตรา สิมมาทัน, นิพนธ์ ไรอา, นิภาพร ชามพิทักษ์ และคณะ 55
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่ของคนขับของชุมชน
จังหวัดขอนแก่น
อิทธิพงษ์ ทองศรีเกตุ 70
- ❖ ความรู้ และการปฏิบัติตัวของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อการป้องกันโรคโควิด 19 จังหวัดกาฬสินธุ์
สุวัฒนา อ่อนประสงค์, กรรณิกัร อดุลวุฒิพงษ์, พัทธ์ กัญจนพร และคณะ 83
- ❖ การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียน พื้นที่หัวสัตว์บก :
กรณีศึกษาดำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น
สุภาพร ทูยบั้งหม, บุญทานกร พรหมกัศ, กิตติศักดิ์ สีสด 93
- ❖ การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อหายากในชุมชน กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์
ไสลิด ชาลี, สุวรรณ สิริเศรษฐกัศ, เกรียงชัย เอกา 109
- ❖ ประสพการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดขอนแก่น
รุจี จารุภาชน 121

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

Prevalence and Factors Associated with Adolescent Sexual Risk and Substance abuse Behaviors in Chom Phra District, Surin Province

อรรพพล ภูอาษา, พ.บ., ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์)

Attaphol Phuasa, M.D., Higher Grad. Dip (Pediatrics)

โรงพยาบาลจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

Chom Phra Hospital, Surin Province

Received: November 6, 2021

Accepted: November 8, 2021

บทคัดย่อ

การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น แต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ถึงขนาดของปัญหา และปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น จึงทำการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อประมาณค่าความชุกและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศ และด้านการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 12-19 ปี เป็นนักเรียนมัธยมต้นและมัธยมปลายที่เรียนในโรงเรียนพื้นที่อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 530 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประมาณค่าความชุก และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้วยวิธีถดถอยพหุคูณอิสระ รายงานค่าความสัมพันธ์ด้วย OR_{adj} และ 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.83 กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 59.43 สูบบุหรี่ ร้อยละ 10.75 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 15.28 มีประสบการณ์ใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร้อยละ 5.66 ความชุกด้านการใช้สารเสพติดทุกชนิด ร้อยละ 20.19 (95%CI: 16.85-23.68) และมีความชุกพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 6.42 (95%CI: 4.48-8.84) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมปลาย ($OR_{adj} = 3.49$; 95%CI: 1.51-8.05) การดูสื่อหรือคลิปที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางเพศมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ($OR_{adj} = 8.31$; 95%CI: 3.64-18.96) และการมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($OR_{adj} = 4.40$; 95%CI: 1.95-9.94) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) และกลุ่มตัวอย่างเพศชาย ($OR_{adj} = 2.78$; 95%CI: 1.72-4.50) มีอายุ 16 ปีขึ้นไป ($OR_{adj} = 2.10$; 95%CI: 1.29-3.41) มีบิดาหรือมารดาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($OR_{adj} = 2.46$; 95%CI: 1.35-4.47) มีบิดาและมารดาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($OR_{adj} = 2.87$; 95%CI: 1.53-5.39) และการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ($OR_{adj} = 7.70$; 95%CI: 3.36 - 17.65) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05)

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องส่งเสริม สนับสนุนการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ที่เหมาะสมในวัยรุ่น การสร้างกิจกรรมในครอบครัวที่สร้างสรรค์เป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อป้องกันและลดการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงด้านต่าง ๆ ของวัยรุ่นได้

คำสำคัญ: วัยรุ่น พฤติกรรมเสี่ยง เพศสัมพันธ์ สารเสพติด

Abstract

Sexual risk behavior and substance abuse in adolescents are increasingly likely. But there is also a lack of useful empirical evidence base to analyze the scale of the problem and factors that contribute to the occurrence of risky behavioral practices of adolescents. A cross-sectional analytical research aimed to estimate prevalence and study factors associated with risky behavior in sexual behavior and the substance abuse side of adolescents. The samples were 530 teenagers' aged 12 to 19 years, studying in junior high school and high school students. All of them attended schools in Chom Phra District, Surin Province, and academic year 2020. Data was collected by self-administrative questionnaires. Base line characteristics of samples were analyzed by using descriptive statistic. Risk factors were analyzed by multiple logistic regression and reported as adjust Odds ratio (OR_{adj}) with 95 % confident interval (95%CI).

The results showed that 62.83 % of the sample were female, 59.43 % were studying in junior high school, 10.75 % smoked, 15.28% drank alcohol, 5.66% experienced other substance abuse. The prevalence of all kinds of substance abuse, 20.19% (95%CI: 16.85-23.68), and there was a prevalence of sexual behavior by 6.42% (95%CI: 4.48-8.84). An analysis of factors associated with adolescent risk behavior found that samples studying in high school ($OR_{adj}=3.49$; 95%CI: 1.51-8.05), viewing media or clips that cause sexual emotions is greater than or equal to 1 time per week ($OR_{adj}=8.31$; 95%CI: 3.64-18.96) and alcohol habits ($OR_{adj}=4.40$; 95%CI: 1.95-9.94) were statistically significantly correlated with adolescent sexual risk behavior ($P\text{-value} < 0.05$). And male samples ($OR_{adj}=2.78$; 95%CI: 1.72-4.50) were 16 years of age or older ($OR_{adj}=2.10$; 95%CI: 1.29-3.41), had father or mother drinking alcohol. ($OR_{adj}=2.46$; 95%CI: 1.35-4.47) having parents drink alcohol ($OR_{adj}=2.87$; 95%CI: 1.53-5.39) and sexually risky behavior ($OR_{adj}=7.70$; 95%CI: 3.36 - 17.65) were statistically significantly associated with adolescent substance abuse risk behavior ($P\text{-value} < 0.05$).

Therefore, it is necessary to promote, support access to appropriate social media in adolescents. Creating creative family activities is a role model. To deter and reduce the practice of risky behaviors in different aspects of adolescence.

Keywords: Adolescents, Risky behavior, Sexual intercourse, Substance abuse

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่อายุย่างเข้าสู่วัยหนุ่มสาว หรือวัยที่อยู่ในช่วงคาบเกี่ยวระหว่างวัยเด็กกับผู้ใหญ่เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจริยธรรม ซึ่งจะมีการเจริญเติบโตทางร่างกายสูงสุดโดยทั่วไปเด็กจะเข้าสู่วัยรุ่นเมื่ออายุประมาณ 11-13 ปี⁽¹⁾ วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่ยาวและมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่การเป็นผู้ใหญ่

การแบ่งช่วงของวัยรุ่นโดยส่วนใหญ่จะแบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่ วัยรุ่นตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย⁽²⁾ วัยรุ่นตอนต้นจะอยู่ในช่วงอายุ 10-13 ปี วัยนี้ต้องการความเป็นอิสระ ต้องการเรียนรู้โลกภายนอกบ้าน มีอารมณ์รุนแรงและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ วัยรุ่นตอนกลางจะอยู่ในช่วงอายุ 14-16 ปี วัยนี้จะอยู่ในช่วงที่กำลังก้าวกระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ ต้องการค้นหาคำถามต้องการของตนเอง สัมพันธภาพ

ระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่เริ่มห่างเหินกันมากขึ้น เป็นช่วงที่อาจเกิดความขัดแย้งกับพ่อแม่ได้สูงสุด วัยรุ่นตอนปลายอายุ 17-19 ปี วัยรุ่นในช่วงนี้จะมีพฤติกรรมค่อนข้างไปในแบบของผู้ใหญ่ มีพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ร่างกายจะเติบโตใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ ระบบสืบพันธุ์มีการเจริญเติบโตสมบูรณ์เต็มที่ ต้องการความมีอิสระในการตัดสินใจเรื่องของตนเอง ช่วงนี้เป็นช่วงที่พร้อมจะมีครอบครัว ต้องการมีความรัก สนใจความสัมพันธ์แบบหนุ่มสาว ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการส่งเสริมสุขภาพในวัยรุ่นเป็นอย่างมากเพื่อให้เกิดพฤติกรรมและสุขภาพที่ดีต่อไปในทุก ๆ วัน มีการพูดคุยส่งเสริมสุขภาพกับนักเรียน 56 ล้านคน เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงที่ควรหลีกเลี่ยง วัยรุ่นเป็นวัยช่วงต่อระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเจริญเติบโตทางร่างกาย มีลักษณะที่บ่งบอกถึงความเป็นหนุ่มสาว⁽³⁾ ในขณะเดียวกันวัยรุ่นมีการพัฒนาทางด้านอารมณ์ สังคม และจิตใจก็เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย แต่เป็นไปในลักษณะที่ไม่ค่อยสอดคล้องกันหรือเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความสับสน ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความยับยั้งชั่งใจ ขาดประสบการณ์ ทำให้วัยรุ่นอาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยไม่ได้คำนึงถึงผลเสียที่จะเกิดตามมาจากพฤติกรรมของตน และช่วงวัยรุ่นถือว่าเป็นช่วงระยะเวลาที่สำคัญในการวางรากฐานทางอารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ ต่อไป ทั้งในระยะสั้น หรือระยะยาว⁽⁴⁾

ปัจจุบันปัญหาของวัยรุ่นในสังคมไทยมีความรุนแรงและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น อาจเนื่องมาจากในยุคของโลกาภิวัตน์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยีตลอดจนสื่อสังคมออนไลน์อย่างรวดเร็ว ซึ่งผลจากการสำรวจการใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทยในปี 2562 พบว่า พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคนไทยใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 10 ชั่วโมง 5 นาทีต่อวัน โดยเพิ่มจากปีที่ผ่านมา ที่มีการใช้เฉลี่ย 3 ชั่วโมง 41 นาทีต่อวัน ซึ่งเป็นผลมาจากการที่เทคโนโลยียุคดิจิทัลเข้ามามีบทบาทต่อชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น พร้อมกันนี้คนไทยยังนิยมสื่อสังคมออนไลน์

อาทิ เช่น Facebook, Instagram, Twitter, Line, Youtube และ TikTok สูงสุดถึง 3 ชั่วโมง 10 นาทีต่อวัน และมีการรับชมวิดีโอสตรีมมิ่งผ่าน You tube หรือ Line TV เฉลี่ยที่ 2 ชั่วโมงต่อวัน⁽⁵⁾ เมื่อมีการใช้สื่อออนไลน์มากขึ้น การเข้าถึงสื่อที่ไม่เหมาะสมกับวัยก็มีมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้เกิดผลกระทบต่อวัยรุ่นบางคนที่ยังมีวุฒิภาวะไม่สมบูรณ์ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ผลกระทบทางด้านบวกคือ สื่อสังคมออนไลน์เป็นคลังความรู้ขนาดใหญ่ที่สามารถเข้าถึงและค้นคว้าได้ง่าย สามารถสืบค้นได้ตลอด 24 ชั่วโมง สามารถแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นที่มีความสนใจร่วมกันได้ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ประชาสัมพันธ์ การบริการลูกค้า ช่วยสร้างผลงานและรายได้ นอกจากนี้ยังช่วยผ่อนคลายความเครียด หรือพูดคุยกับเพื่อน ๆ ในสื่อออนไลน์ได้เช่นกัน⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตามเราควรระมัดระวังและพิจารณาผลเสียที่อาจเกิดตามมา เช่น การละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล การโฆษณาชวนเชื่อ การชักชวนไปเล่นการพนันออนไลน์ มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่เหมาะสม การใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การถูกล่อลวงไปละเมิดทางเพศ การตั้งครกในวัยรุ่น เป็นต้น⁽⁷⁾

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการใช้สารเสพติด และในวัยรุ่น เป็นพฤติกรรมที่นำมาหรือเป็นเหตุให้เกิดความเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ร่างกายเป็นอันตราย สูญเสียหน้าที่ ขาดโอกาสพัฒนาตามปกติหรือเสียชีวิต เนื่องจากจิตใจวัยรุ่นนี้ต้องการความสนุกสนาน ตื่นเต้น ท้าทาย ต้องการเป็นที่ยอมรับของคนอื่น อยากรู้ อยากลอง อยากเห็น มีอารมณ์ทางเพศมากขึ้น แต่ยังขาดการยั้งคิด ไตร่ตรองและการควบคุมตนเอง⁽⁸⁾ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2562 พบว่า อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 15.2 ปี โดยเป็นนักเรียนมัธยมปลายร้อยละ 24.4 และเป็นนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ถึงร้อยละ 41.6 มีการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 77.6 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปี คิดเป็น 1.1 ต่อพัน และอัตราหญิงอายุ 10-19 ปี คลอดมีชีพ คิดเป็นร้อยละ 10.7 ต่อจำนวนหญิงคลอดทั้งหมด ซึ่งยังคงเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูง⁽⁹⁾ ในส่วนสถานการณ์การติดสารเสพติดในประเทศไทย นับเป็นปัญหาที่สำคัญและควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน จากการประมาณการณ์

ของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พบว่ามีจำนวนผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพิ่มขึ้น โดยแต่ละปีมีผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดจำนวนมากกว่าปีละ 2 ล้านราย จากสถิติของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี ปี พ.ศ. 2561-2563 มีผู้ได้รับการบำบัดสารเสพติดจำนวน 40,419, 47,727 และ 43,388 ราย ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ และยังพบกลุ่มนักเรียนที่เข้ารับการบำบัด รักษาเพื่อเลิกยาเสพติดมากที่สุด คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 47.7 รองลงมาคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 16.1 จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและวัยรุ่นตอนกลางเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากช่วงวัยนี้เป็นวัยแห่งการค้นหาความเป็นตัวของตัวเอง อยากเป็นอิสระ แต่ขณะเดียวกันก็อาจรู้สึกสับสนในบทบาทระหว่างความเป็นเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ มีการตัดสินใจที่รวดเร็ว และวู่วาม อยากรู้ อยากเห็น อยากทดลอง ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน จึงถูกชักจูงจากเพื่อนได้ง่าย ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด⁽¹¹⁾

จากข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นในอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ผู้หญิงอายุ 15-19 ปี มีอัตราการคลอดมีชีพเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 1.29 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 2.63 ในปี 2563 ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า และพบว่าวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี อัตราการคลอดมีชีพเพิ่มขึ้นเป็น 0.64 ต่อพันประชากร จากเดิมไม่เคยมีข้อมูลหญิงอายุ 10-14 ปีมีการตั้งครรภ์เลย ในด้านความเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติด พบว่า มีผู้มารับการบำบัดเพิ่มมากขึ้นตลอดเวลาและมีอายุน้อยลง⁽¹²⁾ แม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสุขภาพ ด้านการปกครอง และด้านการศึกษา รวมทั้งองค์กรภาคเอกชนในอำเภอจอมพระ ได้มีความพยายามในการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาอย่างรอบด้าน และจัดกิจกรรมการเฝ้าระวังการใช้สารเสพติดในกลุ่มเยาวชนทั้งในสถานศึกษาและการศึกษานอกระบบอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติด และการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงในเยาวชนกลับพบแนวโน้มทางสถิติที่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งในพื้นที่ยังขาด

หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ถึงขนาดของปัญหา และปัจจัยที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ เพื่อหาแนวทางป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพที่เป็นมิตรกับเยาวชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศ และด้านการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น หมายถึง การกระทำทั้งโดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจ ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม เกิดความเสี่ยงต่อชีวิต พิการ ทุพพลภาพ

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น คือ วัยรุ่นที่มีแฟน หรือมีพฤติกรรมมีการสัมผัสและเนื้อต้องตัวกอดจูบ อยู่กันตามลำพัง มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน จึงเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร หรือการทำแท้งผิดกฎหมาย

พฤติกรรมเสี่ยงด้านสารเสพติด คือ วัยรุ่นที่มีประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการใช้ยาเสพติด ชนิดอื่น อย่างใดอย่างหนึ่ง ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากร คือประชาชนที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ทุกคน ทั้งหญิงและชาย ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ในปีการศึกษา 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลายที่กำลังศึกษาประจำปีการศึกษา 2563 ในโรงเรียนมัธยมศึกษา 4 แห่งในอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ คือโรงเรียนจอมพระประชาสรรค์ โรงเรียนเมืองสิงห์วิทยา โรงเรียนบุญเกรงวิทยา และโรงเรียนหนองสนนวิทยา

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วน⁽¹³⁾ จากสูตร

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}p(1-p)}{d^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2}p(1-p)} \quad \text{เมื่อ}$$

N แทนจำนวนประชากร 2,690 คน

n แทนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

p แทน อัตราการชุกความชุกของการมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 0.26⁽⁴⁾

$Z_{\alpha/2}$ แทนระดับความเชื่อมั่นที่ 95% เท่ากับ 1.96

d แทนสัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 0.05

เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้จำนวนตัวอย่างน้อยเท่ากับ 265 คน เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบคือสุ่มโรงเรียน สุ่มห้องเรียน และสุ่มนักเรียนกลุ่มเป้าหมาย จึงมีโอกาสเกิดความแปรปรวนได้จึงต้องนำกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้มาปรับค่า Design effect = 2 ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องใช้ในการศึกษาเท่ากับ 530 คน

การสุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยมี ขั้นตอนดังนี้

1) จัดกลุ่มประชากรเป็น 2 ลำดับชั้นภูมิ ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะประชากรมีความแตกต่างทางสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงแบ่งประชากรออกเป็นโรงเรียนมัธยมในระดับอำเภอ และโรงเรียนมัธยมในระดับตำบล

2) นำขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ มาจัดสรรตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิตามสัดส่วนประชากร โรงเรียนมัธยมใน

ระดับอำเภอได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 245 คน โรงเรียนมัธยมในระดับตำบลได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 105 คน

3) สุ่มตัวอย่างจำนวนนักเรียนตามระดับชั้น โดยคัดเลือกห้องที่ลงท้ายเป็นเลขคี่ เช่น ม. 1/1, 1/3, 1/5 เป็นต้น โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยระบบคอมพิวเตอร์ตามจำนวนที่ได้รับจัดสรร

เครื่องมือ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์จากแบบสำรวจ YRBSS (Youth Risk Behavior Surveillance System) ในประเทศสหรัฐอเมริกา และเลือกพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น คือ พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้บุหรี่ สุรา และสารเสพติดอื่นๆ จำนวน 6 ข้อ และส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์ จำนวน 10 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ขออนุมัติหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลจอมพระ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนแต่ละโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การตอบแบบสอบถามให้แก่นักเรียนด้วยตนเอง

3) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม โดยผู้ศึกษาอธิบายการ ทำแบบสอบถามในห้องเรียน และให้นักเรียนตอบในห้องเรียนโดยไม่ต้องระบุชื่อ เมื่อนักเรียนทำ แบบสอบถามเสร็จแล้วผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

4) นำแบบสอบถามที่จัดเก็บได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มเยาวชน โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ในหน้าแรกของแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมโดยตอบแบบ

สอบถามได้อย่างอิสระ และเมื่อตอบแบบสอบถามจนสิ้นสุด กลุ่มตัวอย่างก็ยังสามารถตัดสินใจส่งแบบสอบถามได้โดยอิสระ การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ รหัสโครงการ EC-13-2563

การวิเคราะห์ข้อมูล บรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประเมินค่าความชุกของของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น (95% Confidence Interval: [95%CI]) และวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศ และด้านการใช้สารเสพติด โดยการคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่ตัวแบบเริ่มต้นจะพิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรมและความสำคัญทางคลินิกหรือจากผลการวิเคราะห์คร่าวละตัวแปร (Univariate Analysis) ซึ่งกำหนดตัวแปรที่มีค่า P-value ของ likelihood ratio test (G^2) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 และตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Multicollinearity) สร้างตัวแบบโดยวิธี Backward elimination นำเสนอด้วยค่า Adjusted Odds ratio (ORadj) และค่า 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1) คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและอัตราความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.83 กำลังศึกษาในระดับมัธยมต้นร้อยละ 59.43 มีอายุระหว่าง 12-15 ปี ร้อยละ 63.21 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน ร้อยละ 64.72 เป็นบุตรคนที่ 1 และคนที่ 2 ของครอบครัว ร้อยละ 43.77 และ 37.17 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ที่ 2,400 - 15,400 บาท ร้อยละ 53.40 บิดาและมารดาจบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.02 และ 49.06 ตามลำดับ บิดามารดาอยู่ด้วยกันร้อยละ 66.60 และหย่าร้าง ร้อยละ

22.08 ความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.32 และระดับสูง ร้อยละ 27.92 บิดาและมารดาดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 59.43 และ 31.70 ตามลำดับ ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.81 และระดับมาก ร้อยละ 25.66 ในขณะศึกษาพักอาศัยกับบิดามารดาร้อยละ 59.81 ส่วนใหญ่มีผลการเรียนเฉลี่ยในปีการศึกษาที่ผ่านมามากกว่า 3.6 รองลงมาคือ 3.10-3.50 ร้อยละ 29.81 และ 26.79 ตามลำดับ ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่นๆ พบว่า ความชุกของกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ร้อยละ 10.75 (95%CI; 8.24-13.70) โดยส่วนใหญ่สูบ 4-5 มวนต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 4.72) กลุ่มตัวอย่างดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 15.28 (95%CI; 12.32-18.63) ส่วนใหญ่ดื่ม 1-2 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 10.94 ในกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา จะเริ่มลองครั้งแรกเมื่ออายุ 12-14 ปี ร้อยละ 46.16 รองลงมาคือช่วงอายุ 15-17 ปี และอายุน้อยกว่า 12 ปี คิดเป็น ร้อยละ 36.36 และ 14.29 ตามลำดับ เคยมีส่วนร่วมในการทะเลาะวิวาทกับคนอื่น ร้อยละ 17.55 เคยมีประสบการณ์ใช้สารเสพติดอื่นๆ ร้อยละ 5.66 (95%CI; 3.85-7.98) และโดยเหตุผลหรือแรงจูงใจ คือ อยากลอง อยากรู้ ร้อยละ 63.41 โดยรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างมีความชุกด้านการใช้สารเสพติดทุกชนิดจำนวน 107 คน (ร้อยละ 20.19 : 95%CI; 16.85-23.68) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์ พบว่า ด้านค่านิยมในการพกถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 53.21 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 12.18 ในด้านค่านิยมต่อคำว่า “การเก็บแถม” กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 58.11 รู้สึกเฉยๆ ร้อยละ 32.26 และเป็นการแข่งขัน ตั้งใจ เลียนแบบ ร้อยละ 9.63 กลุ่มตัวอย่างเคยดูสื่อหรือคลิปที่ก่อให้เกิดอารมณ์เพศ ร้อยละ 15.66 (95%CI; 3.85-7.98) โดยมีความถี่ในการดูสื่อดังกล่าว 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 9.81 มีความชุกพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 6.42 (95%CI; 4.48-8.84) โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15-17 ปี ร้อยละ 67.74 และมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนเพศตรงข้าม ร้อยละ 90.00 โดยมีเหตุจูงใจในการ

มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ ความอยาก ร้อยละ 37.50 และ ร้อยละ 34.38 ตามลำดับ โดยร้อยละ 68.75 มีการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยการใช้ถุงยางอนามัย และไม่มี การป้องกัน ร้อยละ 15.63 โดยหลังการมีเพศสัมพันธ์จะ ปรึกษาแฟนตนเองร้อยละ 34.34 ไม่ได้ปรึกษาใคร ร้อยละ 25.00 และปรึกษาเพื่อน ร้อยละ 18.5

2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง ด้านพฤติกรรมทางเพศ และด้านการใช้สารเสพติดของ วัยรุ่น ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นด้วยวิธีถดถอยพหุคูณโลจิสติกเพื่อ ควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ กำลังศึกษาในระดับมัธยมปลาย ($OR_{adj} = 3.49$; 95%CI: 1.51-8.05) การดูสื่อหรือคลิปที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทาง เพศมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ($OR_{adj} = 8.31$;

95%CI: 3.64-18.96) และการมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($OR_{adj} = 4.40$; 95%CI: 1.95-9.94) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านพฤติกรรมทาง เพศของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) และกลุ่มตัวอย่างเพศชาย ($OR_{adj} = 2.78$; 95%CI: 1.72-4.50) มีอายุ 16 ปีขึ้นไป ($OR_{adj} = 2.10$; 95%CI: 1.29-3.41) มีบิดาหรือมารดาดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ($OR_{adj} = 2.46$; 95%CI: 1.35-4.47) ทั้ง บิดาและมารดาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($OR_{adj} = 2.87$; 95%CI: 1.53-5.39) และการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ($OR_{adj} = 7.70$; 95%CI: 3.36 - 17.65) มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value < 0.05) รายละเอียดดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศ และด้านการใช้สารเสพติด ของวัยรุ่นแบบ พหุคูณถดถอยโลจิสติก

ตัวแปร	n	พฤติกรรมเสี่ยง (%)	OR _{crude}	OR _{adj} (95%CI)	P-value
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ					
การศึกษา					
มัธยมต้น	315	3.17	1.00	1.00	
มัธยมปลาย	215	11.16	3.83	3.49 (1.51-8.05)	0.003
การดูสื่อหรือคลิปที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางเพศ					
ไม่เคยดู	447	2.67	1.00	1.00	
เคยดู ≥ 1 ครั้ง/สัปดาห์	83	26.51	13.07	8.31(3.64-18.96)	<0.001
การเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	449	3.12	1.00	1.00	
ดื่ม ≥ 1 ครั้ง/เดือน	81	24.69	10.18	4.40(1.95-9.94)	<0.001
พฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติด					
เพศ					
หญิง	333	14.11	1.00	1.00	
ชาย	197	30.46	2.66	2.10(1.29-3.41)	<0.001

ตารางที่ 1 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศ และด้านการใช้สารเสพติด ของวัยรุ่นแบบ พหุคูณลอจิสติก (ต่อ)

ตัวแปร	n	พฤติกรรมเสี่ยง (%)	OR _{crude}	OR _{adj} (95%CI)	P-value
อายุ (ปี)					
12-15	335	15.22	1.00	1.00	
16-19	195	28.72	2.24	2.10(1.29-3.41)	0.003
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบิดา มารดา					
ไม่ดื่ม	184	11.96	1.00	1.00	
บิดาหรือมารดาดื่ม	209	22.01	2.07	2.46(1.35-4.47)	0.003
บิดาและมารดาดื่ม	137	28.47	2.93	2.87(1.53-5.39)	0.001
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ					
ไม่มีความเสี่ยง	496	16.73	1.00	1.00	
มีความเสี่ยง	34	70.59	11.94	7.70(3.36-17.65)	<0.001

การอภิปรายผล

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมากเนื่องจากต้องการความสนุกสนาน ตื่นเต้น ทำหาย อยากรู้ อยากเห็น อยากลอง ต้องการเป็นที่ยอมรับของตนเองมีอารมณ์ทางเพศมากขึ้น แต่ขาดสติยั้งคิด ไตร่ตรอง และการควบคุมตนเอง ดังนั้น วัยรุ่นจึงมักปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยง ที่นำมาหรือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ร่างกายเป็นอันตรายและขาดโอกาสในการพัฒนาตามปกติในการศึกษาครั้งนี้ พบความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงวัยรุ่นในพื้นที่อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ที่สำคัญคือ ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.75 (95%CI; 8.24-13.70) โดยส่วนใหญ่สูบ 4-5 มวนต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 4.72) อยู่ในอัตราสูงที่ใกล้เคียงกับการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁴⁾ ที่พบกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 9.7 และสูงกว่าการศึกษาของ วรารัตน์ สังวะลี และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบความชุกในการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนปลายร้อยละ 5.59 (95% CI = 2.19 - 8.98) เนื่องจากวัยรุ่นต้องการเป็นที่ยอมรับจากกลุ่มเพื่อนอย่างมาก การได้รับการยอมรับจะช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีความ

รู้สึกเมื่อได้สูบบุหรี่แล้วจะผ่อนคลาย โดยส่วนใหญ่สูบบุหรี่เป็นบางโอกาสเท่านั้น ซึ่งสามารถเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย ในส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบอัตราสูงร้อยละ 15.28 (95%CI; 12.32-18.63) ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมปฏิบัติเป็นครั้งคราว ซึ่งมีอัตราสูงที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของเผ่าพงศ์ สุนทร⁽¹⁶⁾ และรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี 2560 โดยพบความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่น 15-19 ปี ร้อยละ 16.40⁽¹⁷⁾ ในกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา จะเริ่มลองครั้งแรกเมื่ออายุ 12-14 ปี และยังคงมีพฤติกรรมการทะเลาะวิวาทกับคนอื่น ร้อยละ 17.55 โดยเหตุผลหรือแรงจูงใจคือ อยากลอง อยากรู้ ร้อยละ 63.41 ในการศึกษาครั้งนี้ มีปัจจัยด้านครอบครัว คือ บิดา มารดา มีพฤติกรรมการดื่มสุราให้เห็นอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการดื่มสุราของวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่อยากรู้ อยากลอง อีกทั้งยังอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีคนในครอบครัวดื่มสุราซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ที่แสดงให้เห็นว่าการเสพติดมีผลมาจากประสบการณ์ทางสังคมที่เคยได้รับ คือ บิดา มารดา

และบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวดื่มสุรา อันจะเป็นแบบอย่าง ทำให้เห็นว่าการดื่มสุราเป็นสิ่งที่ผิด อีกทั้งพฤติกรรม การดื่มของเพื่อนสนิทมีผลในการเสพยา เพราะ พัฒนาการทางสังคมของนักเรียนมัธยมที่เป็นวัยรุ่นนั้น ต้องการยอมรับจากบุคคลอื่น การเข้าร่วมกลุ่ม จึงมีการ ดื่มให้เหมือนเพื่อน อยากให้เพื่อนยอมรับ โดยเฉพาะ พฤติกรรมการดื่มของเพื่อนสนิทมีผลในการเสพยา จึงมีการดื่มให้เหมือนเพื่อน อยากให้เพื่อนยอมรับ โดย รวมแล้วกลุ่มตัวอย่างมีการใช้สารเสพติดทุกชนิด ร้อยละ 20.19 (95%CI: 16.85-23.68) ซึ่งยังอยู่ในอัตราที่ ยังสูง สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พิสาข์ จอมศรี และคณะ⁽¹⁸⁾ โดยสิ่งเสพติดที่มีพฤติกรรมการใช้มากที่สุด คือ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ ทั้งนี้ ความชุกของการใช้สารเสพติดสำหรับวัยรุ่น อาจเกิดได้ หลายปัจจัยเช่น ปัจจัยทางด้านชุมชน เช่น สัมพันธภาพ กับเพื่อนบ้านไม่ดี และองค์กรในชุมชนที่อาศัยอยู่ไม่ เข้มแข็ง ปัจจัยทางด้านครอบครัว อาทิ การที่คนใน ครอบครัวใช้สารเสพติดพบว่ามีความสัมพันธ์สูงต่อการ ใช้สารเสพติดของเด็กในวัยรุ่น และการที่วัยรุ่นมีความ ขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวบ่อยครั้งก็มีความสัมพันธ์ กับการใช้สารเสพติด ปัจจัยทางด้านเพื่อน เช่น การที่ วัยรุ่นมีเพื่อนที่ใช้สารเสพติด หรือมีเพื่อนที่มีพฤติกรรม เบี่ยงเบน ล้วนมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดของ วัยรุ่นด้วยเช่นกัน ปัจจัยทางด้านโรงเรียน การไม่ประสบ ความสำเร็จในการเรียนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นใช้ สารเสพติด และปัจจัยส่วนบุคคล อาทิ เพศชายและอายุ ที่มากกว่าสามารถใช้ทำนายการใช้สารเสพติดได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้าน พฤติกรรมทางเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาใน ระดับมัธยมปลาย ($OR_{adj}=3.49$; 95%CI: 1.51-8.05) และการดูสื่อหรือคลิปที่ก่อให้เกิดอารมณ์ทางเพศ มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ($OR_{adj}=8.31$; 95%CI: 3.64-18.96) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นช่วงวัยรุ่น ที่มีความมั่นใจในตนเอง กล้าที่จะแสดงออก อาจมี พฤติกรรมที่เคยแสดงออกเดิมจากช่วงวัยรุ่นตอนต้นเป็น

ทุนเดิมอยู่แล้ว ยิ่งเพิ่มความอยากรู้ อยากเห็น อยากลอง ต้องการเป็นที่ยอมรับของตนเอง และมีอารมณ์ทางเพศ มากขึ้น จึงนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ มากขึ้น อีกทั้งยังได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนและสื่อ สังคม จึงมีความอิสระในการเปิดเผยเรื่องเพศ การเข้าถึง สื่อสังคมออนไลน์ที่เปิดเผยเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การดูภาพโป๊เปลือยซึ่งนำไปสู่การกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ทำให้วัยรุ่นเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วและมีเพศสัมพันธ์กับคน รักมากที่สุด อาจคิดว่าการมีแฟนและการมีเพศสัมพันธ์ เป็นเรื่องธรรมดา เป็นการแสดงออกของคนที่รักกัน นอกจากนี้การมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความเสี่ยงในการมีเพศ สัมพันธ์ของวัยรุ่นถึง 4.40 เท่า ($OR_{adj}=4.40$; 95% CI: 1.95-9.94) ทั้งนี้เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์จะทำให้ผู้ดื่มเกิดอาการมึนเมาและขาดสติ ก่อให้เกิดความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ และมักเป็นจุด เริ่มต้นของการมีเพศสัมพันธ์และสัมพันธ์กับพฤติกรรม ทางเพศของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ทางเพศมา ก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุลระวี วิวัฒน์ชีวิน และคณะ⁽⁴⁾ และการศึกษาของธนันธัญญ์ สิงห์วิเศษ และคณะ⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าการมีพฤติกรรมเสี่ยงทาง เพศของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงด้าน การใช้สารเสพติดของวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj}=7.70$; 95%CI: 3.36 - 17.65) โดยเฉพาะ วัยรุ่นเพศชาย ($OR_{adj}=2.78$; 95%CI: 1.72-4.50) และกลุ่มที่อายุ 16 ปีขึ้นไป ($OR_{adj}=2.10$; 95% CI: 1.29-3.41) ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์อภิมานของ สุนีย์ กันแจ่ม และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่า การใช้สารเสพติดมี ความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชายถึง 6.41 เท่า หรือมีความเสี่ยงอยู่ระหว่าง 4.90-8.39 เท่า ทั้งนี้ เนื่องมาจากคุณสมบัติของสารเสพติดจะทำให้กระตุ้น อารมณ์ทางเพศ โดยเฉพาะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจ ลดลงและเพิ่มความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ ปลอดภัยซึ่งนำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ในส่วน ปัจจัยด้านสมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีบิดา

หรือมารดา ต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์ หรือต้มทั้งสองคน ย่อมทำให้วัยรุ่นในครอบครัวนั้นมีความเสี่ยงต่อการ ปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติดอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติซึ่งอาจเกิดจากการดำเนินชีวิตที่เลียนแบบ ผู้ปกครองตนเอง อันจะเป็นแบบอย่างทำให้เห็นว่าการ ต้มสุราเป็นสิ่งที่ไม่ผิด และไม่ได้นับว่าเป็นพฤติกรรมที่ ไม่เหมาะสมตามวัยวุฒิ จึงนำไปสู่การต้มสุราตามบิดา มารดา และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้ สารเสพติดชนิดอื่น ๆ ตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของเผ่าพงศ์ สุนทร⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าบุคคลในครอบครัว คือ บิดา มารดา หรือพี่น้อง ที่มีพฤติกรรมการต้มสุราทุกคน รวมทั้งดื่มในเทศกาลและโอกาสพิเศษมีผลส่งเสริม พฤติกรรมการต้มสุราในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งธรรมชาติของวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ค่อนข้างมาก ต้องการความ เป็นอิสระ วัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน ทำกิจกรรม กับกลุ่มเพื่อน ทำให้มีกิจกรรมกับครอบครัวลดลง จาก ความคิดเห็นของวัยที่แตกต่างกัน การใช้อารมณ์มากกว่า เหตุผล จึงส่งผลให้วัยรุ่นออกไปหาความสนุกนอกบ้าน หมกมุ่นกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อตอบสนองความ ต้องการของตนเองและหันไปใช้ยาเสพติดที่เข้าถึงได้ง่าย

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข หรือ บุคลากรด้านการศึกษาที่ปฏิบัติงานด้านวัยรุ่นหรือด้าน ยาเสพติด ควรทำความเข้าใจบริบทความเปลี่ยนแปลง ของวัยรุ่นและผลกระทบของสื่อสังคมออนไลน์ในปัจจุบัน สามารถใช้ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา โปรแกรมการดูแลตนเองของวัยรุ่นในยุคสื่อสังคมออนไลน์ อันนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขการใช้ยาเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่เหมาะสม
2. ภาควิชาหรือชมรมในชุมชนที่อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว ของวัยรุ่น หรือเยาวชนควรมีบทบาทร่วมในการส่งเสริม ให้ชุมชนมีครอบครัวต้นแบบที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะการ เป็นต้นแบบที่ดีของบิดามารดา รวมทั้งการดูแลบุตรวัยรุ่น ในยุคสื่อสังคมออนไลน์ไร้พรมแดน วิธีการลดความ ขัดแย้งในครอบครัว วิธีการเลือกคบเพื่อนที่ดี เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ รูปแบบการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ทั้งในด้านพฤติกรรมทางเพศ และการใช้ยาเสพติดของ วัยรุ่นชายและหญิงว่ามีปัจจัยที่เหมือนหรือแตกต่างกัน อย่างไรเพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมในการป้องกันและ แก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนทุกแห่งในอำเภอ จอมพระ จังหวัดสุรินทร์ และกลุ่มเยาวชนทุกคนที่อนุญาต ให้เก็บข้อมูลและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการวิจัย ครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอบคุณบุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุขในอำเภอจอมพระ ที่มีส่วน เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. สุนิสา ประวิชัย. เจาะใจวัยรุ่นไทยผ่านผลโพลล์. วารสารสำนักบริหาร 2548; 25(3): 88-90.
2. สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์. กลยุทธ์การสร้าง เสริมสุขภาพวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ; 2551.
3. World Health Organization [WHO]. Child and Adolescent Health and Development Geneva: WHO; 2011 [Internet]. 2020 [cited 4 January 2020]. Available from: http://www.who.int/child_adolescent_health/news/archive/2011/01_06_2011/en/index.html.
4. กุสรวี วิวัฒน์ชีวิน, ร่มพร คงกำเนิด, ศิริอร ลินธู. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ในเยาวชนที่กำลัง ศึกษาในระบบการศึกษาในเขตภาคเหนือ ประเทศไทย. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2564; 22(1): 1-14.
5. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. พฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในไทย 2562 กรุงเทพฯ: ETDA [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [10 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.etda.or.th/publishing-detail/thailand-internet-user-behavior-2019-slides.html>.

6. ชูติมาภรณ์ คำชาย. อิทธิพลของสื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนของเด็กและเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ 2562; 27(2): 194-227.
7. ปัทมาภรณ์ สุขสมโสด, ปฐมพงษ์ พุ่มพฤษ. ผลกระทบของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อการเปลี่ยนแปลงค่านิยมวัยรุ่นในพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการอยุธยาศึกษา 2564; 13(1): 119-37.
8. วราภรณ์ มั่งคั่ง, จินตนา วัชรสินธุ์, วรณิ เตียวิเศษ. ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้อาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2559; 11(2): 53-63.
9. อ่อนนุช หมวดคุณ, วันเพ็ญ ช้างเชื้อ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2562; 9(3): 379-89.
10. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ข้อมูลการให้บริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ปีงบประมาณ 2561-2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [8 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3294&Itemid=53.
11. เปรมฤดี หงษ์สุทธิ, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำหนัดป้องกันการติดยาเสพติดของนักเรียนชายโรงเรียนขยายโอกาส. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ 2560; 33(3): 112-23.
12. โรงพยาบาลจอมพระ. สรุปผลการดำเนินงานตัวชี้วัดด้านสุขภาพสำหรับการตรวจราชการ รอบที่ 2 ปี 2563. สุรินทร์: โรงพยาบาลจอมพระ; 2563.
13. Lwang SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: A practical manual. Geneva: World Health Organization; 1990.
14. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลสำรวจพฤติกรรมกาสูบ บุหรี่ พ.ศ. 2560 กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N31-08-61-1.aspx>.
15. วรรัตน์ สังวะลี, จุน หน่อแก้ว, มะลิ โพธิพิมพ์, วลัยชัชยา เขตบำรุง, ธีรยุทธ อุดมพร, แสงจ้อย อินทจักร. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล 2563; 33(2): 56-70.
16. เผ่าพงศ์ สุนทร. รายงานการวิจัยเรื่องความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของนักเรียนมัธยมในอำเภอสีจันทน์ลำพูน. ลำพูน: โรงพิมพ์บาลี; 2555.
17. วิทย์ วิชัยดิษฐ, เอ็ดเวิร์ด แม็คแนล, ดาริกา ไสงาม, สาวิตรี อัสณางค์กรชัย. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2562.
18. พิมพ์พิสาข์จอมศรี, อภินันท์ อร่ามรัตน์, เพ็ญประภา ศิริโรจน์, สำราญ กันทวิ. ความชุกของการใช้สารเสพติดและความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับพฤติกรรมแสวงหาความตื่นเต้นเร้าใจของนักเรียนอาชีวศึกษา. พยาบาลสาร 2560; 44(2): 172-81.
19. ธนันต์ ฐิตะสิงห์, พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, ปารณนา สติยวิภาวี, ราม รั้งสินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นชายไทย ที่รับเข้าเป็นทหารกองประจำการ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560; 31 (ฉบับพิเศษ): 139-61.
20. สุนีย์ กันแจ่ม, กุหลาบ รัตนสังธรรม, อนามัย เทศกะทิก, วันสรา เขาวนนิม. ความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชายกับเพื่อนหญิง: การวิเคราะห์อภิมาน. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560; 11(ฉบับพิเศษ): 64-73.

เปรียบเทียบการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการได้รับ ควันบุหรี่มือสองของประชาชน ในจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำที่สุดและ สูงที่สุดของเขตสุขภาพที่ 5

Compare Compliance with Tobacco Product Control Laws and the People's Exposure to Secondhand Smoke in the Provinces with the Lowest and Highest Smoking Rates of the 5th Health Zone

จุฑาทิพย์ ชมบุญช วท.ม.(โรคติดต่อ)

นรา เทียมคลี วท.ม.(สุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

Chutatip Chompoonuch M.Sc.(Infectious Disease)

Nara Thiamkli M.Sc.(Health Education and Health Promotion)

The Office of Disease Prevention and Control, Region 5 Ratchaburi

Received: July 27, 2021

Revised: September 10, 2021

Accepted: September 22, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของสถานที่สาธารณะตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนในจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำที่สุดและสูงที่สุดของเขตสุขภาพที่ 5 รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน การกำหนดขนาดตัวอย่างจากการประมาณค่าสัดส่วน จำนวน 480 คน ประกอบด้วย ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจากจังหวัดนครปฐม ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำที่สุด และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ซึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ผลการศึกษา พบว่า

1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.1 อายุเฉลี่ย 46.0 ปี (S.D. = 17.0) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 61.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.9 มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 44.7 และเคยสูบบุหรี่หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ร้อยละ 29.1 และมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก 17.3 ปี (S.D. = 5.1)

2) เปรียบเทียบการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของสถานที่สาธารณะตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบระหว่างจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำที่สุดและสูงที่สุด พบว่า มีสถานที่สาธารณะ 2 ประเภท ที่มีการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานพยาบาล และสถานศึกษา สำหรับการได้รับควันบุหรี่มือสอง พบว่า การได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ป้ายรถเมล์/สนามบิน/บขส. และตลาดนัด/ตลาดกลางคืน/ไนท์บาซ่า/ถนนคนเดิน

จากผลการศึกษาดังกล่าว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้ดำเนินการหรือเจ้าของสถานที่สาธารณะตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ เช่น การจัดเขตปลอดบุหรี่ให้เป็นไปตามคุณลักษณะที่กฎหมายกำหนด เป็นต้น ควบคู่กับการเพิ่มประสิทธิภาพและความเข้มแข็งของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

คำสำคัญ: การปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ การได้รับควันบุหรี่มือสอง

Abstract

The purpose of this research was to compare the public place's compliance with Tobacco Products Control Act and secondhand smoke exposure among people in lowest and highest smoking rates provinces of the 5th Regional Health. This study was a Mixed Methods Research. The sample size determination from the proportional estimation consisted of 480 people aged 15 years and over from Nakhon Pathom Province, which has the lowest smoking rate and Prachuap Khiri Khan province, which has the highest smoking rate. Using stratified random sampling and data were collected by questionnaires. Descriptive statistics and inferential statistics were used to analyze data. The results revealed that

1) The majority of the sample were 57.1% female, mean age 46.0 years (SD = 17.0), living in municipal areas 61.2%, Buddhist religion 98.9%, marital status 59.9%, graduating in primary education 34.9% had a commercial / self-employed 44.7% and had previously smoked or used 29.1% of tobacco products, with an average age of 17.3 years of first-time cigarette initiation (SD = 5.1)

2) Comparing their compliance with the Tobacco Products Control Act between Nakhon Pathom Province and Prachuap Khiri Khan found that there were two public places was statistically significant difference composing of hospital and school. For the secondhand smoke exposure among people found that Public places had a statistically significant difference: Bus stop/Airport/Bus Station and market/night market/night bazaar/walking street.

Therefore, the relevant authorities should promote knowledge of operators or owners of public premises under the Tobacco Products Control Act. Understanding and following tobacco product control laws by organizing the non-smoking area shall comply with the qualifications required by law. As well as increasing the efficiency and strength of the competent authorities in the enforcement of tobacco products control laws

Keywords: Compliance with Tobacco Products, Secondhand smoke exposure

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกถึง 8 ล้านคนต่อปี⁽¹⁾ นอกจากการสูบบุหรี่จะมีผลกระทบโดยตรงทางสุขภาพของผู้ที่สูบบุหรี่แล้ว ยังมีผลกระทบไปถึงผู้อื่นที่ไม่สูบบุหรี่แต่อยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี่อีกด้วย ซึ่งเรียกว่า “การได้รับควันบุหรี่มือสอง (Second hand smoke; SHS)” ซึ่งการได้รับควันบุหรี่มือสอง (Secondhand Smoking-SHS) ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ไม่แตกต่างจากการสูบบุหรี่โดยตรง โดยรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2017 พบว่ามีประชากรประมาณ 890,000 คน ทั่วโลก ที่เสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง⁽²⁾ และการศึกษาของ Luke และ Kabir⁽³⁾ พบว่า คนอเมริกาเสียชีวิตจากโรคที่มีสาเหตุ

มาจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ประมาณ 34,000 คน และโรคมะเร็งปอด ประมาณ 7,300 คน รวมถึงโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์และพัฒนาการของทารกในครรภ์ สอดคล้องกับรายงานของ Oberg และคณะ เมื่อปี ค.ศ. 2011⁽⁴⁾ ที่พบว่า ผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองประมาณ 379,000 คนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด ในจำนวนนี้ มีประมาณ 165,000 คน ติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง 36,900 คน เป็นโรคหอบหืด และ 21,400 คน เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดโดยร้อยละ 47.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 25.0 เป็นเพศชาย และร้อยละ 28.0 เป็นการเสียชีวิตในเด็ก

สถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสองของประชากรไทย โดยผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽⁵⁻⁷⁾ พบว่าโดยรวมมีร้อยละของการพบเห็น/ได้กลิ่น/พบเห็นกัน บุหรี่ภายในสถานที่สาธารณะลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ. 2554, 2557 และ 2560 เช่น การพบเห็น/ได้กลิ่น/พบเห็นกันบุหรี่ในตลาดสดหรือตลาดนัดลดลงจากร้อยละ 73.0 เป็นร้อยละ 66.0 และร้อยละ 61.8 ส่วนในร้านอาหาร/ภัตตาคาร/สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ลดลงจากร้อยละ 48.3 เป็นร้อยละ 41.9 และร้อยละ 37.7 และสถานบริการขนส่งสาธารณะลดลงจากร้อยละ 49.6 เป็นร้อยละ 24.3 และร้อยละ 25.5 เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้ภาพรวมการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชากรไทยจะมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อพิจารณาการได้รับควันบุหรี่มือสองในเขตสุขภาพที่ 5 ในปี พ.ศ. 2554 ยังพบว่า มีอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ร้อยละ 85.7 และร้อยละ 80.4 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชากรในเขตสุขภาพที่ 5 มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง นอกจากนี้ ผลการสำรวจการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน (Global Youth Tobacco Survey: GYTS) ในปี พ.ศ. 2558 ยังพบว่า มีเยาวชนร้อยละ 47.9 พบเห็นการสูบบุหรี่ภายในอาคารเรียนหรือในเขตพื้นที่โรงเรียน ร้อยละ 38.6 ได้รับควันบุหรี่ภายในอาคารของสถานที่สาธารณะ ร้อยละ 37.7 ได้รับควันบุหรี่ภายนอกอาคารของสถานที่สาธารณะ และร้อยละ 33.8 ได้รับควันบุหรี่ในบ้าน⁽⁸⁾

จากสถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสองของประชากรไทยข้างต้น ชี้ให้เห็นว่ามีประชากรไทยจำนวนมากที่ไม่สูบบุหรี่แต่ยังได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่ แม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายที่คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 (พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535) แต่ยังไม่พบว่าประชาชนและผู้ดำเนินการหรือเจ้าของสถานที่สาธารณะที่กฎหมายกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ยังไม่ปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าวอย่างเคร่งครัด เห็นได้จากผลการสำรวจการพบเห็น/ได้กลิ่น/พบเห็นกันบุหรี่ภายในสถานที่สาธารณะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ^{(5),(7)} นอกจากนี้ จากผลการปฏิบัติงานเฝ้าระวังเพื่อ

ประชาสัมพันธ์ข้อกฎหมายและแนวทางการดำเนินการให้สถานที่สาธารณะ และสถานประกอบการเป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมายของกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีประชาชนร้อยละ 7.7 ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ส่วนผู้ดำเนินการพบว่า มีร้อยละ 67.8 ไม่จัดให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่ และเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 17.3 ไม่จัดให้เขตปลอดบุหรี่มีสภาพ ลักษณะและมาตรฐานที่ประกาศกำหนด ร้อยละ 7.21 ไม่จัดให้มีเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด⁽⁹⁾

จากความสำคัญและสภาพดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชน ในจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำที่สุดและสูงที่สุดของเขตสุขภาพที่ 5 โดยศึกษาจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำที่สุดคือ จังหวัดนครปฐม และจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดคือ ประจวบคีรีขันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการปฏิบัติตามกฎหมายด้วยการจัดเขตปลอดบุหรี่ และการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนระหว่าง 2 จังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่แตกต่างกัน คาดว่าผลที่ได้ เป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การวางแผนและขับเคลื่อนมาตรการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ในเขตสุขภาพที่ 5 ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดทั้งพัฒนากลไกและกระบวนการบังคับใช้กฎหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ให้เกิดความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) รูปแบบการวิจัยสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional Survey Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่ออธิบายประเด็นเชิงปริมาณ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ทำการศึกษาครอบคลุมการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของผู้ดำเนินการหรือเจ้าของสถานที่สาธารณะที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย โดยการจัดสถานที่สาธารณะนั้นให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ที่มีสภาพและลักษณะของเขตปลอดบุหรี่ตามที่กฎหมายกำหนดในมาตรา 43 แห่งพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ได้แก่ 1) มีการติดป้ายแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่บริเวณทางเข้าออกที่ชัดเจน 2) มีการติดป้ายแสดงเครื่องหมายปลอดบุหรี่ในบริเวณของสถานที่สาธารณะ และ 3) ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ หรือกระบะทราย เป็นต้น ด้วยการสอบถามจากประชาชนทั่วไปที่เคยไปในสถานที่แต่ละประเภทในช่วง 30 วันที่ผ่านมา และศึกษาการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชน ซึ่งมีความหมายครอบคลุมถึงการพบเห็นผู้สูบบุหรี่ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือเคยได้รับควันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะหรือสถานที่เขตปลอดบุหรี่ ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน 2562

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อยู่ใน 2 จังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำที่สุดและสูงที่สุดของเขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ จังหวัดนครปฐม จำนวน 758,418 คน และประจวบคีรีขันธ์จำนวน 442,367 คน รวมจำนวน 1,200,785 คน⁽¹⁰⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อยู่ใน 2 จังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำที่สุดและสูงที่สุดของเขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ จังหวัดนครปฐม และประจวบคีรีขันธ์ ที่ได้จากการสุ่ม และคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจเพื่อประมาณสัดส่วนของแฉะเนียล⁽¹¹⁾ ได้จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 400 คน และเพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มอีกร้อยละ 20 ดังนั้น จำนวนตัวอย่างในการวิจัยนี้ มีจำนวน 480 คน

โดยกำหนดขนาดตัวอย่างจังหวัดละเท่า ๆ กัน จังหวัดละ 240 คน และดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Multi stages Sampling) โดยเริ่มจากสุ่มเลือกอำเภอของแต่ละจังหวัดโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random Sampling) ด้วยการจับสลาก จังหวัดละ 5 อำเภอ ทำการสุ่มอย่างง่ายเลือกตัวแทนตำบล อำเภอละ 5 ตำบล สุ่มอย่างง่ายเลือกหมู่บ้านเป็นตัวแทน 5 หมู่บ้าน จังหวัดละ 5 หมู่บ้าน รวมเป็น 10 หมู่บ้าน จัดทำกรอบตัวอย่าง (Sampling frame) สำหรับการสุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คน โดยทำการสุ่มจากฐานข้อมูลประชากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในหมู่บ้านที่สุ่มได้จากนั้นสุ่มเลือกตัวแทนหมู่บ้านละ 48 คน

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ คือ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมการบริโภคยาสูบของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์และจังหวัดนครปฐม (สสจ.) 2 คน ผู้รับผิดชอบงานควบคุมการบริโภคยาสูบของอำเภอใน 2 จังหวัดข้างต้น รวม 10 คน และเครือข่ายองค์กรงดเหล้า 2 คน (ชื่อเครือข่ายงดเหล้า แต่มีการดำเนินงานครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพทั้งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ) รวมเก็บข้อมูลทั้งหมดเป็น 14 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม ใช้เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และ 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ใช้เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดของเครื่องมือดังนี้

แบบสอบถาม ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการประกอบอาชีพในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการบริโภคยาสูบ ได้แก่ การเคยสูบบุหรี่หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทั้งในตลอดชีวิต และในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยจำแนกประเภทสถานที่ออกเป็น 10 แห่ง ได้แก่ ศาสนสถาน สถานพยาบาล สวนสาธารณะ

ร้านเกมส์ สถานศึกษา สถานที่ราชการ ป้ายรถเมล์/ สนามบิน/ บขส. ตลาดนัด/ ตลาดนัดกลางคืน/ ไนท์บาร์ชา/ ถนนคนเดิน สถานที่ท่องเที่ยว และร้านอาหาร โดยข้อคำถาม 2 ข้อแรก มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามความเป็นจริงเพียง 1 ตัวเลือก ส่วนข้อสุดท้ายที่เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานที่สูบบุหรี่ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามกฎหมาย ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับการพบเห็นของกลุ่มตัวอย่างในช่วง 30 วันที่ผ่านมา เกี่ยวกับการจัดเขตปลอดบุหรี่ของสถานที่สาธารณะให้มีสภาพและคุณลักษณะเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดใน 3 ประเด็น ประกอบด้วย มีการติดป้ายแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่บริเวณทางเข้าออกที่ชัดเจน มีการติดป้ายแสดงเครื่องหมายปลอดบุหรี่ในบริเวณของสถานที่สาธารณะ และ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ จำแนกประเภทสถานที่สาธารณะออกเป็น 10 แห่ง มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือกจาก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ได้สังเกต ไม่พบ และพบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน เท่ากับ 0 สำหรับผู้ที่ตอบว่า ไม่พบและไม่ได้สังเกต และเท่ากับ 1 สำหรับผู้ที่ตอบว่า พบ จากนั้นจึงรวมคำตอบในแต่ละข้อ ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 3 คะแนน แล้วแบ่งการปฏิบัติตามกฎหมายออกเป็น 2 กลุ่ม ถ้ามีค่ารวมเท่ากับ 0 – 2 คะแนน จัดว่าสถานที่สาธารณะนั้นไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย และถ้ามีค่ารวมเท่ากับ 3 คะแนน จัดว่าสถานที่สาธารณะนั้นปฏิบัติตามกฎหมาย โดยจัดเขตปลอดบุหรี่ให้มีสภาพและลักษณะครบทั้ง 3 ลักษณะตามกฎหมาย และคำถามเกี่ยวกับการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยจำแนกประเภทสถานที่สาธารณะออกเป็น 10 แห่ง มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน เท่ากับ 0 สำหรับผู้ที่ตอบไม่เคยได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่นั้นเลย และเท่ากับ 1 สำหรับผู้ที่ตอบว่า เคยได้รับควันบุหรี่มือสองทั้งแบบนาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง

สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เป็นข้อคำถามที่ใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) การดำเนินกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมในการควบคุมยาสูบที่ผ่านมา 2) ความคาดหวังหรือเป้าหมายของการดำเนินงานควบคุมยาสูบ 3) ผลการดำเนินงานเมื่อเทียบกับความคาดหวังและเป้าหมายของการดำเนินงาน 4) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการควบคุมยาสูบ และ 5) ปัญหาหรืออุปสรรคต่อการดำเนินงานควบคุมยาสูบ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยแบบสอบถามตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค (IOC) ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน พบทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป และส่วนแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบ จำนวน 3 คน ร่วมให้ความเห็น ตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น เพื่อให้แบบสอบถามสามารถสื่อความหมายได้อย่างชัดเจน และได้ข้อมูลที่ตรงประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วย χ^2 -test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.1 อายุเฉลี่ย 46.0 ปี (S.D. = 17.0) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.9 และประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 44.7 สำหรับพฤติกรรมการบริโภค

ยาสูบ ร้อยละ 29.1 เคยสูบบุหรี่หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยสูบบุหรี่หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 17.3 ปี (S.D. = 5.1) และในจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่นี้ ร้อยละ 51.6 มีการสูบบุหรี่หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยสถานที่สูบบุหรี่หรือใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบในช่วง 30 วันที่ผ่านมามากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตลาดนัด/ตลาดนัดกลางคืน/ไนท์บาช่า/ถนนคนเดิน ร้อยละ 65.8 ภายในที่พักอาศัย ร้อยละ 63.5 และในสถานที่ท่องเที่ยว ร้อยละ 48.3

2. การปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สถานที่สาธารณะ ร้อยละ 5.3 – 61.3 มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ด้วยการ

จัดเขตปลอดบุหรี่ให้ครบถ้วนใน 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) การติดป้ายแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่บริเวณทางเข้าออกที่ชัดเจน 2) การติดป้ายแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ในบริเวณสถานที่ และ 3) ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ในบริเวณสถานที่เขตปลอดบุหรี่ โดยสถานที่สาธารณะที่มีการปฏิบัติตามกฎหมาย มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ สถานพยาบาล ร้อยละ 61.3 สถานศึกษา ร้อยละ 50.4 และศาสนสถาน ร้อยละ 48.7 ส่วนสถานที่สาธารณะที่มีการปฏิบัติตามกฎหมาย น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตลาดนัด/ตลาดนัดกลางคืน/ไนท์บาช่า/ถนนคนเดิน ร้อยละ 5.3 ร้านอาหาร ร้อยละ 15.1 และป้ายรถเมล์/ สนามบิน/ บขส. ร้อยละ 17.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จำแนกตามประเภทของสถานที่สาธารณะ

ประเภทสถานที่สาธารณะ	มีการปฏิบัติตามกฎหมาย	
	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนสถาน (n = 232)	113	48.7
สถานพยาบาล (n = 212)	130	61.3
สวนสาธารณะ (n = 73)	15	20.5
ร้านเกมส์ (n = 7)	2	28.6
สถานศึกษา (n = 123)	62	50.4
สถานที่ราชการ (n = 134)	58	43.3
ป้ายรถเมล์/ สนามบิน/ บขส. (n = 70)	12	17.1
ตลาดนัด/ ตลาดนัดกลางคืน/ ไนต์บาช่า/ ถนนคนเดิน (n = 303)	16	5.3
สถานที่ท่องเที่ยว (n = 111)	20	18.0
ร้านอาหาร (n = 172)	26	15.1

เปรียบเทียบการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบระหว่างจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุดและจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด พบว่าการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบสถานที่

สาธารณะ 2 แห่ง ได้แก่ สถานพยาบาล และสถานศึกษา มีความสัมพันธ์กับอัตราการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ระหว่างจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด และ สูงสุดตามประเภทของสถานที่สาธารณะ โดยใช้ χ^2 -test

ประเด็น	จังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่				p – value
	ต่ำที่สุด (n = 255)		สูงสุด (n = 284)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ศาสนสถาน	(n = 109)		(n = 123)		0.416
ปฏิบัติตามกฎหมาย	50	45.9	63	51.2	
ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย	59	54.1	60	48.8	
สถานพยาบาล	(n = 90)		(n = 122)		0.009
ปฏิบัติตามกฎหมาย	46	51.1	84	68.9	
ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย	44	48.9	38	31.1	
สวนสาธารณะ	(n = 48)		(n = 25)		0.360
ปฏิบัติตามกฎหมาย	8	16.7	7	28.0	
ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย	40	83.3	18	72.0	
ร้านเกมส์	(n = 5)		(n = 2)		1.000
ปฏิบัติตามกฎหมาย	1	20.0	1	50.0	
ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย	4	80.0	1	50.0	
สถานศึกษา	(n = 73)		(n = 50)		0.017
ปฏิบัติตามกฎหมาย	30	41.1	31	64.0	
ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย	43	58.9	18	36.0	
สถานที่ราชการ	(n = 71)		(n = 63)		0.385
ปฏิบัติตามกฎหมาย	28	39.4	30	47.6	
ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย	43	60.6	33	52.4	
ป้ายรถเมล์/ สนามบิน/ บขส.	(n = 47)		(n = 23)		0.189
ปฏิบัติตามกฎหมาย	6	12.8	6	26.1	
ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย	41	87.2	17	73.9	
ตลาดนัด/ ในหมู่บ้าน/ ถนนคนเดิน	(n = 136)		(n = 167)		0.069
ปฏิบัติตามกฎหมาย	11	8.1	5	3.0	
ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย	125	91.9	162	97.0	
สถานที่ท่องเที่ยว	(n = 57)		(n = 54)		1.000
ปฏิบัติตามกฎหมาย	10	17.5	10	18.5	
ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย	47	82.5	44	81.5	
ร้านอาหาร	(n = 80)		(n = 92)		0.401
ปฏิบัติตามกฎหมาย	10	12.5	16	17.4	
ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย	70	87.5	76	82.6	

3. การได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5

การได้รับควันบุหรี่มือสองนี้ วิเคราะห์จากการพบเห็นผู้ที่สูบบุหรี่หรือผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือเคยได้รับควันบุหรี่ในสถานที่สาธารณะในช่วง 30 วันที่ผ่านมา โดยพบว่า สถานที่ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับควันบุหรี่มือ

สองมากที่สุด ได้แก่ ตลาดนัด/ตลาดนัดกลางคืน/ไนท์บาซ่า/ถนนคนเดิน ร้อยละ 86.0 รองลงมาได้แก่ ป้ายรถเมล์/ สนามบิน/ บขส. ร้อยละ 81.8 สถานที่ท่องเที่ยว ร้อยละ 77.4 ร้านอาหาร ร้อยละ 74.4 สวนสาธารณะ ร้อยละ 68.1 ศาสนสถาน ร้อยละ 53.9 และร้านเกมส์ ร้อยละ 53.8 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการได้รับควันบุหรี่มือสองของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทของสถานที่สาธารณะ

ประเภทสถานที่สาธารณะ	การได้รับควันบุหรี่มือสอง	
	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนสถาน (n = 293)	158	53.9
สถานพยาบาล (n = 271)	112	41.3
สวนสาธารณะ (n = 116)	79	68.1
ร้านเกมส์ (n = 52)	28	53.8
สถานศึกษา (n = 171)	81	47.4
สถานที่ราชการ (n = 200)	95	47.5
ป้ายรถเมล์/ สนามบิน/ บขส. (n = 121)	99	81.8
ตลาดนัด/ ตลาดนัดกลางคืน/ ไนต์บาซ่า/ ถนนคนเดิน (n = 393)	338	86.0
สถานที่ท่องเที่ยว (n = 155)	120	77.4
ร้านอาหาร (n = 262)	195	74.4

เปรียบเทียบความแตกต่างการได้รับควันบุหรี่มือสองระหว่างจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุดและจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด พบว่า การได้รับควันบุหรี่มือสองจากสถานที่สาธารณะ 2 แห่ง ได้แก่ ป้ายรถเมล์/

สนามบิน/บขส. และตลาดนัด/ตลาดนัดกลางคืน/ไนท์บาซ่า/ถนนคนเดิน มีความสัมพันธ์กับอัตราการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการได้รับวัคซีนบูทรีมีออสองในช่วง 30 วันที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างจังหวัดที่มีอัตรา
การสูบบุหรี่ต่ำสุดและสูงสุดตามประเภทของสถานที่สาธารณะ โดยใช้ χ^2 -test

ประเด็น	จังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่				p - value
	ต่ำที่สุด (n = 255)		สูงสุด (n = 284)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ศาสนสถาน	(n = 151)		(n = 142)		0.414
ไม่เคย	66	43.7	69	48.6	
เคย	85	56.3	73	51.4	
สถานพยาบาล	(n = 133)		(n = 138)		1.000
ไม่เคย	78	58.6	81	58.7	
เคย	55	41.4	57	41.3	
สวนสาธารณะ	(n = 79)		(n = 37)		0.832
ไม่เคย	26	32.9	11	29.7	
เคย	53	67.1	26	70.3	
ร้านเกมส์	(n = 42)		(n = 10)		0.736
ไม่เคย	20	47.6	4	40.0	
เคย	22	52.4	6	60.0	
สถานศึกษา	(n = 112)		(n = 59)		0.147
ไม่เคย	54	48.2	36	61.0	
เคย	58	51.8	23	39.0	
สถานที่ราชการ	(n = 123)		(n = 77)		0.383
ไม่เคย	68	55.3	37	48.1	
เคย	55	44.7	40	51.9	
ป้ายรถเมล์/ สนามบิน/ บขส.	(n = 87)		(n = 34)		0.035
ไม่เคย	20	23.0	2	5.9	
เคย	67	77.0	32	94.1	
ตลาดนัด/ไนท์บาซ่า/ ถนนคนเดิน	(n = 189)		(n = 204)		< 0.001
ไม่เคย	41	21.7	14	6.9	
เคย	148	78.3	190	93.1	
สถานที่ท่องเที่ยว	(n = 87)		(n = 68)		0.246
ไม่เคย	23	26.4	12	17.6	
เคย	64	73.6	56	82.4	
ร้านอาหาร	(n = 1526)		(n = 136)		0.066
ไม่เคย	39	31.0	28	20.6	
เคย	87	69.0	108	79.4	

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากผลการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า การปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของสถานที่สาธารณะ ได้แก่ สถานพยาบาล และสถานศึกษา มีความสัมพันธ์กับอัตราการสูบบุหรี่ ส่วนการได้รับควันบุหรี่มือสองที่พบว่า สถานที่สาธารณะ ได้แก่ ป้ายรถเมล์/

สนามบิน/บขส. และตลาดนัด/ตลาดนัดกลางคืน/ไนท์บาซ่า/ถนนคนเดิน มีความสัมพันธ์กับอัตราการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อตรวจสอบปรากฏการณ์ด้วยความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สรุปความเห็นจากการสนทนากลุ่มระหว่างจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด และจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด เพื่อเสนอเป็นแนวทางในการป้องกันแก้ไขปัญหา

ประเด็น	สถานที่	ความเห็น
1. การปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของสถานที่สาธารณะ	1.1 สถานพยาบาล	จากการสนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานของจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด และจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด มีความแตกต่างกัน โดยจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด เน้นการติดที่มีผู้ป่วยค่อนข้างมาก (บริเวณที่มีผู้รับบริการจำนวนมากทั้งผู้ป่วยและญาติ) ดังคำพูดของ ผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาลที่พูดว่า “...โรงพยาบาลได้มีการติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ไว้ทั่วโรงพยาบาล แต่ถ้าถามว่าครบถ้วนตามข้อกำหนดของกฎหมายหรือไม่ ก็อาจจะไม่ครบทั้งหมด เน้นติดที่ตึกที่มีผู้ป่วยหรือผู้มาใช้บริการเยอะ ๆ เพื่อให้เห็นและเกิดการปฏิบัติตาม ส่วนตึกอื่น ๆ อาจไม่ได้ดำเนินการครบทั้งหมด รวมถึงภายนอกของบริเวณอาคารด้วย...” ส่วนจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดเน้นการทำงานร่วมกับเครือข่ายควบคุมยาสูบ ดังความเห็นของผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบของจังหวัดให้ความคิดเห็นว่า “...ได้ดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายได้จัดกิจกรรมรณรงค์โดยการแจกสติ๊กเกอร์เซตปลอดบุหรี่ พร้อมกับให้คำแนะนำในการจัดเซตปลอดบุหรี่ ให้ถูกต้องตามข้อกำหนดของกฎหมาย เช่น ให้ติดทุกช่องทางเข้าออกของสถานที่ ติดตามอาคารต่าง ๆ ให้ครบและห้ามไม่ให้มีที่เขี่ยบุหรี่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ให้ความสำคัญ เพราะเป็นแหล่งที่มีผู้ป่วย ดังนั้น การจัดเซตปลอดบุหรี่ในโรงพยาบาลจึงทำได้ง่าย...”
	1.2 สถานศึกษา	สำหรับประเด็นสถานศึกษาจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุดทำงานผ่านเครือข่ายของครู ดังความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบของอำเภอว่า “...ที่ผ่านมามีเครือข่ายครูเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่ได้เข้ามาดำเนินการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ในพื้นที่ มีโรงเรียนทุกแห่งเข้าร่วมดำเนินการโดยสสจ.ก็ได้นำสติ๊กเกอร์และป้ายปลอดบุหรี่มามอบให้โรงเรียนทุกแห่งแล้ว แต่บางโรงเรียนก็อาจไม่ได้นำไปติดให้ครบตามที่กฎหมายบอก ติดแต่ป้ายทางเข้าหน้าโรงเรียน...”

ตารางที่ 5 สรุปความเห็นจากการสนทนากลุ่มระหว่างจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด และจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด เพื่อเสนอเป็นแนวทางในการป้องกันแก้ไขปัญหา (ต่อ)

ประเด็น	สถานที่	ความเห็น
2.การได้รับควันบุหรี่มือสองมีเพียงสถานที่สาธารณะ	2.1 ป้ายรถเมล์/สนามบิน/บขส.	ในขณะที่เดียวกันจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดทำงานผ่านการประชุมโดยเชิญนิติกรมาให้ความรู้ ดังความคิดเห็นว่าของผู้รับผิดชอบงานของสสจ.ว่า “...สสจ.เพิ่มมีการจัดประชุมสถานศึกษาปลอดบุหรี่แล้วมีการอบรมให้ความรู้เรื่องการจัดเขตปลอดบุหรี่โดยนิติกรมาบรรยาย ทำให้โรงเรียนส่วนใหญ่เข้าใจว่าการจัดเขตปลอดบุหรี่ให้ถูกต้อง ต้องทำอะไรตรงไหนบ้าง เช่น ต้องติดป้ายปลอดบุหรี่ที่ทางเข้าออกโรงเรียน ติดภายนอกในบริเวณของโรงเรียน และไม่ให้มีที่เขี่ยบุหรี่ภายในโรงเรียน...” ประเด็นการได้รับควันบุหรี่มือสองมีเพียงสถานที่สาธารณะป้ายรถเมล์/สนามบิน/ บขส. จังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด เนื่องจากมีการดำเนินกิจกรรมอย่างจริงจัง ดังความคิดเห็นว่า “...ที่ผ่านมาพบคนสูบบุหรี่เยอะมากตามป้ายรถเมล์ สองแถว และใน บขส. ไปดูได้จากกันบุหรี่ที่พบเยอะมาก แต่เมื่อ สสจ.ทำโครงการจังหวัดปลอดบุหรี่ มีรณรงค์จริงจัง ติดป้ายห้ามสูบ และตรวจจับผู้สูบบุหรี่อย่างจริงจัง ทำให้พบคนสูบบุหรี่น้อยลงไปมาก...” ส่วนจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด เนื่องจากยังไม่เคยมีการดำเนินด้านกฎหมายอย่างจริงจัง ดังความคิดเห็นเสริมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกล่าวว่า “...เคยมีการลงพื้นที่ไปแนะนำที่ บขส.ในเรื่องการห้ามสูบบุหรี่ แต่เรายังไม่เคยมีการดำเนินการปรับจับจริงจังผู้ที่ฝ่าฝืน เป็นเพียงการขอความร่วมมือ ทำให้คนไม่ตระหนัก...”
	2.2 ตลาดนัด/ตลาดนัดกลางคืน/ไนท์บาซ่า/ถนนคนเดิน	ประเด็นตลาดนัด/ตลาดนัดกลางคืน/ไนท์บาซ่า/ถนนคนเดิน ทั้ง 2 จังหวัดมีความคล้ายคลึงกันกล่าวคือ คนจะไปยืนสูบบุหรี่ข้างตลาด โดยจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด ผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบในระดับอำเภอได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “...ในตัวตลาดเองไม่ค่อยเจอคนสูบบุหรี่แล้ว เพราะเป็นที่คนมาซื้อของเยอะ คนสูบก็นึกกลัวสูบ แต่จะไปยืนสูบข้างนอกที่ขายของ อย่างหลังตลาดหรือที่เขาคอตรอซื้อของ ทั้งที่ตรงบริเวณนั้นก็เขตปลอดบุหรี่เหมือนกันเพราะเป็นเขตของตลาด แต่เขาไม่รู้ว่าตรงนั้นห้ามสูบ และคนก็เดินผ่านไป ก็ทำให้ได้ควันบุหรี่จากตรงนั้น...” สำหรับจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ทำงานร่วมกับเครือข่าย โดยเครือข่ายควบคุมยาสูบในจังหวัดให้ความคิดเห็นว่า “เดี๋ยวนี้นคนสูบบุหรี่ในตลาด ในถนนคนเดินน้อยลงเยอะ เขาไม่ยืนสูบข้างในนั้น แต่มายืนสูบข้างนอกแถวที่จอดรถ หรือหลังแผงขายของ แต่คนที่ไปเดินตลาดก็อาจได้ควันบุหรี่จากตรงนั้นได้ เพราะไม่มีใครมาตรวจจับจริงจัง เขาก็ไม่สนใจ”

การอภิปรายผล

1. การปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จากผลการศึกษาพบสถานที่สาธารณะส่วนใหญ่ยังไม่ปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยการจัดเขตปลอดบุหรี่ให้มีสภาพและลักษณะครบถ้วนใน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ติดป้ายแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่บริเวณทางเข้าออกที่ชัดเจน 2) ติดป้ายแสดงเครื่องหมายปลอดบุหรี่ในบริเวณของสถานที่สาธารณะ และ 3) ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ โดยพบมากที่สุด ได้แก่ ตลาดนัด/ ตลาดนัดกลางคืน/ไนท์บาซ่า/ถนนคนเดิน ร้อยละ 94.7 รองลงมาได้แก่ร้านอาหาร ร้อยละ 84.9 และป้ายรถเมล์/สนามบิน/บขส. ร้อยละ 82.9 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ดำเนินการหรือเจ้าของหรือผู้รับผิดชอบดูแลสถานที่สาธารณะดังกล่าวไม่ทราบองค์ประกอบของการจัดเขตปลอดบุหรี่ ซึ่งต้องครบทั้ง 3 ลักษณะข้างต้น ทำให้ในหลายสถานที่ดำเนินการเพียงการติดป้ายเครื่องหมายและสัญลักษณ์ของเขตปลอดบุหรี่ภายในสถานที่ของตนเองอย่างเดียว โดยไม่ครอบคลุมทุกช่องทางเข้าออกของสถานที่หรือในบริเวณของสถานที่สาธารณะของตน อีกทั้งอาจไม่ทราบว่าตนเองมีหน้าที่ต้องดำเนินการดังกล่าว และการบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบอาจจะยังไม่มีมีการดำเนินงานอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535 ที่พบว่า มีผู้ประกอบการร้านอินเทอร์เน็ตและเกมส์ ในกรุงเทพมหานคร เพียงร้อยละ 22.9 ที่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมายโดยการจัดเขตปลอดบุหรี่ได้ครบถ้วนใน 3 ลักษณะ⁽¹²⁾ และการศึกษาธารณะชนิตรถแท็กซี่ พบว่าผู้ขับแท็กซี่ร้อยละ 60.9 มีการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 โดยการจัดเขตปลอดบุหรี่ครบทั้ง 3 ลักษณะ⁽¹³⁾ เมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบของสถานที่สาธารณะระหว่างจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุดและจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดพบว่า มีสถานที่สาธารณะ 2 แห่ง ที่มีการปฏิบัติตามกฎหมายแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานพยาบาล และสถานศึกษา โดยสถานพยาบาลและสถานศึกษาในจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด มีการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบด้วยการจัดเขตปลอดบุหรี่ได้ครบถ้วนใน 3 ลักษณะ มากกว่าสถานพยาบาลในจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า ความพยายามของภาคีเครือข่ายควบคุมยาสูบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในการลดอัตราการสูบบุหรี่ของจังหวัด โดยเน้นรณรงค์การจัดเขตปลอดบุหรี่ให้เป็นไปตามลักษณะที่กฎหมายกำหนด ร่วมกับผลจากการมีเรื่องร้องเรียนการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบโดยไม่จัดเขตปลอดบุหรี่ให้เป็นไปตามคุณลักษณะที่กฎหมายกำหนด จึงส่งผลให้เกิดการตื่นตัวของหน่วยงานและสถานที่ต่างๆ ในการดำเนินการให้ถูกต้อง

2. การได้รับควันบุหรี่มือสองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 50.0 ได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะในช่วง 30 วัน ที่ผ่านมา โดยสถานที่สาธารณะที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ควันบุหรี่มากที่สุด ได้แก่ ตลาดนัด/ตลาดนัดกลางคืน/ไนท์บาซ่า/ถนนคนเดิน ร้อยละ 86.0 รองลงมาได้แก่ป้ายรถเมล์/สนามบิน/บขส. ร้อยละ 81.8 สถานที่ท่องเที่ยว ร้อยละ 77.4 ร้านอาหาร ร้อยละ 74.4 สวนสาธารณะ ร้อยละ 68.1 ศาสนสถาน ร้อยละ 53.9 และร้านเกมส์ ร้อยละ 53.8 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสถานที่สาธารณะเหล่านี้ไม่ติดป้ายแสดงเครื่องหมายและสัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่ที่มองเห็นได้ชัดเจน ทั้งในบริเวณช่องทางเข้าออกของสถานที่ บริเวณเข้าออกของอาคาร และภายในบริเวณของสถานที่สาธารณะ จึงอาจทำให้ผู้สูบบุหรี่เข้าใจได้ว่าสามารถสูบบุหรี่ได้ นอกจากนี้ แม้ในบางสถานที่สาธารณะจะติดป้ายแสดงเครื่องหมายและสัญลักษณ์เขตปลอดบุหรี่ที่มองเห็นได้ชัดเจนครอบคลุมทุกบริเวณข้างต้นแล้ว แต่ผู้สูบบุหรี่ยังฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะนั้น ซึ่งอาจเกิดจากผู้สูบบุหรี่ขาดความตระหนักถึงผลกระทบจาก ควันบุหรี่ที่ส่งผลต่อผู้อื่นที่อยู่รอบข้าง และขาดการเคารพกฎหมาย รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ที่อาจจะยังไม่ทั่วถึง จริงจัง และขาด

ความต่อเนื่อง ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พบว่า ร้อยละ 95.0 ของประชาชนและผู้ที่ใช้มาติดต่อธุระอื่นใดในสถานที่สาธารณะ เคยเห็นผู้สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ โดยเกือบครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 49.2 พบเห็นการสูบบุหรี่ในตลาด รองลงมา ได้แก่ ป้ายรถเมล์/สนามบิน/บขส. ร้อยละ 81.8⁽¹⁴⁾ การประเมินประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยควันบุหรี่ในจังหวัดหนองคาย ที่พบเห็นการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 68.5 สถานที่สาธารณะที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน และศาสนสถาน พบผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 85.3 และ 69.9 ตามลำดับ และร้านเกมส์ ร้อยละ 53.8⁽¹⁵⁾ และรายงานของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุม ที่พบร้อยละ 22.0 ของร้านอาหารมีการสูบบุหรี่ให้เห็นแบบซึ่งหน้าในร้านอาหาร และร้อยละ 19.0 ได้กลิ่นควันบุหรี่ในร้านอาหาร สวนสาธารณะ ร้อยละ 68.1 ศาสนสถาน ร้อยละ 53.9⁽⁹⁾ เมื่อเปรียบเทียบการได้รับควันบุหรี่มือสองพบว่า ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้น สถานที่สาธารณะ 2 แห่งที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับควันบุหรี่มือสองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ป้ายรถเมล์/สนามบิน/บขส. และตลาดนัด/ตลาดนัดกลางคืน/ไนท์บาซ่า/ถนนคนเดิน โดยกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดได้รับควันบุหรี่มือสองในป้ายรถเมล์/สนามบิน/บขส. และในตลาดนัด/ตลาดนัดกลางคืน/ไนท์บาซ่า/ถนนคนเดิน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างจากจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการบังคับใช้กฎหมายสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ในจังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ยังขาดการดำเนินงานอย่างจริงจัง ดังข้อคิดเห็นจากการสนทนากลุ่ม “เดี๋ยวนี้คนสูบบุหรี่ในตลาด ในถนนคนเดินน้อยลงเยอะเขาไม่ยืนสูบข้างในนั้น แต่มายืนสูบข้างนอกแถวที่จอดรถ หรือหลังแผงขายของ แต่คนที่ไปเดินตลาดก็อาจได้ควันบุหรี่จากตรงนั้นได้ เพราะไม่มีใครมาตรวจจับจริง เขาก็ไม่สนใจ”

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ควรเพิ่มการปฏิบัติตามกฎหมายของสถานที่สาธารณะ โดยการประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้ในวงกว้าง อย่างทั่วถึงและครอบคลุมไปยังผู้ดำเนินการหรือเจ้าของสถานที่สาธารณะให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถจัดสถานที่สาธารณะที่ตนเองกำกับดูแลให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ โดยมีสภาพและลักษณะครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนดใน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ติดป้ายแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่บริเวณทางเข้าออกที่ชัดเจน 2) ติดป้ายแสดงเครื่องหมายปลอดบุหรี่ในบริเวณของสถานที่สาธารณะ และ 3) ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ ตลอดจนป้องกันประชาชนไม่ให้ได้รับควันบุหรี่มือสองด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพและความเข้มแข็งของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบในการบังคับใช้กฎหมายทั้งการจัดเขตปลอดบุหรี่ให้เป็นไปตามลักษณะที่กฎหมายกำหนด และการดำเนินการกับผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้บริหารและคณะเจ้าหน้าที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ทุกประการ ขอขอบคุณ กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค ที่ให้ความอนุเคราะห์แบบสอบถามการปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองสุขภาพ ผู้ไม่สูบบุหรี่ ปี พ.ศ. 2562 ขอขอบคุณ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมการบริโภคยาสูบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และประจวบคีรีขันธ์ ที่อำนวยความสะดวกและสนับสนุนการวิจัยจนสำเร็จตามเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Tobacco [Internet]. 2020 [Cited 2 April 2020]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/tobacco>.

2. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017 monitoring tobacco use and prevention policies. Switzerland: World Health Organization; 2017.
3. Luke C, Kabir Z. Health Effects of Passive Smoking in Adults. In Loddenkemper R. and Kreuter M. (Eds). The tobacco epidemic. 2nd ed. Germany: Kraft Druck GmbH, Ettlingen; 2015. 110-20.
4. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. Lancet 2011; 377: 139-46.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด; 2554.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด; 2557.
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดีการพิมพ์ จำกัด; 2561.
8. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารข้อเท็จจริงประเทศไทย พ.ศ. 2558 การสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนระดับโลก (GYTS) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://btc.ddc.moph.go.th/th/count-data.php?id=41&files=59-04-26-FACT-SHEET-GYTS.pdf>.
9. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สรุปี 25 ปี การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2535 - 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2560.
10. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. จำนวนประชากร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByYear.php.
11. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons; 1995.
12. อลงกรณ์ เปกาสิทธิ์, ลักขณา เตมศิริกุลชัย, ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์, ธราดล เก่งการพานิช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้ประกอบการร้านอาหารอินเทอร์เน็ตและเกมส์ ในกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2556; 43(1): 30 - 41.
13. ดวงใจ บรรทัด, จิราพร ชมพิกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 กรณีศึกษาร้านอาหารขนาดเล็ก. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2560.
14. วิเชียร สุภัทรกุล. การบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะในพื้นที่เขตอำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี 2559; 8(1): 57-66.
15. ลีริกร นามลาบุตร, วรานิษฐ์ ลำไย. การประเมินประสิทธิผลของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ในจังหวัดหนองคาย. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2561; 4(2): 133-51.

การสัมผัสความร้อนและการเจ็บป่วยจากความร้อนของเกษตรกรตัดอ้อย ในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

Heat Exposure and Heat Illness among Sugarcane Workers In Nongbuadaeng District Chaiyaphum Province

ทิพย์อัปสร วิชาตรน วท.ม. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)*
สุนิสา ชัยเกลี้ยง ป.ด. (ชีวเวชศาสตร์)**

Thipapsorn Wichatorn M.Sc. (Occupational health and safety) *
Sunisa Chaiklieng Ph.D. (Biomedical Science) **

*นักศึกษาสาขา วท.ม. อาชีวอนามัยและความปลอดภัย
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
**สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*M.Sc. Student in Occupational Health and Safety,
Faculty of Public Health, Khon Kaen University
**Department of Occupational Health and Safety,
Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received: June 1, 2021

Revised: July 12, 2021

Accepted: August 31, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้แบบพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการสัมผัสความร้อนและการเจ็บป่วยจากความร้อนของเกษตรกรตัดอ้อย ในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ จำนวนกลุ่มตัวอย่างเกษตรกรตัดอ้อย 379 คน เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนธันวาคม 2563 ถึง กุมภาพันธ์ 2564 ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง สำหรับข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมการทำงาน อาการเจ็บป่วยจากความร้อนจากการทำงานตัดอ้อย บันทึกความเร็วลม และความชื้นสัมพัทธ์ ตรวจวัดอุณหภูมิ ด้วยเครื่อง Wet bulb globe temperature หรือ WBGT ของสภาพแวดล้อมในการทำงานตัดอ้อย ผลพบว่าเกษตรกรตัดอ้อยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.62 อายุเฉลี่ย 49.08 ปี อาการหรือผลกระทบจากการทำงานสัมผัสความร้อน พบร้อยละ 70.71 โดยสามลำดับแรกคือ ระบายน้ำหรือหิวน้ำอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 43.83 รองลงมาคือ ผลประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ร้อยละ 38.26 และ ผิวน้ำแห้ง ร้อยละ 32.80 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามระดับความรุนแรงของอาการ พบอาการที่ระดับรุนแรงมาก คือ อาการปวดเกร็งที่กล้ามเนื้อ แขน ขา หรือท้องหรือเป็นตะคริว พบสูงสุด รองลงมาคืออาการหน้ามืด และบวมที่ข้อเท้า ขา แขน มือ ตามลำดับ ด้านสภาพแวดล้อมคือความชื้นสัมพัทธ์ 51% - 64% ความเร็วลม 9 - 18 km/h การสัมผัสความร้อน WBGT เฉลี่ยคือ 30.64 องศาเซลเซียส และสูงสุด คือ 31.20 องศาเซลเซียส เทียบกับค่ามาตรฐานการสัมผัสที่อาจส่งผลเสียจากความร้อน พบว่ามีความเสี่ยงปานกลางจึงเสนอแนะให้มีการเฝ้าระวังอาการป่วยจากความร้อนและส่งเสริมการประเมินความเสี่ยงต่อการสัมผัสความร้อนของเกษตรกรตัดอ้อยในฤดูร้อนจัดเพื่อการป้องกันการเจ็บป่วยจากความร้อนของเกษตรกรและการลดของประสิทธิภาพการทำงาน

คำสำคัญ: เกษตรกรตัดอ้อย การสัมผัสความร้อน การเจ็บป่วยจากความร้อน

Abstract

This cross-sectional descriptive study was designed to assess heat exposure and heat-related illness of sugarcane cutter in Nongbuaeng district Chaiyaphum province. There were 379 participants included in the study that collected data on December 2020 – February 2021 by the interviewed questionnaire for their personal characteristics, work behavior, heat related symptoms, recording of air velocity, relative humidity and measurement of wet bulb globe temperature (WBGT) in the work environment. The results show that heat related symptom affected in 70.71% of workers. Sugarcane cutters had thirsty (43.83), reduced work efficiency (38.26) and dry cracking skin (32.80), respectively. Concerning the severity, the top two severe symptoms were muscle fatigue on arm/leg/digestive organs, faint, and leg or arm edema. For work environment, the relative humidity was 51%RH – 64 %RH, air velocity was 9–18 km/h. The mean WBGT was 30.64 with the maximum of 31.20°C. Comparing to heat stress standard showed that it was at moderate risk on health adverse. These findings raise the medical surveillance program and conducting heat risk assessment of sugarcane cutter, to prevent heat exposure that induce heat-related illness of sugarcane cutter.

Keywords: Sugarcane worker, Heat exposure, Heat-related illness

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศนั้นเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ แต่ทำให้การสะสมก๊าซเรือนกระจกและการเก็บกักความร้อนในชั้นบรรยากาศเพิ่มสูงขึ้น ก่อให้เกิดภาวะโลกร้อนซึ่งส่งผลให้ภูมิอากาศมีการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน จากการรายงานของคณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Intergovernmental Panel on Climate Change: IPCC) ได้ระบุในรายงานว่า อุณหภูมิที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์นั้น เพิ่มขึ้นถึง 1 องศาเซลเซียส (0.8 ถึง 1.2 องศาเซลเซียส) ซึ่งเพิ่มสูงกว่าปี 2560 ที่เพิ่มขึ้น 0.2 องศาเซลเซียส (0.1 ถึง 0.3 องศาเซลเซียส)⁽¹⁾ ด้วยลักษณะภูมิประเทศของประเทศไทยเป็นสภาพพื้นที่ราบซึ่งน้ำท่วมถึงอุดมสมบูรณ์และภูมิอากาศแบบมรสุมเขตร้อน ทำให้มีความเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับการทำเกษตรกรรม⁽²⁾ และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร มีการปลูกข้าวมากที่สุด และพืชเศรษฐกิจได้แก่ อ้อย ข้าวโพด มันสำปะหลัง หอมแดง ยางพารา ฯลฯ การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศนั้นมีผลกระทบต่ออาชีพที่ทำงานกลางแจ้ง โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม ซึ่งต้องทำงาน

อยู่กลางแจ้งตลอดระยะเวลาการทำงาน โดยปกติร่างกายมนุษย์จะพยายามปรับอุณหภูมิภายในให้สมดุลอยู่ที่ประมาณ 37 องศาเซลเซียส การออกแรงกายทำให้ความร้อนในร่างกายสูงขึ้น ส่งผลให้เลือดสูบฉีดและเหงื่อออกมากขึ้น⁽³⁾ ซึ่งถ้าทำงานจนทำให้ร่างกายมีอุณหภูมิที่มากกว่า 38 องศาเซลเซียส ก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้วยอาการ เช่น ตะคริวความร้อน (Heat cramp) อาการเพลียความร้อน (Heat exhaustion) โรคลมความร้อน (Heat stroke)⁽⁴⁾ ภาวะเครียดจากความร้อน (Heat stress) วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หนามืด ผดผื่น การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ หายใจเร็วหอบลึก เหงื่อออกมาก ตัวร้อนมาก เหงื่อไม่ออก เป็นลม หมดสติ⁽⁵⁾

จังหวัดชัยภูมิ มีลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปประกอบด้วยป่าไม้และภูเขาร้อยละ 50 ของพื้นที่จังหวัดนั้นเป็นที่ราบสูง บริเวณตอนกลางของจังหวัดเป็นพื้นที่ราบ มีพื้นที่ป่าไม้และเทือกเขาตั้งเรียงรายจากทิศตะวันออกสู่ทิศตะวันตก อาชีพของประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรมประมาณร้อยละ 60.30 พืชเศรษฐกิจที่สำคัญและทำรายได้ให้กับจังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ ข้าวนาปี ข้าวนาปรัง อ้อย มันสำปะหลัง

ยางพารา ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ พริก และการปลูกหม่อนเลี้ยงไหม เป็นต้น⁽⁶⁾ โดยเกษตรกรมีการปลูกอ้อย ในปี พ.ศ. 2559 มีพื้นที่เพาะปลูกอ้อยทั้งหมด 603,424 ไร่ และมีปริมาณอ้อยทั้งหมด 5,593,740 ตัน⁽⁷⁾ ได้เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2560 โดยมีพื้นที่เพาะปลูกอ้อยทั้งหมดถึง 616,639 ไร่ และมีปริมาณอ้อยทั้งหมด 7,183,845 ตัน⁽⁸⁾ ซึ่งอยู่อันดับ 1 ใน 5 ที่มีพื้นที่เพาะปลูกและอ้อยทั้งหมดมากที่สุดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้มีจำนวนเกษตรกรมีความเสี่ยงต่อการได้รับความร้อนขณะประกอบอาชีพ เนื่องจากส่วนใหญ่ต้องทำงานกลางแจ้งแดดในสภาพแวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพได้⁽⁵⁾

สถิติการเจ็บป่วยโรคจากความร้อนของจังหวัดชัยภูมิในช่วงปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2562 โดยมีประชากรเจ็บป่วยจากโรคจากความร้อนมากที่สุดคือ อำเภอภูเขียว จำนวน 11 ราย รองลงมาคือ อำเภอหนองบัวแดง อำเภอจัตุรัส อำเภอเนินสง่า จำนวน 4 ราย⁽⁹⁾ อำเภอหนองบัวแดง มีพื้นที่ทั้งหมด 2,216 ตารางกิโลเมตร ในปี พ.ศ. 2562 มีพื้นที่ทำการเกษตรทั้งหมด 283,370 ไร่ โดยมีพื้นที่ทำการเกษตรมากที่สุดเป็นอันดับที่ 4 ในจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีพื้นที่การเกษตรทั้งหมด 328,595 ไร่⁽¹⁰⁾ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร เกษตรกรส่วนใหญ่ปลูกข้าว และพืชเศรษฐกิจนิยมปลูกคือ อ้อย เนื่องจากอำเภอหนองบัวแดงเป็นแหล่งต้นกำเนิดน้ำชี ทำให้มีน้ำทำการเกษตรตลอดทั้งปี และเกษตรกรยังมีการใช้แรงงานคนในการตัดอ้อย ซึ่งทำให้เกษตรกรกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสความร้อนจากการทำงานในที่กลางแจ้ง และอำเภอหนองบัวแดงเป็นหนึ่งในอำเภอที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจากความร้อนเป็นอันดับต้น ๆ ของจังหวัด จึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะทำการศึกษาศักยภาพความร้อนและการเจ็บป่วยจากความร้อนของเกษตรกรตัดอ้อยในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินการเจ็บป่วยจากความร้อนของเกษตรกรตัดอ้อย ในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อประเมินการสัมผัสความร้อนต่อความ

เครียดจากเหตุการณ์สัมผัสความร้อนจากของเกษตรกรตัดอ้อย ในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2564 ทำการศึกษาในเกษตรกรตัดอ้อย อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ที่มาจากการคำนวณตัวอย่าง กรณีไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน⁽¹¹⁾ ดังนี้

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

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, P = ค่าสัดส่วนของความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับความร้อน ได้ค่า $P=0.56^{(5)}$, Z = มีค่าเท่ากับ 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = .05$) e = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 0.05

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร } n &= \frac{0.56(1-0.56)1.96^2}{0.05^2} \\ &= \frac{0.947}{0.0025} \\ &= 378.8 \approx 379 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างของเกษตรกรตัดอ้อย ในอำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 379 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. เกษตรกรหรือแรงงานที่ตัดอ้อยที่มีสัญชาติไทย
2. ตัดอ้อยในไร่อ้อยที่ไม่มีการเผาก่อนการเก็บเกี่ยว

3. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก

1. เกษตรกรที่มีการย้ายออกจากพื้นที่หรือทำงานตัดอ้อยในพื้นที่นอกเขตการศึกษาพร้อมด้วยในช่วงเวลาที่ศึกษา

เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ บันทึกข้อมูลสภาพแวดล้อมในการทำงานได้แก่ ความชื้นสัมพัทธ์ ความเร็วลม และการตรวจวัดอุณหภูมิ WBGT

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) เครื่องมือและอุปกรณ์ในการตรวจวัดความร้อน ตรวจวัดด้วยเครื่อง metrosonics hs - 3600

2) แบบคัดลอกข้อมูลสภาพภูมิอากาศจากกรมอุตุนิยมวิทยา โดยอาศัยการใช้ข้อมูลสภาพอากาศจากกรมอุตุนิยมวิทยา ของจังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ ข้อมูลอุณหภูมิสูงสุดวานนี้ อุณหภูมิต่ำสุดเช้านี้ ความเร็วลมและความชื้นสัมพัทธ์

3) แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย (BMI) โรคประจำตัว ประสบการณ์การทำงาน (ปี) สถานะการเป็นเจ้าของไร่ การดื่มแอลกอฮอล์ปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 ด้านพฤติกรรมการทำงาน ประกอบด้วย การแต่งกายขณะปฏิบัติงานโดยส่วนใหญ่ การดื่มน้ำขณะปฏิบัติงาน การหยุดพักในระหว่างการทำงาน และระยะเวลาการทำงาน

ส่วนที่ 3 อาการ/การเจ็บป่วยจากการทำงานสัมผัสความร้อน ได้แก่ ไม่มีอาการ, ผื่นคัน เนื่องจากความร้อน, ผิวหนังแดง เนื่องจากความร้อน, มีตุ่มขึ้นตามลำตัว เนื่องจากความร้อน, ผิวหนังแห้ง เนื่องจากความร้อน, ตาพร่า เนื่องจากความร้อน, กระหายน้ำ เนื่องจากความร้อน, ปวดศีรษะ เนื่องจากความร้อน, ไม่มีสมาธิในการทำงาน เนื่องจากความร้อน, อาการวิงเวียนศีรษะ เนื่องจากความร้อน, ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เนื่องจากความร้อน, นอนไม่หลับ เนื่องจากความร้อน, การเป็นตะคริวเนื่องจากความร้อน (Heat cramp) คลื่นไส้ เนื่องจากความร้อน, อาเจียน เนื่องจากความร้อน, อุณหภูมิร่างกายสูง เนื่องจากความร้อน, การมีไข้เนื่องจากความร้อน (Fever หรือ Pyrexia) หน้ามืด เนื่องจากความร้อน, ตัวชืด เนื่องจากความร้อน, เป็นลม เนื่องจากความร้อน, ชีพจรเต้นเร็ว เนื่องจากความร้อน, ชีพจรเต้นอ่อนลง เนื่องจากความร้อน, หมดสติ เนื่องจากความร้อน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ด้านพฤติกรรม อาการ/การเจ็บป่วยจากการทำงานสัมผัสความร้อน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลแจกแจงนับใช้ค่าความถี่และร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation : S.D.) และค่าต่ำสุด-สูงสุด (min - max)

ระดับความรุนแรงของอาการ จัดระดับความรุนแรงด้วย การแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับรุนแรงเล็กน้อย ระดับรุนแรงปานกลาง และระดับรุนแรงมาก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

จากการศึกษาเกษตรกรที่ด้อยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.62 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 49.87 อายุเฉลี่ย 49.08 ปี (SD = 9.49, min = 18 ปี, max = 77 ปี) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 88.92 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79.42 ดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 44.76 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 24.32 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (BMI) อยู่ที่ 23.19 (SD = 3.49, min = 14.69, max = 35.61) เกษตรกรส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.89 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.11 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.76 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.33 และโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 1.85 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 87.86 และประสบการณ์การทำงานเฉลี่ยอยู่ที่ 14.58 ปี (SD = 9.34, min = 1 ปี, max = 50 ปี) สถานะการเป็นเจ้าของไร่ ส่วนใหญ่ เป็นเจ้าของไร่ ร้อยละ 58.31 รองลงมาคือผู้ที่รับจ้างตัดอ้อย ร้อยละ 41.42 การดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม/เลิกดื่มแล้ว ร้อยละ 71.50 รองลงมาคือดื่ม ร้อยละ 28.50 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน (ร้อยละ) ของเกษตรกรตัดอ้อยจำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	172 (45.38)
หญิง	207 (54.62)
อายุ (ปี)	
≤ 20	2 (0.50)
20 – 29	6 (1.51)
30 – 39	42 (11.80)
40 – 49	140 (36.94)
≥ 50 ปีขึ้นไป	189 (49.87)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษา	4 (1.06)
ประถมศึกษา	301 (79.42)
มัธยมศึกษาตอนต้น	55 (14.51)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17 (4.49)
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	2 (0.53)
ดัชนีมวลกาย (BMI)	
< 18.5 = น้ำหนักน้อย/ผอม	23 (6.22)
18.5– 22.9 = ปกติ	173 (44.76)
23 – 24.9 = น้ำหนักเกิน	67 (18.11)
25 – 29.9 = โรคอ้วนระดับ 1	90 (24.32)
≥ 30 ขึ้นไป = โรคอ้วนระดับ 2	17 (4.59)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	299 (78.89)
มี	80 (21.11)
ประสบการณ์การทำงาน	
เริ่มต้นใน 1 ปี	7 (1.85)
น้อยกว่า 5 ปี	39 (10.29)
มากกว่า 5 ปี	333 (87.86)
สถานะการเป็นเจ้าของไร่	
เจ้าของไร่	221 (58.31)
ผู้รับจ้างตัดอ้อย	157 (41.42)
เช่าไร่อ้อย	1 (0.26)

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการทำงาน

การแต่งกายขณะปฏิบัติงานทุกคนสวมใส่กางเกงขายาว เสื้อแขนยาว ชนิดของผ้ากางเกงส่วนใหญ่ผ้าโพลีเอสเตอร์ รองลงมาคือ ผ้าฝ้าย สีของผ้า ส่วนใหญ่มีสีโทนเข้ม รองลงมาคือ สีดำ ชนิดของผ้าเสื้อส่วนใหญ่เป็นผ้าโพลีเอสเตอร์ รองลงมาคือผ้าลินิน สีของผ้า ส่วนใหญ่มีสีโทนเข้ม รองลงมาคือสีดำ เกษตรกรตัดอ้อยสวมใส่หมวก ร้อยละ 99.74 สวมใส่ผ้าโพกหัว ร้อยละ 93.40 สวมใส่ถุงมือ ร้อยละ 98.15 สวมใส่ถุงเท้า ร้อยละ 96.83 และส่วนใหญ่สวมใส่รองเท้าบูท/รองเท้าผ้าใบ ร้อยละ 90.24

การเติมน้ำขณะปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เติมน้ำน้อยกว่า 20 แก้วต่อวัน ร้อยละ 79.90 เติมน้ำเฉลี่ยอยู่ที่ 14.39 แก้วต่อวัน (SD = 5.72, min = 3 แก้ว, max = 40 แก้ว) การหยุดพักในระหว่างการทำงาน ส่วนใหญ่หยุดพักน้อยกว่า 20 นาทีต่อครั้ง ร้อยละ 88.65 หยุดพักเฉลี่ยที่ 12.93 นาทีต่อครั้ง (SD = 9.42, min = 0 นาที, max = 60 นาที) และส่วนใหญ่หยุดพักน้อยกว่า 5 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 88.39 หยุดพักเฉลี่ย 3.28 ครั้งต่อวัน (SD = 1.73, min = 0 ครั้ง, max = 15 ครั้ง) ระยะเวลาการทำงานส่วนใหญ่ทำงานมากกว่า 9 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 50.66 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 8.59 ชั่วโมงต่อวัน (SD = 1.27, min = 4 ชั่วโมง, max = 11 ชั่วโมง) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) ของเกษตรกรจำแนกตามด้านพฤติกรรมการทำงาน

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
การแต่งกายกางเกงขายาวขณะปฏิบัติงาน (n=379)	
ชนิดของผ้า	
ผ้าฝ้าย	103 (27.18)
ผ้าโพลีเอสเตอร์	188 (49.60)
ผ้าลินิน	88 (23.22)
สีของผ้า	
ดำ	85 (22.43)
โทนเข้ม	237 (62.53)
โทนอ่อน	56 (14.78)
ขาว	1 (0.26)
การแต่งกายเสื้อแขนยาวขณะปฏิบัติงาน (n=379)	
ชนิดของผ้า	
ผ้าฝ้าย	72 (19.00)
ผ้าโพลีเอสเตอร์	205 (54.09)
ผ้าลินิน	102 (26.91)
สีของผ้า	
ดำ	72 (19.00)
โทนเข้ม	234 (61.74)
โทนอ่อน	72 (19.00)
ขาว	1 (0.26)

ตารางที่ 2 จำนวน (ร้อยละ) ของเกษตรกรจำแนกตามด้านพฤติกรรมการทำงาน (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
การใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) อื่น ๆ	
หมวก	378 (99.74)
ผ้าโพกหัว	354 (93.40)
ถุงมือ	372 (98.15)
ถุงเท้า	367 (96.83)
รองเท้านบูท/รองเท้าผ้าใบ	342 (90.24)
การดื่มน้ำขณะปฏิบัติงาน (แก้ว/วัน)	
≤ 20	318 (79.90)
21 – 40	72 (18.09)
≥ 40	8 (2.01)
การหยุดพักในช่วงเวลาทำงาน (นาที/ครั้ง)	
≤ 20	336 (88.65)
21 – 30	34 (8.97)
≥ 31	9 (2.37)
การหยุดพักในช่วงเวลาทำงาน (ครั้ง/วัน)	
≤ 4	335 (88.39)
5 – 10	43 (11.35)
≥ 11	1 (0.26)
ระยะเวลาการทำงาน (ชั่วโมง/วัน)	
≤ 4	2 (0.53)
5-8	185 (48.81)
≥ 9	192 (50.66)

3. อาการการเจ็บป่วยจากความร้อนของเกษตรกร จากการศึกษาพบว่าในช่วงการตัดอ้อยฤดูกลางที่ผ่าน มาเกษตรกรมีอาการ/การเจ็บป่วยจากการทำงานสัมผัส ความร้อน ร้อยละ 70.71 โดยเพศหญิงมีอาการเจ็บป่วย มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 38.00 ส่วนใหญ่มีอาการ ระบายน้ำหรือหัวน้ำอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 43.80 รองลง มาคือ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ร้อยละ 38.26 และผิวหนังแห้ง ร้อยละ 32.80 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาตามความรุนแรง เกษตรกรมีอาการ ระดับเล็กน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ อาการกระหายน้ำหรือ หัวน้ำอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 43.80 รองลงมาก็คือ ผิวหนัง แห้ง ร้อยละ 32.80 ผิวหนังร้อนแดง 23.75 ตามลำดับ อาการระดับปานกลาง 3 ลำดับแรก ได้แก่ อาการ เพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง /เหนื่อยล้าจากความร้อน ผล ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ร้อยละ 61.22 รองลง มาคือ อาการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะ ร้อยละ 22.55 และอุณหภูมิร่างกายสูง ร้อยละ 18.40 ตามลำดับ

อาการระดับรุนแรง 3 ลำดับแรก ได้แก่ ปวดเกร็งที่กล้ามเนื้อ แขน ขา หรือท้อง หรือเป็นตะคริว ร้อยละ 16.89 รองลงมาคืออาการหน้ามืด ร้อยละ 14.51 การ

บวมที่ข้อเท้า/ขา/มือ หรือแขน ร้อยละ 13.39 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน (ร้อยละ) ของเกษตรกรจำแนกตามอาการการเจ็บป่วยจากความร้อน (ตอบได้มากกว่า 1 อาการ)

รุนแรงเล็กน้อย		รุนแรงปานกลาง		รุนแรงมาก	
กระหายน้ำ หรือหิวน้ำรวดเร็ว	166 (43.80)	เพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง / ล้าจากความร้อน	232 (61.22)	ปวดเกร็งที่กล้ามเนื้อ แขน ขา หรือท้อง หรือเป็นตะคริว	64 (16.89)
ผิวหนังแห้ง	124 (32.80)	ประสิทธิภาพทำงานลดลง			
ผิวหนังร้อนแดง	90 (23.75)				
มีตุ่มขึ้นตามลำตัว	55 (14.51)	ปวดศีรษะหรือวิงเวียนศีรษะ	85 (22.55)	หน้ามืด	55 (14.51)
ตาพร่า	48 (12.66)				
ขาดสมาธิในการทำงาน	41 (10.82)				
ผื่นในลำคอ หรือข้อพับ/ร่มผ้า	39 (10.29)	อุณหภูมิร่างกายสูง	70 (18.40)	การบวมที่ข้อเท้า/ขา/มือ หรือแขน	50 (13.39)
อาการวิงเวียน	33 (8.71)	คลื่นไส้	12 (3.17)	เป็นลม (ลมแดด)	42 (11.41)
		ชีพจรเต้นเร็ว หัวใจเต้นเร็ว	33 (8.71)	การมีไข้ (Fever หรือ Pyrexia)	18 (4.75)
				อาเจียน	8 (2.11)
				ตัวซีด	7 (1.85)

เมื่อพิจารณาจากอาการรุนแรงที่สุดเพียง 1 อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการเป็นลม (ลมแดด) ร้อยละ 15.30 รองลงมาคืออาการปวดเกร็งที่กล้ามเนื้อ แขน ขาหรือท้อง

หรือเป็นตะคริว ร้อยละ 14.93 ปวดศีรษะหรือวิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 14.18 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน (ร้อยละ) จำแนกตามระดับอาการรุนแรงของอาการการเจ็บป่วยจากความร้อนสูงสุดของเกษตรกรแต่ละคน (n = 268)

อาการการเจ็บป่วยจากความร้อนของเกษตรกร	จำนวน (ร้อยละ)
รุนแรงมาก (n = 120)	
เป็นลม (ลมแดด)	41 (15.30)
ปวดเกร็งที่กล้ามเนื้อ แขน ขาหรือท้อง หรือเป็นตะคริว	40 (14.93)
การบวมที่ข้อเท้า/ขา/มือ หรือแขน	12 (4.48)
การมีไข้ (Fever หรือ Pyrexia)	11 (4.10)
หน้ามืด	11 (4.10)
อาเจียน	3 (1.12)
ตัวซีด	2 (0.75)
รุนแรงปานกลาง (n = 103)	
ปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะ	38 (14.18)
อาการเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง /เหนื่อยล้าจากความร้อนชั่วคราว	31 (11.57)
ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง	21 (7.83)
อุณหภูมิร่างกายสูง	11 (4.10)
คลื่นไส้	2 (0.75)
รุนแรงเล็กน้อย (n = 45)	
กระหายน้ำ หรือหิวน้ำอย่างรวดเร็ว	17 (6.34)
มีตุ่มขึ้นตามลำตัว	10 (3.73)
ผื่นในลำคอ หรือข้อพับ/ร่มผ้า	6 (2.24)
ตาพร่า	6 (2.24)
ผิวหนังร้อนแดง	2 (0.75)
ผิวหนังแห้ง	2 (0.75)
ไม่มีสมาธิในการทำงาน	1 (0.37)
อาการวิตกกังวล	1 (0.37)
รวม	268 (100.00)

4. การสัมผัสความร้อนของคนงานตัดอ้อย

ความชื้นสัมพัทธ์อยู่ระหว่าง 51% - 64% และความเร็วลม อยู่ระหว่าง 9 - 18 km/h เกษตรกรตัดอ้อยในการศึกษานี้มีภาระงาน (Work load) อยู่ในระดับ

งานหนัก ผลการตรวจวัดค่า คือ 30.64 องศาเซลเซียส อุณหภูมิที่สูงสุดที่วัดได้คือ 31.20 องศาเซลเซียส ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าต่ำสุด – สูงสุด ความชื้นสัมพัทธ์ และความเร็วลม การตรวจวัดอุณหภูมิ WBGT ใน 3 ตำบล

พื้นที่ศึกษา	ความชื้นสัมพัทธ์ (RH%)	ความเร็วลม (km/h)	WBGT (°c)
ท่าใหญ่	56 – 60	9 – 18	30.23 – 31.20*
คูเมือง	55 – 60	13 – 14	30.3 – 31.00
กุดชุมแสง	51 – 64	10 – 14	30.40 – 30.73

*ค่าสูงสุดที่ตรวจวัดได้ 31.20 อยู่ใน heat stress ระดับ moderate (31 – 31.9 °c)

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. อาการการเจ็บป่วยจากความร้อนของเกษตรกร

จากการที่พบว่าเกษตรกรตัดอ้อยเกิดอาการการเจ็บป่วยจากความร้อนโดยสามลำดับต้น กระหายน้ำหรือหัวน้ำอย่างรวดเร็ว รองลงมาคือ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และผิวหนังแห้ง ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาในภาคเกษตรกรรมเป็นกลุ่มทำนา และกลุ่มตัดอ้อย ในภาคอุตสาหกรรมเป็นโรงงานเหล็ก⁽¹²⁾ พบว่า ผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงานสัมผัสความร้อน คือมีอาการ เสียเหงื่อในระหว่างทำงาน หัวน้ำ โดยผลกระทบต่อสุขภาพของกลุ่มทำนาและกลุ่มตัดอ้อยมีผลกระทบที่ใกล้เคียงกัน และนอกจากนี้เกษตรกรตัดอ้อยยังมีอาการเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง/ เหนื่อยล้าจากความร้อนชั่วคราว อาการปวดเกร็งที่กล้ามเนื้อ แขน ขา หรือหน้าท้อง หรือเป็นตะคริวเนื่องจากความร้อน ซึ่งมีการรายงานก่อนหน้านี้แล้วในคนงานไร่อ้อย เมืองกำแพงเพชร⁽¹³⁾ และพบในเกษตรกรไทย ที่ทำการเพาะปลูก มีอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืด รองลงมาคืออาการผื่นแดงขึ้นไต้ร่มผ้า ที่หน้าอก หลัง สีข้าง และอาการหน้าซีด ตัวเย็น คล้ายจะเป็นลม ตามลำดับ⁽⁵⁾ และการศึกษาในเกษตรกรรมเป็นกลุ่มทำนา และกลุ่มตัดอ้อย ในภาคอุตสาหกรรมเป็นโรงงานเหล็ก⁽¹²⁾ พบว่าผลกระทบทางสุขภาพจากความร้อนคือเคยมีอาการของภาวะเครียดจากความร้อนขณะทำงาน ได้แก่อาการ เสียเหงื่อในระหว่างทำงาน หัวน้ำ ผื่นคัน เหนื่อยล้าอ่อนเพลีย หน้ามืด เป็นลม หงุดหงิด นอนไม่หลับ คลื่นไส้ วิงเวียน มึนงง ปวดศีรษะ และตะคริว

จากการศึกษาของ Junior et al.⁽³⁾ พบว่า บุคคลที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) สูง มักจะมีไขมันในร่างกายที่มากกว่า และมีความสามารถในการระบายความร้อนน้อยกว่า ทำให้อุณหภูมิภายในร่างกายสูงและมีความเสี่ยงจากภาวะ heat stress มากกว่า ซึ่งการศึกษาในเกษตรกรตัดอ้อยบางรายมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ ดังการศึกษาที่กล่าวข้างต้น

เมื่อพิจารณาตามระดับความรุนแรงของอาการ พบอาการที่ระดับรุนแรงมาก คือ อาการเป็นลม รองลงมาคืออาการปวดเกร็งที่กล้ามเนื้อ แขน ขา หรือท้องหรือเป็นตะคริว ซึ่งจากการศึกษาในเกษตรกรเพาะปลูก⁽¹⁴⁾ ที่พบอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ ที่ขา แขน หรือท้อง บ่อยที่สุด

2. การสัมผัสความร้อน

ข้อมูลในการศึกษานี้ความชื้นสัมพัทธ์อยู่ระหว่าง 51%–64% ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เกินค่ามาตรฐานความชื้นสัมพัทธ์ ที่ยอมรับได้คือ 30 – 60%⁽¹⁵⁾ และความเร็วลมอยู่ระหว่าง 9 – 18 km/h ซึ่งมีขนาดของลมในลักษณะลมอ่อนถึงลมโชย⁽¹⁶⁾ ในการศึกษาของปฐมฤกษ์ มีสมบัติและคณะ⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่าความชื้นและความเร็วลมมีความสัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วยจากความร้อน การสัมผัสความร้อน WBGT สูงสุด คือ 31.20 องศาเซลเซียส ซึ่งอาจส่งผลต่อความเครียดจากความร้อนของเกษตรกรตัดอ้อย เมื่อเทียบกับค่ามาตรฐานของประเทศสิงคโปร์⁽¹⁷⁾ พบว่ามีความเสี่ยงระดับปานกลางต่อการเจ็บป่วยจากความร้อน เกษตรกรตัดอ้อยมีระดับภาระงานหนัก สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในเกษตรกรตัดอ้อย⁽¹⁸⁾

จากผลที่พบว่า ด้านพฤติกรรมการทำงานของเกษตรกรตัดอ้อยนั้น ทุกคนมีการสวมใส่เสื้อแขนยาวและกางเกงขายาว และเกษตรกรตัดอ้อยมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (Personal Protection Equipment; PPE) ได้แก่ หมวก ผ้าโพกหัว ถุงมือ ถุงเท้า รองเท้าผ้าใบหรือรองเท้าบูท ซึ่งทาง OSHA⁽¹⁹⁾ แนะนำว่าการทำงานสัมผัสความร้อนควรสวมใส่เสื้อผ้าที่โปร่ง ระบายอากาศ และการสวมใส่ PPE เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ลดการสัมผัสความร้อนที่ส่งผลต่อการเกิดอาการ การเจ็บป่วย หรือผลกระทบต่อสุขภาพอื่นที่เกิดจากความร้อน การดื่มน้ำขณะปฏิบัติงานของเกษตรกรตัดอ้อยนั้นดื่มเฉลี่ยที่ 14.59 แก้วต่อวัน มีการหยุดพักในช่วงเวลาทำงานเฉลี่ย 12.93 นาทีต่อครั้ง และเฉลี่ย 3.28 ครั้งต่อวัน เกษตรกรมีการทำงานมากกว่า 9 ชั่วโมงต่อวัน โดยเฉลี่ยที่ 8.59 ชั่วโมงในการศึกษานี้เนื่องจากเกษตรกรบางส่วนเป็นเจ้าของไร่ อ้อยเองเพื่อที่จะได้ผลผลิตต่อวันที่มากขึ้นจึงมีการทำงานที่มากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลที่พบว่าเกษตรกรตัดอ้อยมีการเจ็บป่วยจากความร้อนที่มีอาการตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมาก โดยพบอาการส่วนใหญ่เป็นซึ่งเป็นอาการปวดเกร็งที่กล้ามเนื้อ แขน ขา หรือท้องหรือเป็นตะคริว รองลงมาคืออาการหน้ามืด และบวมที่ข้อเท้า/ขา/มือ หรือแขน จึงเสนอแนะให้เฝ้าระวังเกษตรกรตัดอ้อยต่อไป

การสัมผัสความร้อนทำให้เกษตรกรมี WBGT สูงสุดคือ 31.20 องศาเซลเซียส ซึ่งส่งผลต่อความเสี่ยงระดับปานกลาง และเกษตรกรมีการรายงานการกระหายน้ำ จึงเสนอแนะให้มีประเมินความเสี่ยงต่อการสัมผัสความร้อนของเกษตรกรตัดอ้อยเพื่อการป้องกันการสัมผัสความร้อนในฤดูร้อนจัดที่มีผลต่อการเจ็บป่วยของเกษตรกรได้ และการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปริมาณงานกับการสัมผัสความร้อนในการทำงานของเกษตรกรตัดอ้อย ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณ ผศ.ดร.พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ รัต.วิชัย พงษ์ธาราธิกุล ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ และทุนการทำวิจัยจากโครงการภายใต้โครงการของอาจารย์ปรีक्षा รองศาสตราจารย์ ดร.สุนิสา ชายเกลี้ยง

เอกสารอ้างอิง

1. Aragón–Durand F, Cramer W, Humphreys S, Kainuma M, Kala J, Mahowald N, et al. Special Report on Global warming of 1.5° C (SR15)–Chapter 1: Framing and Context [Internet]. 2018 [Cited 11 February 2020]. Available from: https://report.ipcc.ch/sr15/pdf/sr15_chapter1.pdf
2. วิกีพีเดีย. ภูมิศาสตร์ไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://th.wikipedia.org/wiki/ภูมิศาสตร์ไทย>
3. Junior BB, Lago EMG, Martins ARB, Zlatar T, da Cruz FM, Vasconcelos BM, et al. Health risks in tropical climate agriculture: a set of case studies of sugarcane workers. IJOES 2019; 3(3): 44–52.
4. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. โรคและภัยสุขภาพจากอากาศร้อน [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/situation/4_11_situation.pdf
5. ัญญารัตน์ ทราบังหรีด, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง. การเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับความร้อนของเกษตรกรตำบลตะขบ อำเภอบึงทองชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559; 9(2): 53–9.

6. คณะกรรมการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการ จังหวัดชัยภูมิ. แผนพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ.2561-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oic.go.th/fileweb/cabinfocenter21/drawer005/general/data0000/00000311.pdf>
7. สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย. รายงานพื้นที่ปลูกอ้อยปีการผลิต 2559/60 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ocsb.go.th/upload/journal/fileupload/923-9999.pdf>
8. สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย. รายงานการผลิตอ้อยของประเทศไทยประจำปีการผลิต 2560/61 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ocsb.go.th/upload/journal/fileupload/923-3254.pdf>
9. Health Data Center; HDC. อัตราป่วยโรคจากความร้อน (กลุ่ม Heat stroke) จากการทำงานเขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดชัยภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>.
10. สำนักงานเกษตรจังหวัดชัยภูมิ. พื้นที่ตำบล และพื้นที่ทางการเกษตร จังหวัดชัยภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.moac-info.net/Chaiyaphum/index>.
11. ธาณินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: วีอินเตอร์ พรินท์; 2549.
12. อูมา ลางคุลเสน และ นันทวรรณ วิจิตรวาทการ. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและความร้อนที่มีต่อเกษตรกรและพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมในประเทศไทย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561; 24(6): 680-93.
13. Radir AF, Hashim Z, Phan K, Sao V, Hashim JH. The Impact of Heat on Health and Productivity Among Sugarcane Workers in Kampong Cham, Cambodia. Asia Pacific Environmental and Occupational Health Journal 2017; 3(1): 9-19.
14. ปฐมฤกษ์ มีสมบัติ, สุนิสา ชายเกลี้ยง, อนุชนรา ตาลกุล คัสเธอร์. การประเมินความเสี่ยงต่อการป่วยที่เกี่ยวข้องกับความร้อนจากการทำงานของเกษตรกรเพาะปลูก อ่างเก็บน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2563; 13(2): 45-63
15. กองวิศวกรรมกรมการแพทย์. การศึกษาระบบปรับอากาศและการระบายอากาศสำหรับหน่วยจ่ายกลางเพื่อความสะดวกปลอดภัยการติดเชื้อของผู้ป่วยและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน. [อินเทอร์เน็ต]. 254 [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤษภาคม 2564] เข้าถึงได้จาก: http://203.157.80.80/edoc/myfile/20210507115342_air.pdf
16. สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร (องค์การมหาชน) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. คู่มือการติดตามสภาพอากาศด้วยตนเองผ่านเว็บไซต์ www.thaiwater.net. [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤษภาคม 2564] เข้าถึงได้จาก: http://tiwrmdev.haii.or.th/web/attachments/292_webmanual-130654.pdf
17. Workplace safety and health council in collaboration with the ministry of manpower. Workplace safety and health guidelines managing heat stress in the workplace. [Internet]. 2020. [Cited 22 April 2021]. Available from: https://www.tal.sg/wshc/-/media/TAL/Wshc/Resources/Publications/WSH-Guidelines/Files/Managing_Heat_Stress_in_the_Workplace.pdf
18. Boonruksa P, Maturachon T, Kongtip P, Woskie S. Heat stress, physiological response, and heat-related symptoms among Thai sugarcane workers. Int J Environ Res Public Health 2020; 17(17): 6363.

19. Occupational Safety and Health Administration; OSHA. OSHA Technical Manual (OTM) Section III: Chapter 4 [Internet]. 2017 [Cited 27 May 2021]. Available from: <https://www.osha.gov/otm/section-3-health-hazards/chapter-4>

การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

The Development of Health Literacy Tool for Behavior of Tuberculosis Prevention in Population aged 15 years at Health Region 7

ดวงใจ ไทยวงศ์ ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Duangjai Thaiwong M.P.H.(Public Health)

สุวัฒนา อ่อนประสงค์ ส.ม. (ชีวสถิติ)

Suwattana Onprasonk M.P.H.(Biostatistics)

อิทธิเดช ไชยชนะ วท.ม. (โรคติดต่อและวิทยาการระบาดสาธารณสุข)

Attidej Chaichana M.Sc.(Public Health Infectious Disease and Epidemiology)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

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

Received: June 8, 2021

Revised: July 19, 2021

Accepted: October 7, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องวัณโรคของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยทบทวนสภาพปัญหาการดำเนินงานของวัณโรคและแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพขั้นตอนที่ 2 พัฒนา (ร่าง) แบบวัดความรู้เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 6 คนให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดความรู้ฉบับร่าง นำร่องกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คนในพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่วิจัยคือ ชุมชนเมืองมหาสารคาม เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น และค่าอำนาจจำแนก และขั้นตอนที่ 4 พัฒนาแบบวัดความรู้โดยนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน ในพื้นที่วิจัย 2 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ และชุมชนเมืองร้อยเอ็ด เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และคำนวณหาจุดตัดที่เหมาะสมระหว่างกลุ่มที่มีความรู้ทางสุขภาพเรื่องวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอ้างอิงใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า

1) จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องวัณโรค สามารถกำหนดเป็นข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ ได้นำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ภาพรวมของค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.33–1.00 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ = 0.68 ผลจากการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องวัณโรคลดลงเหลือจำนวน 39 ข้อ

2) ตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดความรู้ นำร่องกับพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่วิจัยคือ ชุมชนเมืองมหาสารคาม พบว่า ภาพรวมค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha = 0.93 หรือรายด้านอยู่ระหว่าง 0.76–0.85 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.32–0.63 ด้านความรู้ความเข้าใจ ค่า KR-20=0.70 ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.60–0.80 และค่าอำนาจในการจำแนกอยู่ระหว่าง 0.40–0.80 ได้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องวัณโรคลดลงเหลือจำนวน 34 ข้อ

3) ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างกับประชาชนในพื้นที่วิจัย จำนวน 2 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ และชุมชนเมืองร้อยเอ็ด พบว่า ภาพรวมมีความสอดคล้องระหว่างโมเดลของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าสถิติ $\chi^2 = 11.175$, $df = 8$ ($\chi^2/df = 1.3968$, $p\text{-value} = 0.1920$) ค่า RMSEA = 0.005, SRMR = 0.021, CFI = 0.994, TLI = 0.989 โดยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($b = 11.14$, $R^2 = 0.484$) รองลงมาคือ การจัดการตนเอง ($b = 9.556$, $R^2 = 0.683$) ทักษะการสื่อสาร ($b = 8.266$, $R^2 = 0.529$) ทักษะการตัดสินใจ ($b = 6.802$, $R^2 = 0.529$) ความรู้เท่าทันสื่อ ($b = 4.565$, $R^2 = 0.438$) และความรู้ความเข้าใจ ($b = 1.000$, $R^2 = 0.090$)

4) กำหนดจุดตัดของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอิงเกณฑ์ของกลุ่มที่มีความรู้ทางสุขภาพเรื่องวัณโรค คะแนนตั้งแต่ 120-150 คะแนน และคะแนนรวมต่ำกว่า 120 คะแนน มีความรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอต่อการป้องกันควบคุมโรค

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ วัณโรค แบบวัด

Abstract

This study was aimed to develop the health literacy Assessment tool for behavior of Tuberculosis prevention in population aged 15 years at health region 7. The initial step was to situation analysis through literature review based on the Nutbeam's concept compose of 6 components i.e.cognitive, access, communication skill, self-management, media-literacy and decision skill. The preliminary tool was undergone content analysis by six experts. Next step, the preliminary tool was undergone content analysis by six experts to select the items with the index of item-objective congruence (IOC). Pilot study the health literacy assessment tools was obtained with sample groups of 60 persons at Maha sarakham municipality, for validation of the tests is to approve its reliability and discrimination. The final the health literacy assessment tools were obtained with sample groups of 240 persons in area Kalasin municipality and Roi Et municipality. Validation of the tests is to approve its construct validity and cut score. Data of Analyses were the confirmatory factor analysis and content analysis. The results revealed that

1) The content validity was determined by 6 experts yielding IOC over ≥ 0.5 ; item of IOC rang 0.33 to 1.00 and total of tools was 0.68. The preliminary assessment tool was obtained with 39 items.

2) The proposed tool was validated in Maha sarakham municipality area and the Cronbach's alpha was 0.93 or ranged from 0.76 to 0.85, the discrimination power ranging from 0.32 to 0.63, the Kuder-Richardson formula 20 score (KR-20) was 0.70, the difficulty score ranged from 0.40 to 0.90 and the final assessment tool was obtained with 34 items.

3) The confirmatory factor analysis that the structural model was fit to the empirical data with goodness of fit statistic: $\chi^2 = 11.175$, $df = 8$, $p\text{-value} = 0.1920$ ($\chi^2/df = 1.3968$) RMSEA = 0.005, SRMR = 0.021, CFI = 0.994, TLI = 0.989 as the illustrations show. It was also found that the weights of influence were 3 components: access explained ($b = 8.26$, $R^2 = 0.484$) self-management ($b = 9.556$, $R^2 = 0.683$), communication skill ($b = 8.26$, $R^2 = 0.529$), decision skill ($b = 6.802$, $R^2 = 0.529$), media-literacy ($b = 4.565$, $R^2 = 0.438$) and cognitive ($b = 1.000$, $R^2 = 0.090$).

4) The cut-off score of criterion-referenced grading by Bloom was 120-150 points were high health literacy and under 120 points were low health literacy

Keywords: Health literacy, Tuberculosis, Assessment tool

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและยังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมาเป็นปัญหาใหม่ทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของเอชไอวี ความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และแรงงานเคลื่อนย้าย ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ.2536 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากล (Global Emergency) และต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ปีละประมาณ 9 ล้านคน เข้าถึงการรักษา 6 ล้านคน แต่ยังมีผู้ป่วยวัณโรคถึง 3 ล้านคนที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระโรควัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) มีภาระโรควัณโรคสูง (TB) 2) มีภาระวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ 3) มีวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB)⁽²⁾ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อประชากรแสนคนโลกภายในปี พ.ศ. 2578 และลดอัตราการตายร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตในปี 2558⁽³⁾ จากเกณฑ์ดังกล่าว ประเทศไทยถูกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงและถูกเร่งรัดให้ดำเนินการยุติปัญหาวัณโรคตามยุทธศาสตร์โลก โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2558 ได้นำนโยบายสู่การปฏิบัติโดยกำหนดการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรคด้วย 3 มาตรการ ได้แก่ มาตรการที่ 1 ลดการเสียชีวิต มาตรการที่ 2 ลดการขาดยา และมาตรการที่ 3 พัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคและเพิ่มความครอบคลุมการค้นหาและรักษาโดยให้ความสำคัญใน 3 หลักการคือ 1) การค้นหาเชิงรุกโดยการวินิจฉัยที่ถูกต้อง 2) รักษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการสนับสนุนตลอดการรักษา และ 3) ป้องกันการสัมผัสวัณโรค โดยการรักษาการติดเชื้อวัณโรค⁽⁴⁾ ระหว่างปี 2560-2562 ประเทศไทยมีผลการค้นหาและขึ้นทะเบียน

ผู้ป่วยวัณโรคได้เพียงร้อยละ 74.20, 74.90 และ 70.00 ตามลำดับ และเขตสุขภาพที่ 7 มีผลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคได้ร้อยละ 87.0, 83.7 และ 75.90 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์จากการคาดประมาณปี 2562 คือ จังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีอัตราความครอบคลุมการรักษาร้อยละ 84.90, 63.10, 80.70 และ 71.60 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในเมืองใหญ่ที่มีประชากรหนาแน่น พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาล่าช้าในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีความรู้ในระดับต่ำ มีความล่าช้าในการมารับการรักษาร้อยละ 31.70⁽⁵⁾ ร้อยละ 23.40 ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัณโรคจากสื่อต่าง ๆ มาก่อน⁽⁶⁾ ไม่สงสัยว่าตนป่วยและคิดว่าป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 24.40 และ 17.60 ความล่าช้าในการรักษาจากการไปซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 42.72⁽⁷⁾ และร้อยละ 66.90⁽⁸⁾ จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่กระบวนการรักษาค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับเป้าหมาย ผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอที่จะป้องกันและควบคุมวัณโรคของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ หากทั้งผู้ป่วยและคนในชุมชนขาดความรู้ทางสุขภาพเรื่องวัณโรคในบางองค์ประกอบอาจจะทำให้วัณโรคยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยที่มีความรุนแรงในระดับต้น ๆ ต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาที่หลากหลายเกี่ยวกับความรู้ความเชื่อทัศนคติ การปฏิบัติ การรับรู้เรื่องวัณโรค เช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคอยู่ในระดับปานกลาง (28.74 ± 3.53) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับสูง (38.83 ± 0.79)⁽⁹⁾ ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในเขตเมืองพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 59.45 การรับรู้ในระดับดีร้อยละ 43.27 มีการปฏิบัติตนในระดับดีร้อยละ 48.73⁽¹⁰⁾ องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อเสนอแนะว่าความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เป็นเครื่องมือที่สะท้อนถึงความสามารถในการ

ดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำทำให้การดูแลตนเองไม่ดี ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วย ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศไทยสูงขึ้น⁽¹¹⁾ ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 โดย กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เริ่มสร้างเครื่องมือวัดความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยพัฒนาตามแนวคิดของ Nutbeam⁽¹²⁾ ประกอบด้วย 3 ระดับ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional Literacy Level) มีด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) และด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy Level) มีด้านทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) และด้านการจัดการตนเอง (Self-management) 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy Level) มีด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) ในปี 2562 ได้พัฒนาโปรแกรมสุศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันวัณโรคในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนกลุ่มวัยทำงาน⁽¹³⁾ โดยออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ แต่ไม่ครอบคลุมการสร้างแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องวัณโรค ประกอบกับยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จากแนวคิดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถประเมินการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุม

จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรคของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ตามกรอบแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรคของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 คาดว่าผลที่ได้จะทำให้สามารถประเมินสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องวัณโรคของประชาชนกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป นำไปสู่การออกแบบการเสริมสร้างให้ประชาชนสามารถเฝ้าระวังและป้องกันวัณโรคให้สอดคล้องกับ

บริบทของพื้นที่ตนเอง และสามารถนำข้อมูลไปวางแผนการดำเนินงานป้องกันวัณโรคในชุมชนตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) ภายในปี พ.ศ. 2578 ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ครอบคลุมการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคตามแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง ความรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ ขอบเขตด้านสถานที่ ประชากร และเวลา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ชุมชนเมืองกาฬสินธุ์ และชุมชนเมืองร้อยเอ็ด ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563

ประชากรศึกษา

ประชากรศึกษา เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยพื้นที่เทศบาลเมือง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์

การกำหนดขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของพารามิเตอร์ 1:10–20 คน ขนาดตัวอย่างจำนวน 240 คน⁽¹⁴⁾ ดังนั้น ขนาดตัวอย่างเทศบาลละ 120 คน รวมเป็น 240 คน

การสุ่มตัวอย่าง สุ่มอย่างง่ายแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยสุ่มเลือกตัวแทนเทศบาลเมือง 2 แห่ง จากทั้งหมด 11 แห่ง ได้แก่ ชุมชนเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ และชุมชนเมืองร้อยเอ็ด จัดทำกรอบขนาดตัวอย่าง (Sampling Frame) ของแต่ละชุมชนที่สุ่มได้ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้คอมพิวเตอร์เลือกประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป และเป็นคนไทย หลังคาเรือนละ 1 คน จนได้จำนวนตัวอย่างครบ 240 คน

ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. วิเคราะห์สภาพปัญหา ทบทวนสภาพปัญหาการดำเนินงานวัณโรคและแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ
2. พัฒนา (ร่าง) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคและทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุง
3. ตรวจสอบคุณภาพความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องพฤติกรรม การป้องกันวัณโรค ฉบับร่าง นำร่องเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่วิจัยคือ ชุมชนเมืองมหาสารคาม จำนวน 60 คน
4. พัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องพฤติกรรม การป้องกันวัณโรค ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และหาจุดตัดคะแนนความรู้ โดยนำแบบวัดไปเก็บข้อมูลกับพื้นที่วิจัย 2 ชุมชน จำนวน 240 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง อธิบายคุณภาพของแบบวัด ค่า Kuder Richardson (KR-20) ค่าอำนาจจำแนก ความเชื่อมั่น (Reliability) แบบความสอดคล้องภายในโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA)
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา แยกแยะประเด็นตามข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

ผลการวิจัย

1. คุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยการคำนวณหาค่า IOC โดยการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน และนักวิชาการด้านสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ 1 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5

ขึ้นไป พบว่า ประเด็นข้อคำถามตามแบบวัดฉบับร่าง 47 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป 11 ข้อ และความรู้ด้านสุขภาพ 36 ข้อ ค่าดัชนีรายข้อ อยู่ระหว่าง 0.5–1.00 ค่าดัชนีทั้งฉบับ เท่ากับ 0.57 โดยมีข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพในการปรับแก้ข้อคำถาม ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ควรเพิ่มประเด็นหัวข้อย่อย ได้แก่ “ไม่ได้เรียนหนังสือ” ในหัวข้อระดับการศึกษา หัวข้อสมาชิกในครอบครัวเคยเป็นวัณโรค หรือเพื่อนบ้านเคยเป็นวัณโรค ให้เพิ่ม “หรือเคยเป็นวัณโรค”

2) องค์ประกอบความรู้ความเข้าใจ ให้จัดลำดับข้อคำถามใหม่โดยเรียงจากสาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกัน และปรับข้อความเพื่อให้เกิดความชัดเจน กระชับ ขึ้นเช่น “...ท่านรู้ว่าอาการที่สำคัญของผู้ป่วยวัณโรคปอด คือ ไอเรื้อรังนานกว่า 2 สัปดาห์ หรืออาจมีเลือดปน หรือน้ำหนักลด” “ท่านเข้าใจว่าการใช้ของร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคปอด เช่น จาน ช้อน แก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า เสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค...” “...ท่านเข้าใจว่าวัณโรครักษาหายได้ ถ้าผู้ป่วยกินยาครบ ต่อเนื่องตามระยะเวลาที่แพทย์กำหนด...”

3) องค์ประกอบการเข้าถึงข้อมูล ให้ปรับแก้ข้อคำถามพร้อมยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้ข้อความชัดเจน และเข้าใจง่าย เช่น “...ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยการป่วยเป็นวัณโรคที่ถูกต้องได้จากโรงพยาบาล หรือคลินิกเอกชนใกล้บ้าน...” “...เมื่อท่านสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลการป้องกันรักษาวัณโรคท่านสามารถไปตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากหลายๆแหล่งเช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการสุขภาพ หรือ เว็บไซต์ สำนักวัณโรค...”

4) องค์ประกอบทักษะการสื่อสาร ให้ปรับแก้ข้อคำถามเพื่อให้ข้อความชัดเจนและเข้าใจง่าย และสื่อถึงเรื่องต้องวัดเช่น “...ท่านเข้าใจเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องวัณโรคจากการอ่านเอกสาร ที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุขแจกให้ เช่น แผ่นพับ หรือโปสเตอร์...” “...ท่านสามารถแนะนำให้ความรู้เรื่องการป้องกันวัณโรคแก่ญาติหรือคนรู้จัก ฟัง จนคนนั้นเข้าใจ...”

5) องค์ประกอบทักษะการจัดการตนเอง ให้ยกตัวอย่างประกอบเพื่อขยายคำถามให้ความชัดเจนเช่น ให้ปรับแก้ข้อคำถามให้เป็นไปเพื่อให้ข้อความชัดเจนและ

เข้าใจง่าย เช่น “ท่านเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท และ แดดส่องเข้ามาในตัวบ้านเพื่อจัดการสภาพแวดล้อมในการป้องกันโรค” “ท่านจะเตรียมหน้ากากอนามัยหรือ หน้ากากผ้าให้พร้อมใช้เวลาต้องเดินทางโดยสารโดยสารสาธารณะเพราะเข้าใจว่าการใส่หน้ากากอนามัยหรือ หน้ากากผ้าป้องกันโรคได้” “ท่านวางแผนจะไป เอกซเรย์ปอดเป็นประจำทุกปีเพื่อค้นหาวัณโรคระยะเริ่มแรก”

6) องค์ประกอบความรู้เท่าทันสื่อ ให้ปรับแก้ข้อคำถามให้เป็นไปเพื่อให้ข้อความชัดเจนและเข้าใจง่าย เช่น “...เมื่อท่านรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคจากสื่อต่างๆ (วิทยุ โทรทัศน์ ทางไลน์ ทางเฟซบุ๊ก ฯลฯ) และเกิดความสนใจ ท่านจะหาคำตอบหรือข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือจากหลายๆ แหล่ง เช่น อ่านจากหนังสือโรคของกระทรวงสาธารณสุข หรือสอบถามจากแพทย์ หรือพยาบาลในโรงพยาบาลหรือคลินิกใกล้บ้านก่อนเชื่อถือ...”

7) องค์ประกอบทักษะในการตัดสินใจ ให้ปรับวิธีวัดเป็นมาตรวัด 5 แทน เป็น “ไม่มั่นใจเลย มั่นใจเล็กน้อย

มั่นใจปานกลาง ค่อนข้างมั่นใจ และมั่นใจมาก” และปรับแก้ข้อคำถามให้เป็นไปเพื่อให้ข้อความชัดเจน เข้าใจง่าย เช่น “...หากมีคนในครอบครัวของท่านตรวจพบว่าเป็น วัณโรคปอด แพทย์แนะนำให้แยกห้องนอน แยกของใช้ส่วนตัว แยกจาน ช้อน แก้วน้ำของผู้ป่วยจากคนปกติ ท่านมั่นใจแค่ไหนว่าจะปฏิบัติได้...” เป็นต้น

2. คุณภาพของเครื่องมือวัดด้วยค่าความเชื่อมั่น

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) และความรู้ความเข้าใจค่าค่า KR-20 โดยนำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกรรมการป้องกัน วัณโรค ฉบับที่ผ่านผู้เชี่ยวชาญไปทดสอบคุณภาพกับ ชุมชนเมืองมหาสารคามที่ไม่ใช่พื้นที่วิจัย จำนวน 60 คน พบว่า ค่า Cronbach's Alpha = 0.93 หรือรายด้านอยู่ระหว่าง 0.76-0.85 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ มีค่าระหว่าง 0.32-0.65 ด้านความรู้ความเข้าใจ ค่าความยากง่ายมีค่าระหว่าง 0.40-0.8 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ มีค่าระหว่าง 0.59-0.73 และค่า KR-20=0.70 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือวัดความรู้จำแนกรายองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ข้อ คำถาม	คะแนน เต็ม	ค่า อำนาจจำแนก	ค่า Cronbach's alpha	ค่า KR-20
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	11				
2. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรค (มีค่าความยากง่าย 0.4 – 0.8)	5	5	0.59 – 0.73		0.70
3. การเข้าถึงข้อมูลและการบริการทาง สุขภาพเกี่ยวกับวัณโรค	8	40	0.47 – 0.65	0.85	
4. ทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับวัณโรค	5	25	0.53 – 0.59	0.81	
5. การจัดการตนเองเกี่ยวกับวัณโรค	7	35	0.32 – 0.60	0.82	
6. การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับวัณโรค	4	20	0.53 – 0.58	0.76	
7. ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับวัณโรค	5	25	0.48 – 0.55	0.81	
รวม	45	150		0.93	

3. การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล

3.1 ประเด็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคของประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยนำแบบวัดที่พัฒนาขึ้นไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน พบว่า (1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ประเด็นข้อ

คำถามที่ประชาชนตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อคำถามที่ 5 ท่านเข้าใจว่าการใช้ของร่วมกับผู้ป่วยโรคปอดระยะแพร่เชื้อ เช่น แก้วน้ำ จาน ช้อน ผ้าเช็ดหน้าเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีโรค ตอบถูก ร้อยละ 85.40 และข้อคำถามที่ตอบผิดสูงสุดคือ ข้อคำถามข้อที่ 2 ท่านเข้าใจว่าการตรวจวินิจฉัยโรคปอดที่สำคัญ คือ ตรวจเสมหะและเอกซเรย์ปอด ตอบผิด ร้อยละ 57.50 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละผลการประเมินข้อคำถามแบบร่าง 3 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (N=240)

ประเด็นคำถาม	ความรู้			
	ตอบถูก		ตอบผิด	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
1. ท่านรู้ว่าอาการที่สำคัญของผู้ป่วยโรคปอด คือ ไอเรื้อรัง นานกว่า 2 สัปดาห์ หรืออาจมีเลือดปน หรือน้ำหนักลด	195	81.30	45	18.80
2. ท่านเข้าใจว่าการตรวจวินิจฉัยโรคปอดที่สำคัญ คือ ตรวจเสมหะและเอกซเรย์ปอด	102	42.50	138	57.50
3. ท่านเข้าใจว่าการไอ จามรดกัน สามารถแพร่เชื้อไวรัสได้	194	80.80	46	19.20
4. ท่านเข้าใจว่าโรครักษาหายได้ ถ้าผู้ป่วยกินยาครบ ต่อเนื่องตามระยะเวลาที่แพทย์กำหนด	175	72.90	65	27.10
5. ท่านเข้าใจว่าการใช้ของร่วมกับผู้ป่วยโรคปอดระยะแพร่เชื้อ เช่น แก้วน้ำ จาน ช้อน ผ้าเช็ดหน้าเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีโรค	205	85.4	35	14.6

(2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ประเด็นที่ 9 ท่านสามารถไปพบแพทย์หรือผู้ให้บริการด้านป้องกัน รักษาโรคในโรงพยาบาลได้ทุกเมื่อตามที่ต้องการ ($\bar{X} = 3.91$, S.D. = 0.96) รองลงมาคือ ประเด็นที่ 10 เมื่อท่านสงสัยเกี่ยวกับ/ข้อมูลการป้องกันรักษาโรคท่านสามารถไปตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากหลายๆ แหล่ง เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการสุขภาพ หรือ เว็บไซต์สำนักโรค ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = 1.00) รายละเอียดดังตารางที่ 3

(3) ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรค

ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรค ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ประเด็นที่ 15 ท่านเข้าใจเรื่องการป้องกัน รักษาโรคที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้านให้คำแนะนำ ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 0.99) รองลงมาคือ ประเด็นที่ 18 ท่านมั่นใจว่าผู้ให้บริการสุขภาพ จะเข้าใจท่านเมื่อท่านคุยปัญหาเกี่ยวกับโรคของท่าน ($\bar{X} = 3.65$, S.D. = 1.03) รายละเอียดดังตารางที่ 3

(4) ด้านทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค

ด้านทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับวัณโรค ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ประเด็นที่ 24 ท่านจะเตรียมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าให้พร้อมใช้เวลาต้องเดินทางโดยรถโดยสารสาธารณะเพราะเข้าใจว่าการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าป้องกันวัณโรคได้ ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = 0.81) รองลงมาคือ ประเด็นที่ 23 ท่านจะป้องกันตนเองจากวัณโรค โดยหลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้ผู้ป่วยวัณโรค ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = 0.81) รายละเอียดดังตารางที่ 3

(5) ด้านความรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับวัณโรค

ด้านความรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับวัณโรค ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ประเด็นที่ 27 เมื่อท่านรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคจากสื่อต่างๆ (วิทยุโทรทัศน์ทางไลน์ทางเฟซบุ๊ก ฯลฯ) และเกิดความสนใจ ท่านจะหาคำตอบหรือข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง นำเชื่อถือจาก หลายๆ แหล่งเช่น อ่านจากหนังสือวัณโรคของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือสอบถามจากแพทย์หรือพยาบาลในโรงพยาบาลหรือคลินิกใกล้บ้านก่อนเชื่อถือ ($\bar{X} = 3.66$,

S.D. = 1.03) รองลงมาคือ ประเด็นที่ 28 เมื่อท่านได้รับข้อมูลเรื่องยาหรือสมุนไพรป้องกัน รักษาวัณโรคที่ไม่เคยรู้มาก่อนจากแหล่งต่างๆ เช่น เพื่อนบ้าน นักจัดรายการวิทยุขายอาหารเสริม แผ่นพับใบปลิวขายสมุนไพร เป็นต้น และมีความสนใจ ท่านจะพิจารณาเนื้อหาก่อนว่าน่าเชื่อถือและพิสูจน์ว่าเป็นเรื่องจริงหรือไม่จากคำยืนยันโดยแพทย์ หรือพยาบาลที่ให้บริการที่คลินิกวัณโรค ($\bar{X} = 3.45$, S.D. = 1.13) รายละเอียดดังตารางที่ 3

(6) ด้านทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับวัณโรค

ด้านทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับวัณโรค ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ประเด็นที่ 31 หากเพื่อนของท่านป่วยเป็นวัณโรคท่านมั่นใจว่าจะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้เมื่อต้องเข้าไปพูดคุยกัน ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 0.79) รองลงมาคือ ประเด็นที่ 30 หากมีคนในครอบครัวของท่าน ตรวจพบว่าเป็นวัณโรคปอดแพทย์แนะนำให้แยกห้องนอน แยกของใช้ส่วนตัว แยกจาน ช้อน แก้วน้ำของผู้ป่วยจากคนปกติ ท่านมั่นใจแค่ไหนว่าจะปฏิบัติได้ ($\bar{X} = 4.23$, S.D. = 0.84) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละผลการประเมินแบบร่าง 3 ที่เป็นมาตรวัดประเมิน (N=240)

ประเด็นคำถาม	ระดับความคิดเห็น					$\overline{X}$	S.D.
	1	2	3	4	5		
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ							
6. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคด้วยตนเอง เพื่อลดปัญหาสุขภาพที่ท่านกังวลได้	4 (1.70)	13 (5.40)	82 (34.20)	91 (37.90)	50 (20.80)	3.71	0.91
7. ท่านสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยการป่วยเป็นวัณโรคที่ถูกต้องได้จากโรงพยาบาลหรือ คลินิกเอกชนใกล้บ้าน	4 (1.70)	25 (10.40)	64 (26.70)	102 (42.50)	45 (18.80)	3.66	0.95
8. ท่านรู้จักหรือสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะช่วยเหลือท่านในการป้องกันวัณโรคได้	5 (2.10)	23 (9.60)	63 (26.30)	93 (38.80)	56 (23.30)	3.72	0.99
9. ท่านสามารถไปพบแพทย์หรือผู้ให้บริการด้านป้องกัน รักษาวัณโรคในโรงพยาบาลได้ทุกเมื่อตามที่ต้องการ	4 (1.70)	18 (7.50)	44 (18.30)	103 (42.90)	71 (29.60)	3.91	0.96

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละผลการประเมินแบบร่าง 3 ที่เป็นมาตรวัดประเมิน (N=240) (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.
	1	2	3	4	5		
10. เมื่อท่านสงสัยเกี่ยวกับ/ข้อมูลการป้องกัน รักษาโรคท่านสามารถไปตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่ง เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการสุขภาพ หรือ เว็บไซต์สำนักโรค เป็นต้น	7 (2.90)	15 (6.30)	46 (19.20)	99 (41.30)	73 (30.40)	3.90	1.0
11. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถหาแหล่งบริการ สุขภาพที่ให้บริการด้าน ป้องกัน รักษา ควบคุมโรคได้ตรงกับสภาพปัญหาของ คนในครอบครัว	4 (1.70)	16 (6.70)	62 (25.80)	94 (39.20)	64 (26.70)	3.83	0.96
12. ท่านจะตรวจสอบแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรค จนเชื่อว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือได้เสมอ	9 (3.80)	21 (8.80)	66 (27.80)	86 (35.80)	58 (24.20)	3.68	1.05
13. ท่านมั่นใจว่ามีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่สามารถให้ข้อมูลและคำแนะนำ เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องกับท่านได้	6 (2.50)	17 (7.10)	76 (31.70)	87 (36.30)	54 (22.50)	3.69	0.98
ด้านทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรค							
14. ท่านเข้าใจเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค จากการอ่านเอกสาร ที่โรงพยาบาลหรือ หน่วยงานสาธารณสุขแจกให้เช่นแผ่นพับ หรือโปสเตอร์	7 (2.90)	23 (9.60)	74 (30.80)	88 (36.70)	48 (20.00)	3.61	1.00
15. ท่านเข้าใจเรื่องการป้องกัน รักษาโรค ที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการ สาธารณสุขใกล้บ้านให้คำแนะนำ	7 (2.90)	19 (7.90)	66 (27.50)	96 (40.00)	52 (21.70)	3.70	0.99
16. ท่านสามารถแนะนำให้ความรู้เรื่องการป้องกัน โรคกับญาติหรือคนรู้จัก ฟัง จนคนนั้น เข้าใจ	10 (4.20)	29 (12.10)	80 (33.30)	79 (32.90)	42 (17.50)	3.48	1.05
17. ท่านสามารถซักถามในสิ่งที่กังวลหรืออยาก รู้เกี่ยวกับโรคกับผู้รู้ด้านสุขภาพได้ จนหาย ข้อสงสัย	5 (2.10)	31 (12.90)	68 (28.30)	81 (33.80)	55 (22.90)	3.63	1.04
18. ท่านมั่นใจว่าผู้ให้บริการสุขภาพจะเข้าใจท่าน เมื่อท่านคุยปัญหาเกี่ยวกับโรคของท่าน	9 (3.80)	21 (8.80)	67 (27.90)	91 (37.90)	55 (22.90)	3.65	1.03
ด้านทักษะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค							
19. ท่านมั่นใจว่ามีข้อมูลด้านการดูแลตนเอง เช่น ความรู้เรื่องโรค เพียงพอที่จะดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วย	9 (3.80)	17 (7.10)	82 (34.20)	91 (37.90)	41 (17.10)	3.58	0.98

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละผลการประเมินแบบร่าง 3 ที่เป็นมาตรวัดประเมิน (N=240) (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.
	1	2	3	4	5		
20. ท่านหลีกเลี่ยงจะเข้าไปในสถานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด เช่น สถานที่แออัดหรือสถานที่อากาศไม่ถ่ายเท	3 (1.30)	6 (2.50)	37 (15.40)	105 (43.80)	89 (37.10)	4.14	0.85
21. ท่านเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท และแดดส่องเข้ามาในตัวบ้านเพื่อจัดการสภาพแวดล้อมในการป้องกันโควิด	3 (1.30)	7 (2.90)	32 (13.30)	107 (44.60)	91 (37.90)	4.15	0.85
22. ท่านปฏิบัติตน เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนให้เพียงพอ เลิกดื่มสุรา เลิกสูบบุหรี่ ยาเสพติด และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ให้อารมณ์แข็งแรงเพื่อป้องกันโควิด	2 (0.80)	11 (4.60)	44 (18.30)	92 (38.30)	91 (37.90)	4.08	0.90
23. ท่านจะป้องกันตนเองจากโควิด โดยหลีกเลี่ยงไม่อยู่ใกล้ผู้ป่วยโควิด	1 (0.40)	7 (2.90)	29 (12.10)	93 (38.80)	110 (45.80)	4.27	0.81
24. ท่านจะเตรียมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าให้พร้อมใช้เวลาต้องเดินทางโดยรถโดยสารสาธารณะเพราะเข้าใจว่าการใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าป้องกันโควิดได้	3 (1.30)	5 (2.10)	19 (7.90)	92 (38.30)	121 (50.40)	4.35	0.81
25. หากท่านมีอาการสงสัยเป็นโควิดเช่นไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ หรือไอเป็นเลือด ท่านจะพักผ่อนและรีบไปตรวจที่โรงพยาบาลทันที	4 (1.70)	13 (5.40)	32 (13.30)	85 (35.40)	106 (44.20)	4.15	0.96
ด้านความรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโควิด							
26. ข้อมูลเกี่ยวกับโควิดที่ได้รับฟังหรืออ่านพบที่ผ่านมามีความน่าเชื่อถือมากที่สุด	17 (7.10)	59 (24.60)	95 (39.60)	43 (17.90)	26 (10.80)	3.01	1.07
27. เมื่อท่านรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโควิดจากสื่อต่างๆ (วิทยุ โทรทัศน์ ทางไลน์ ทางเฟซบุ๊ก ฯลฯ) และเกิดความสนใจ ท่านจะหาคำตอบหรือข้อเท็จจริงที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือจากหลายๆ แหล่งเช่น อ่านจากหนังสือโรคของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือสอบถามจากแพทย์หรือพยาบาลในโรงพยาบาลหรือคลินิกใกล้บ้านก่อนเชื่อถือ	10 (4.20)	18 (7.50)	67 (27.90)	94 (39.20)	51 (21.30)	3.66	1.03

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละผลการประเมินแบบร่าง 3 ที่เป็นมาตรวัดประเมิน (N=240) (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ระดับความคิดเห็น					$\bar{X}$	S.D.
	1	2	3	4	5		
28. เมื่อท่านได้รับข้อมูลเรื่องยาหรือสมุนไพร ป้องกัน วัคซีนโรคที่ไม่เคยรู้มาก่อนจาก แหล่งต่างๆ เช่น เพื่อนบ้าน นักจัดรายการ วิทยุ ขยายอาหารเสริม แผ่นพับใบปลิวขาย สมุนไพร เป็นต้น และมีความสนใจ ท่านจะ พิจารณาเนื้อหาก่อนว่าน่าเชื่อถือและพิสูจน์ว่า เป็นเรื่องจริงหรือไม่จากคำยืนยันโดยแพทย์ หรือพยาบาลที่ให้บริการที่คลินิกวัคซีนโรค	11 (4.60)	40 (16.70)	70 (29.20)	69 (28.70)	50 (20.80)	3.45	1.13
29. ท่านได้พูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ในการป้องกันโรคโดยเปรียบเทียบข้อมูลที่ ได้รับก่อนตัดสินใจเชื่อและทำตาม	13 (5.40)	31 (12.90)	72 (30.00)	72 (30.00)	52 (21.70)	3.50	1.13
ด้านทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับวัคซีนโรค							
30. หากมีคนในครอบครัวของท่าน ตรวจพบว่า เป็นโรคปอดแพทย์แนะนำให้แยกห้อง นอน แยกของใช้ส่วนตัวแยกจาน ช้อน แก้วน้ำ ของผู้ป่วยจากคนปกติ ท่านมั่นใจแค่ไหนว่าจะ ปฏิบัติได้	1 (0.40)	6 (2.50)	40 (16.70)	82 (34.20)	111 (46.30)	4.23	0.84
31. หากเพื่อนของท่านป่วยเป็นโรคท่านมั่นใจ ว่าจะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้เมื่อต้อง เข้าไปพูดคุยกัน	2 (0.80)	2 (0.80)	34 (14.20)	98 (40.80)	104 (43.30)	4.25	0.79
32. เมื่อท่านพบว่าเพื่อนบ้านป่วยเป็นโรคปอด ชอบบ้านน้ำลายเสมหะลงพื้น บ้านรกรุงรัง ท่านมั่นใจว่าจะแนะนำให้เพื่อนบ้านจัดเก็บ บ้านให้สะอาด เปิดหน้าต่าง และให้บ้าน น้ำลายเสมหะลงในภาชนะมิดชิดแล้วนำไป ฝังกลบได้	7 (2.90)	14 (5.80)	40 (16.70)	81 (33.80)	98 (40.80)	4.04	1.04
33. เมื่อเพื่อนร่วมงานท่านป่วยเป็นโรคท่าน มั่นใจว่าจะแนะนำให้เพื่อนให้ปฏิบัติตัวในการ กินยา และแยกภาชนะในการใส่อาหารออกจาก คนอื่นได้	4 (1.70)	8 (3.30)	44 (18.30)	97 (40.40)	87 (36.30)	4.06	0.91
34. ท่านพบว่าเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลร่วมบ้านมี อาการไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ ท่านมั่นใจ ที่จะแนะนำให้ไปตรวจโรคและให้เพื่อน สวมหน้ากากอนามัย	10 (4.20)	16 (6.70)	58 (24.20)	83 (34.58)	73 (30.40)	3.80	1.07

3.2 ความสอดคล้องของโมเดล

ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างโมเดลของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยการวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยัน พบว่า ค่าสถิติทดสอบ $\chi^2 = 11.175$, $df = 8$, $p\text{-value} = 0.1920$

($\chi^2/df = 1.3968$) RMSEA = 0.005 SRMR = 0.021 CFI = 0.994 TLI = 0.989 ค่าสถิติวัดความกลมกลืนผ่านเกณฑ์ตามค่าสถิติทดสอบทุกค่า รายละเอียดดังตารางที่ 4

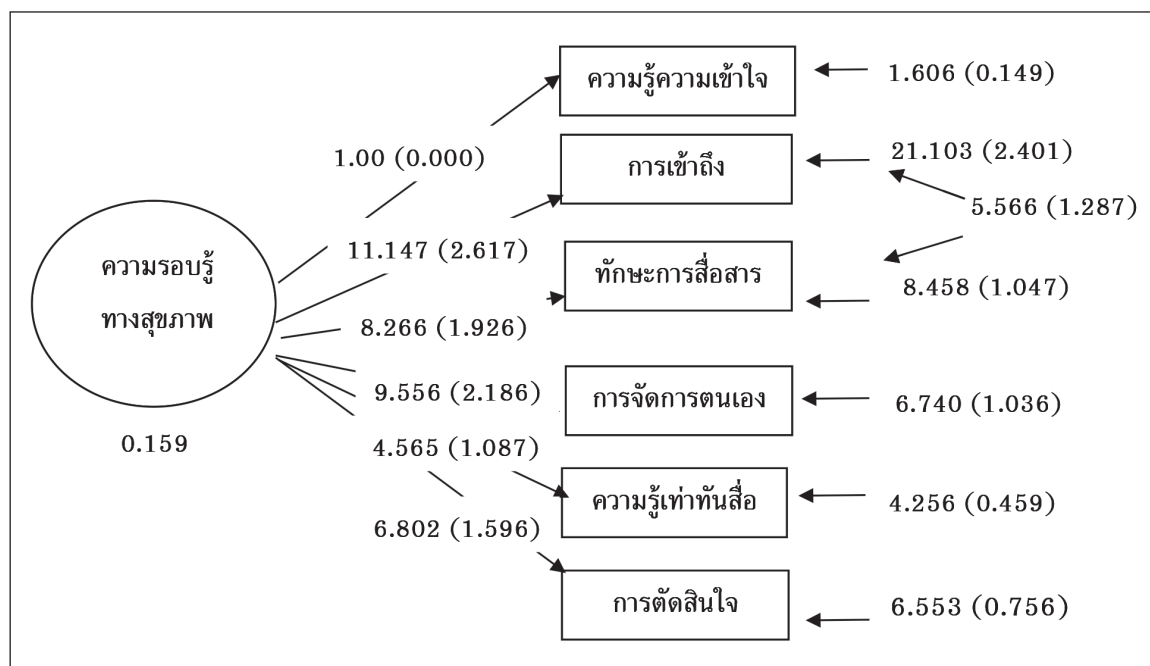
ตารางที่ 4 ค่าดัชนีความสอดคล้องของโมเดลแบบวัดความรู้ทางสุขภาพเรื่องวัณโรค

ค่าดัชนี	เกณฑ์	ค่าสถิติ	ผลการพิจารณา
χ^2/df	< 3	1.3968	ผ่านเกณฑ์
P	> 0.05	0.1920	ผ่านเกณฑ์
CFI	> 0.90	0.994	ผ่านเกณฑ์
TLI	> 0.09	0.989	ผ่านเกณฑ์
SRMR	< 0.05	0.021	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	< 0.08	0.02	ผ่านเกณฑ์

3.3 โมเดลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถเขียนเป็นสมการเชิงโครงสร้างโมเดลการวิเคราะห์ CFA จำแนกตาม

น้ำหนักองค์ประกอบของโมเดลความรู้ทางสุขภาพเรื่องวัณโรคของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 โมเดลความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกำป้องกันวัณโรคของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป

จากโมเดลตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดคือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($b=11.147$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้ร้อยละ 48.4 ($R^2 = 0.484$)

รองลงมา คือ การจัดการตนเอง ($b=9.556$) สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ร้อยละ 68.3 ($R^2 = 0.683$) และทักษะการสื่อสาร ($b=8.266$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ และสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป

องค์ประกอบของโมเดลการวัด	เมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ				Factor score	R^2
	B	SE	t	β		
ความรู้ความเข้าใจ	1.000	0.000	999.000	0.300	0.015	0.090
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	11.147	2.617	4.260	0.695	0.008	0.484
ทักษะการสื่อสาร	8.266	1.926	4.291	0.750	0.018	0.562
การจัดการตนเอง	9.556	2.186	4.372	0.827	0.033	0.683
ความรู้เท่าทันสื่อ	4.565	1.087	4.198	0.662	0.025	0.438
การตัดสินใจ	6.802	1.596	4.262	0.727	0.025	0.529

3.4 คะแนนจุดตัด

ผลการวิเคราะห์จุดตัดความรอบรู้ด้านสุขภาพวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยอิงเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁵⁾ ที่ร้อยละ 80.00 ของคะแนนเต็ม 150 คะแนน เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้คะแนนตั้งแต่ 120-150 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ และกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า 120 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ

สรุปผลการวิจัย

แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้ข้อคำถาม 47 ข้อ ทำการตรวจสอบคุณภาพด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ประเด็นข้อคำถามลดลงเหลือ 36 ข้อ

แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 36 ข้อ ทำการตรวจสอบคุณภาพด้วย

การหาความเชื่อมั่น ประเด็นข้อคำถามลดลงเหลือ 34 ข้อ

ความสอดคล้องระหว่างโมเดลของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกัน ($\chi^2 = 11.175$, $df = 8$, $p\text{-value} = 0.1920$ ($\chi^2/df = 1.3968$) $RMSEA = 0.005$, $SRMR = 0.021$ $CFI = 0.994$ $TLI = 0.989$)

กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนตั้งแต่ 120 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 150 คะแนน)

การอภิปรายผล

การสร้างและพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีตัวบ่งชี้และตัวแปรสังเกตได้ 6 ตัวแปร ผ่านคุณภาพของการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ความตรงของเนื้อหา มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.00 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.32-0.65 แสดงถึงความสอดคล้องกันขององค์ประกอบความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งสมถวิล วิจิตวรรรณา และคณะ⁽¹⁶⁾ ได้กำหนดค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ตรวจ

สอบโดยผู้เชี่ยวชาญควรมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และโชติกา ภาชีผล⁽¹⁷⁾ ได้แบ่งช่วงค่าอำนาจจำแนก โดยค่าอำนาจ จำแนกอยู่ระหว่าง 0.20-0.29 เป็นค่าที่พอใช้ได้ อยู่ ระหว่าง 0.30-0.39 เป็นค่าที่ดีพอสมควร และค่าตั้งแต่ 0.4 ขึ้นไป เป็นค่าที่ดีมาก

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องพฤติกรรม การป้องกันโรคของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ฉบับที่ผ่านผู้เชี่ยวชาญ ไป ทดสอบคุณภาพกับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในชุมชนที่ สุ่มเลือกได้ในจังหวัดมหาสารคามที่ไม่ใช่พื้นที่วิจัย ภาพ รวมค่า Cronbach's Alpha = 0.93 สอดคล้องกับการ ศึกษา Nunnally⁽¹⁸⁾ ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าให้ใช้ความเชื่อ มั่นที่ประมาณ 0.70 โดยชี้ให้เห็นว่าการใช้ค่าความเชื่อมั่น ที่มีค่ามากกว่า 0.80 เหมาะสมสำหรับการสร้าง แบบสอบถามมาตรฐานที่ต้องการความพิถีพิถันและ ความประณีตในการสร้างแบบสอบถามหรือกรณี ที่แบบสอบถามใช้ในเรื่องที่มีความสำคัญยิ่ง ค่าความเชื่อ มั่นควรไม่น้อยกว่า 0.90⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ ความรู้ความเข้าใจค่า KR-20 = 0.70 ซึ่งค่า KR-20 ควรมากกว่า 0.70⁽²⁰⁾

ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง พบโมเดล มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าน้ำหนักองค์ ประกอบที่มีค่ามากที่สุด 3 อันดับ คือ การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ การจัดการตนเอง และทักษะการสื่อสาร โดยองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักน้อยกว่า 0.30 ถือว่าเป็น ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่อยู่ในเกณฑ์สูง และข้อมูล แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบความสามารถอธิบายความ แปรปรวนของตัวแปรแฝง (ความรู้ด้านสุขภาพ) ได้⁽²¹⁾ ค่าสถิติทดสอบความกลมกลืนของข้อมูลเชิง ประจักษ์กับโมเดลความรู้ทางสุขภาพ ค่าไคสแควร์/ ไคสแควร์สัมพัทธ์ ดัชนีตรวจสอบความกลมกลืนและ ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า แสดงให้เห็น ว่าโมเดลที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและผล งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูล เชิงประจักษ์ สามารถเป็นองค์ประกอบการวัดของความรู้ ด้านสุขภาพได้และอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ในทาง สถิติ⁽²²⁾ ผ่านเกณฑ์ตามที่ฟูลพงศ์ สุขสว่าง⁽²³⁾ ได้เสนอ

เกณฑ์สำหรับพิจารณาความสอดคล้องของโมเดล สมมติฐาน ดังนั้น เครื่องมือวัดความรู้ทางสุขภาพ เรื่องวินโรคสำหรับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปจึงสามารถ นำไปวัดได้ใน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความ เข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การ จัดการตนเอง 5) ความรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการ ตัดสินใจ

การกำหนดคะแนนจุดตัดความรู้ด้านสุขภาพ ของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรม การ ป้องกันโรคของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขต สุขภาพที่ 7 โดยอิงเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁵⁾ ร้อยละ 80.00 ของคะแนนรวม 6 องค์ประกอบ คะแนนเต็ม 150 คะแนน เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มมีความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องวินโรค คะแนนรวมตั้งแต่ 120-150 คะแนน และมีความรอบรู้ ทางสุขภาพไม่เพียงพอต่อการป้องกันควบคุมโรคคะแนน รวมต่ำกว่า 120 คะแนนจากการศึกษาของรัชนิกร ฤกษ์แจ ทอง และคณะ⁽²²⁾ กำหนดจุดตัดที่เหมาะสมในการจำแนก ระดับความรู้ตั้งแต่ 52.50 คะแนน ให้ค่าความไว สูงสุด 59.30% ค่าความจำเพาะ 69.80% พื้นที่ใต้โค้ง ROC เท่ากับ 0.42% (95%CI = 0.32-0.52)

ข้อเสนอแนะ

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ มีระดับ คุณภาพของเครื่องมือเพียงพอตามหลักสถิติ สามารถนำ ไปใช้ในการวัดความรู้ทางสุขภาพเรื่องวินโรคของ ประชาชน แต่ควรมีการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น ก่อน นำไปใช้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละพื้นที่ที่มีสิ่งแวดล้อม ต่างกัน และคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างต่างกัน

ควรนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ วัดความรู้ทางสุขภาพเรื่องวินโรคของประชาชน และ ทำการศึกษาเพื่อวิเคราะห์จุดตัดจากโค้ง ROC โดยใช้ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมวินโรคเพื่อจำแนกระดับ ความรอบรู้สุขภาพเรื่องวินโรค

ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ทางสุขภาพ เรื่องวินโรค โดยใช้การวิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุ เพื่อ ให้ เกิดการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเรื่องวินโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ข้อเสนอแนะและผลักดันให้งานสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ นพ.เกรียงศักดิ์ เวทีภูฒาจารย์ พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ พญ.นงลักษณ์ เทศนา ดร.พญ.ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ดร.เสาวลักษณ์ คัชมาตย์ ขอขอบคุณ ดร.บุญทวนกร พรหมภักดี ที่คอยให้คำปรึกษาสำหรับการดำเนินงานและให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการ ขอเสนอแนะ ตลอดจนให้การสนับสนุนทีมวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหารเจ้าหน้าที่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ เทศบาลเมืองมหาสารคาม และเทศบาลเมืองร้อยเอ็ดที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และท้ายที่สุด ต้องขอขอบคุณอาสาสมัครและกลุ่มเป้าหมาย ที่กรุณาให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.
3. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดิไซด์; 2562.
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. เส้นทางสู่การปลอดวัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดิไซด์; 2562.
5. กรรณิกา ทานะพันธ์, พรนภา ศุภรเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 6(3): 11-20.
7. วิรุฒิ พุทธาอามาตย์, พรนภา ศุภรเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 10(3): 65-74.
8. ฉวีวรรณ พงษ์วงศ์, พรนภา ศุภรเวทย์ศิริ, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เกิดจากตัวผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2559; 24(1): 36-46.
9. สุทธิณี สิทธิหล่อ, พรนภา ศุภรเวทย์ศิริ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าผู้ป่วยในการรักษาวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่จังหวัดแพร่. วารสารวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558; 2: 10-9.
10. ชวิญใจ ม่อนไธสงค์, จีราภรณ์ กรรณบุตร, วนลดา ทองใบ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารพยาบาลทหารบก 2560; 18(พิเศษ): 306-14.
11. วัชรวิทย์ จันทร์ประเสริฐ, ดวงใจ ไทยวงษ์. การสำรวจความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติของประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ในเขตเมืองพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 2561.

12. World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion, Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development; 26-30 October 2009; Nairobi, Kenya.
13. Nutbeam D. Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future. Health Education Research 2008; 23(5).
14. กองสุศึกษากรมนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมสุศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการป้องกันวัณโรคในชุมชน. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา กรมนสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
15. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis. 7th. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall; 2010.
16. Bloom BS. Handbook on formation and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book Company; 1971.
17. สมถวิล วิจิตรวรรณ, สุภมาส อังศุโชติ, สุนิสา จัยม่วงศรี, รัชนิกุล ภิญโญภานูวัฒน์, ชุศักดิ์ ศิริรุ่งพันธ์. การวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ: ตีเจริญมั่นคงการพิมพ์; 2556.
18. โชติกา ภาษีผล. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือในการวัดและประเมินผลการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
19. Nunnally JC. Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill Book Company; 1997.
20. DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, et al. A Psychometric Toolbox for testing Validity and Reliability. Journal of nursing scholarship 2007; 39(2):155-64.
21. Suwannarat A. Finding a quality test for teaching management. Songklanagarind Medical Journal 2009; 27(5): 381-8.
22. นงลักษณ์ วิรัชชัย. โมเดลสี่สเรล: สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
23. รัชนิกร กุญแจทอง, สุมาลี จันทลักษณ์, คณยชัยอาจ. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเรื่องพฤติกรรมกาป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2563; 27(1): 73-85.
24. พูลพงศ์ สุขสว่าง. โมเดลสมการโครงสร้าง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พัฒนาพานิช จำกัด; 2556.

รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ภายใต้สภาวะความชุกต่ำในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม

Leprosy Case Finding Model by Household Contact Survey in Low Prevalence Area; Nadun district, Mahasarakham province

สุพัตรา สิมมาตัน ส.ม.(บริหารสาธารณสุข)*

Supattra Simmatan M.P.H.(Public Health Administration)

นิชนันท์ โยธา ส.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)*

Nitchanan Yotha M.P.H.(Public Health)

นิภาพร ฮามพิทักษ์ พย.บ.*

Nipaporn Hampituk B.N.S.

สมัย ทองพูล ส.ม.**

Smai Thongpool M.P.H.

อิทธิเดช ไชยชนะ วท.ม.(โรคติดต่อและวิทยาการระบาดสาธารณสุข)*

Attidej Chaichana M.Sc.(Public Health Infectious Disease and Epidemiology)

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

The Office of Disease Prevention and Control 7th Khon Kaen

**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาดูน

Nadun District Public Health Office

Received: June 7, 2021

Revised: September 23, 2021

Accepted: October 8, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน พัฒนาแผนการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน เพื่อหารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ภายใต้สภาวะความชุกต่ำ โดยนำแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) โดยใช้วิธีการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถาม โดยเก็บข้อมูลจากผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคเรื้อนระดับอำเภอ และระดับตำบล อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคเรื้อนระดับอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 คน ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม โดยการอภิปรายและสนทนากลุ่ม กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลนาดูนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 10 คน ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุที่ไม่ได้มีกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ ได้แก่ ด้านนโยบาย ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน ด้านระบบบริการสาธารณสุข ขาดระบบการคัดกรองและการส่งต่อข้อมูล ด้านบุคลากรสาธารณสุข ขาดความรู้ และด้านประชาชน ขาดความตระหนัก ไม่สนใจ เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้เกิดแผนในการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่ จำนวน 5 แผน ได้แก่ 1.พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการควบคุมโรคเรื้อน 2. การค้นหาเชิงรุก (กลุ่มเสี่ยง) 3. พัฒนาศักยภาพให้ความรู้ด้านโรคเรื้อนกับแกนนำ อาสาสมัครชุมชน 4. พัฒนาศักยภาพ ให้ความรู้ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ด้านการจัดทำแผน ระบบการส่งต่อข้อมูล 5. กิจกรรมการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ผลการศึกษา ควรมีการพัฒนากระบวนการที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน จัดทำฐานข้อมูลผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ผู้สัมผัสโรคในชุมชน การส่งต่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสานให้เกิดความเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้ถูกกำหนดเป็นนโยบายในระดับพื้นที่ และองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นได้รับทราบถึงข้อมูลสถานการณ์ของโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของคนในชุมชน กำหนดให้เป็นโรคที่ยังเป็นปัญหาในพื้นที่ เพื่อให้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลในการจัดการปัญหาโรคเรื้อนมุ่งสู่การลดโรคอย่างเป็นรูปธรรม เกิดรูปแบบที่เหมาะสมของการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในสถานการณ์ความชุกต่ำ

คำสำคัญ: การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การตรวจผู้สัมผัสโรคที่บ้าน สภาวะความชุกต่ำ

Abstract

This action research aimed; 1) To study problems of new case findings in leprosy patients' household contacts. 2) To develop working processes and evaluate results of the processes, according to the plan of new case findings in leprosy patients' household contacts to develop a model of the leprosy case finding in low prevalence area under PDCA (Plan-Do-Check-Act) process. The quantitative and qualitative study was conducted at Nadun District, Mahasarakham Province, using two researched tools. The first tool was a questionnaire, in which the samples were 20 health personals who responsible for the leprosy program in the district and subdistrict levels. The second tool was the focus group discussion. The discussion in groups was performed, including district hospital nurses and technical officers from health-promoting hospitals were 10 health personals. The results revealed that leprosy new case finding policy was not the key performance indicator in the service plan since there was no activity and monitoring. Moreover, the health care system lacked screening and data referral systems, health care personal lacked knowledge, and local residences lacked health care perception. There were five planning projects to solve the problems, which consisted of 1) potential improvement for health care personnel in the leprosy control program. 2) Active case finding in risk groups. 3) Leprosy knowledge training for community leaders and volunteers. 4) Strengthening potentials in health care personnel about leprosy health care planning and referral system. 5) Risk communication for public awareness to prevent and control the disease.

The results had shown that 1) Screening in suspected cases should be initiated. 2) Data management of community contacts should be developed. 3) Effectiveness of the referral system should be enhanced, leading to collaboration between each local health care system and a settlement of policy advocacy. Furthermore, the local government organization could become aware of the leprosy situation and its effects in the area so that allocating health funding to support leprosy case finding models in low prevalence areas would be initiated.

Keywords: Leprosy case finding, Household contact screening, Low prevalence area

บทนำ

โรคเรื้อน (Leprosy) เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ *Mycobacterium leprae* ทำให้เกิดอาการในผู้ป่วยโรคเรื้อน อาการทางคลินิกที่พบมีความแตกต่างกัน ทั้งอาการทางผิวหนัง และอาการจากเส้นประสาทที่ถูกทำลาย ซึ่งอวัยวะหลักที่เกิดความพิการที่พบ คือ ใบหน้า ตา มือและเท้า ประเทศไทยได้ปรับแผนการรักษาตามมาตรฐานการรักษาขององค์การอนามัยโลกโดยการ

เปลี่ยนมาใช้ยาสูตรผสมระยะสั้น (MDT: Multidrug Therapy)⁽¹⁾ โรคเรื้อนในอดีตจัดเป็นปัญหาทั้งทางสาธารณสุขและสังคมอย่างมากและเป็นโรคที่สังคมมีความรังเกียจเคียดฉุน ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องทนทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิทยา สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการยอมรับในสิทธิและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์⁽²⁾ องค์การอนามัยโลก กำหนดเป้า

หมยตามยุทธศาสตร์โรคเรื้อน (2016-2020) ภายในปี 2020 ต้อง 1) ไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนเด็กที่มีความพิการ 2) ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการ ไม่เกิน 1 ราย ต่อ 1 ล้านประชากร (เท่ากับ 0.01 ต่อหมื่นประชากร) ซึ่งประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายลดความพิการระดับ 2 ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ไว้ไม่เกิน 0.3 ต่อประชากร 1 ล้านคน (ประมาณ 20 ราย) และลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ไม่เกิน 100 ราย ภายในปี 2563⁽³⁾ การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนที่ผ่านมา สามารถกำจัดโรคเรื้อนให้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข ตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (อัตราความชุกโรคในระดับประเทศต่ำกว่า 1 รายต่อประชากร 10,000 คน) ตั้งแต่ปี 2537 จนถึงปัจจุบัน เข้าสู่ระยะหลังการกำจัดโรคเรื้อน (Post-elimination phase) สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องโดยในปี 2562 อัตราความชุกของโรค (Prevalence rate) เหลือเพียง 0.04 ต่อประชากร 10,000 คน (ความชุกโรคเรื้อน คือ 269 ราย) และอัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (Detection rate) 0.02 ต่อประชากร 10,000 คน จากผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน ในปี 2553-2562 ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จำนวน 405, 280, 220, 188, 208, 187, 163, 164, 125 และ 119 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปีมีแนวโน้มค่อย ๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2562 กำหนดค่าเป้าหมายจำนวนการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ คือ ≥ 120 ราย ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จะมีแนวโน้มลดลงในแต่ละปี แต่ยังพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 โดยในปี 2553-2562 พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 จำนวน 60, 29, 38, 18, 31, 27, 24, 26, 25 และ 18 ราย ตามลำดับ เมื่อคำนวณเป็นค่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ในปี 2553-2562 คือ ร้อยละ 14.8, 10.4, 17.3, 9.6, 14.9, 14.4, 14.7, 15.9, 20.0 และ 15.1 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 14.7) แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของค่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ยังไม่ลดลง เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความล่าช้าในการ

ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ซึ่งก็สอดคล้องกับข้อมูลร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีระยะเวลาดังแต่เริ่มปรากฏอาการของโรคเรื้อนจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐานมาตรฐาน (Since of onset: SOS) ≤ 12 เดือน ซึ่งกำหนดค่าเป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 50.0 ในปี 2562 ค่า SOS ≤ 12 เดือน ร้อยละ 44.5 (จำนวน 53 ราย พบความพิการระดับ 2 จำนวน 2 ราย) ไม่ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด และยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีค่า SOS มากกว่า 12 เดือน มีจำนวนผู้พิการระดับ 2 มากกว่า 8 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีค่า SOS ≤ 12 เดือน⁽⁴⁾ จากผลการประเมินงานควบคุมโรคเรื้อน (Leprosy Elimination Monitoring: LEM) พ.ศ.2558 พบว่า ความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยเฉลี่ย 3.3 ปี โดยสาเหตุความล่าช้ามี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความล่าช้าที่เกิดจากตัวผู้ป่วย (Patient delay) นาน 2.1 ปี ส่วนที่ 2 ความล่าช้าของระบบบริการสาธารณสุข (Health service delay) นาน 1.3 ปี อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อน ร้อยละ 100.0 ควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 10 ปี แต่จากข้อมูลการสำรวจพบว่าในปีแรกผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อนครอบคลุมเพียงร้อยละ 53.3 และในปีที่ 2-5 ลดลงเหลือร้อยละ 37.1, 24.1, 14.3 และ 9.6 ตามลำดับ⁽⁵⁾

สถานการณ์โรคเรื้อนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกับสถานการณ์ของประเทศ โดยมีผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2553-2562 จำนวน 70, 43, 27, 22, 22, 18, 18, 10, 19 และ 7 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยเด็ก ในปี พ.ศ. 2553 พ.ศ. 2554 ปีละ 3 ราย และพ.ศ. 2555 พ.ศ. 2558 พ.ศ. 2560 ปี พ.ศ. 2561 ปีละ 1 ราย ซึ่งจังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทุกปี และมีจำนวนมากที่สุดคือ จังหวัดขอนแก่น รองลงมา คือ จังหวัดมหาสารคาม โดยทั้ง 2 พื้นที่เป็นแหล่งรังโรคเดิม และยังพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 จำนวน 14, 4, 2, 3, 1, 1, 2, 1, และ 2 ราย ตามลำดับ

เมื่อคำนวณเป็นค่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีความพิการระดับ 2 ในปี 2553-2562 คือ ร้อยละ 20.0, 9.3, 7.4, 13.6, 4.5, 5.5, 11.1, 10.0, 15.7 และ 28.5 ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 16.6) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ แสดงให้เห็นว่ายังมีความล่าช้าในการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (สคร.) สาเหตุของการค้นหาผู้ป่วยที่ยังพบความล่าช้าในการเข้าสู่ระบบการรักษา เกิดจาก 2 ส่วน ส่วนแรก จากตัวผู้ป่วยเอง (Patient Delay) เนื่องจากไม่มีความรู้ เรื่อง โรคเรื้อน ไม่ตระหนัก ไม่สนใจ เพราะอาการของโรคไม่รุนแรง ไม่กระทบกับการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนที่ 2 เกิดจากระบบสาธารณสุข (Health Service Delay) บุคลากรสาธารณสุขไม่ทราบอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อน ขาดทักษะในการดูแลและรักษาผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ลดน้อยลง ดังนั้น จึงส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อนในพื้นที่มีต่อเนื่อง บางจังหวัดไม่มีกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน ในขณะเดียวกันการดำเนินการควบคุมโรคเรื้อนยังคงต้องดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย ลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ไม่เกิน 11 รายในปี 2563 โดยมีเกณฑ์ข้อบังคับสำหรับการดำเนินงานในอำเภอเป้าหมายที่มีข้อบังคับทางระบาดวิทยา ได้แก่ 1) พบผู้ป่วยรายใหม่ทุกปีติดต่อกันในรอบ 10 ปี 2) พบผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ในรอบ 10 ปี และ 3) พบผู้ป่วยรายใหม่ที่มียอดรวมตั้งแต่ 7 รายขึ้นไปในรอบ 10 ปี ถึงแม้จะมีเกณฑ์ในการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่การดำเนินกิจกรรมการคัดกรองในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ยังคงต้องดำเนินกิจกรรมทั้งในอำเภอที่มีข้อบังคับทางระบาดวิทยา และอำเภอที่ไม่มีข้อบังคับทางระบาดวิทยา โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact) ของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง มีผลการดำเนินงานเพียงร้อยละ 38.0 (ปี 2561) เมื่อเทียบกับเป้าหมายร้อยละ 100.0 และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีเชื้อมากยังคงสูง และสะท้อนกับตัวชี้วัดอื่นๆที่สะท้อนให้เห็นความล่าช้าในการค้นพบผู้ป่วยราย

ใหม่ เช่น สัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ที่สูงเกินเกณฑ์ และสัดส่วนผู้ป่วยซึ่งรับการรักษาในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือนเริ่มตั้งแต่มีอาการที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ร้อยละ 50.0 ซึ่งผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยเชื้อมากนี้จัดเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อนสูงกว่าผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยเชื่อน้อยและบุคคลทั่วไป ดังนั้น การมีผู้ป่วยเชื้อมากอยู่ในชุมชนเป็นสัดส่วนที่สูงย่อมมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคเรื้อนรายใหม่ในผู้สัมผัสโรค และสอดคล้องกับรายงานผลการนิเทศงานที่พบว่า กิจกรรมการตรวจผู้สัมผัสโรคยังไม่ได้ดำเนินการในหลายๆพื้นที่จึงเป็นสิ่งที่น่ากังวล⁽⁶⁾ ซึ่งจากการสืบค้นงานวิจัยพบว่าการศึกษาที่เกี่ยวกับการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีการศึกษาน้อยมาก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านภายใต้สภาวะความซุกต่ำในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม เพื่อหารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนให้ได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการวินิจฉัย เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันความพิการลดการแพร่เชื้อในชุมชน สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้เพิ่มขึ้น ตลอดจนปรับปรุงแบบให้เหมาะสมกับสภาวะความซุกของโรคต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนาแผนการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยนำแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ทำการศึกษา 1 ตุลาคม 2562 – 31 กรกฎาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคเรื้อนระดับอำเภอ และระดับตำบล อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคามทุกแห่ง ที่เคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนในรอบ 10 ปี จำนวน 20 ราย โดยใช้วิธีการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถามเพื่อประเมินกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน ประเมินความรู้ก่อน หลังการอบรมพัฒนาศักยภาพ ประเมินความพึงพอใจต่อโครงการ ชุดที่ 2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม โดยการอภิปรายและสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแผนการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน กลุ่มเป้าหมายเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขจากโรงพยาบาลนาดูนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคามจำนวน 10 คน

ขั้นตอนการศึกษา

1. ประชุมวิเคราะห์ สถานการณ์และสภาพปัญหา ร่วมกับเครือข่ายเพื่อวางแผนพัฒนาการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในอำเภอที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา
2. วางแผนการดำเนินงาน โดยนำผลการวิเคราะห์ สถานการณ์และสภาพปัญหา มาร่วมกัน จัดทำแผนงานจำนวน 5 แผนงาน
3. ร่วมติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินงาน โดยจัดเวทีประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานของพื้นที่
4. คืบข้อมูล โดยการจัดสนทนากลุ่ม
5. จัดทำสรุปรายงานผลการวิจัย และเผยแพร่ผลงาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยรับทราบและสมัครใจ พร้อมทั้งมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะ เมื่อเกิดความอึดอัด กังวลใจ
2. การนำเสนอข้อมูล เป็นภาพรวมของพื้นที่ไม่ได้นำเสนอเป็นรายบุคคล และต้องผ่านการเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่างก่อนทุกครั้ง พร้อมทั้งเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับ โดยกำหนดรหัสการเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินกิจกรรมการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในอำเภอเป้าหมายที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา ใช้เก็บข้อมูลก่อนการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย หน่วยงาน อำเภอ บทบาทรับผิดชอบ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับ ปฏิบัติงาน รับผิดชอบงานโรคเรื้อนในตำแหน่งปัจจุบันมาเป็นระยะเวลาและเคยอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนหรือไม่ ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดำเนินกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ ตามมาตรฐานการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในอำเภอเป้าหมายในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นเพื่อการปรับปรุง
 2. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ เรื่อง โรคเรื้อน ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การติดต่อ การป้องกันความพิการและการเฝ้าระวังและการรักษา ใช้เก็บข้อมูลก่อนและหลังจากการอบรมให้ความรู้ มีคำถามทั้งหมด 28 ข้อ มี 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบถูก” ให้ 1 คะแนน แต่ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom(1971)⁽¹⁰⁾ มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้
- ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 21-28 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.9 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 15-20 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 0-14 คะแนน)

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการ ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรค ร่วมบ้าน ประกอบด้วย 4 ส่วน ส่วนที่ 1 จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย หน่วยงาน เพศ ตำแหน่ง ระดับตำแหน่ง ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อโครงการ 2 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรู้จากการอบรม และด้านการพัฒนาระบบการ คัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากผู้สัมผัสโรค

4. แบบบันทึกประเด็นสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วน เกี่ยวข้องในประเด็นกิจกรรมการคัดกรองค้นหาผู้ป่วย โรคเรื้อนในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ: ตรวจสอบความ ตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน คำนวณค่าดัชนีความ สอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) พบว่าทุกข้อคำถาม มีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป นำเครื่องมือ ไปใช้ทดลองกับพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัด มหาสารคาม จำนวน 30 คน สำหรับแบบประเมิน ความรู้ฯ หาค่า $KR-20 = 0.85$ สำหรับแบบประเมินความ พึงพอใจฯ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของคอนบาค (Cronbach) ได้ค่า = 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิง เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์และสังเคราะห์สภาพปัญหา (Situation Analysis)

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงาน ควบคุมโรคเรื้อนในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัด มหาสารคาม ร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ได้นำ ผลที่ได้มาสังเคราะห์สภาพปัญหา พบว่ากิจกรรมการ ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ในรอบหลายปีที่ผ่านมา มีการดำเนินกิจกรรมน้อยมากส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนิน การร่วมกับหน่วยงานระดับเขต คือ สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ลงพื้นที่สอบสวนผู้ป่วย โรคเรื้อนรายใหม่ (Index Case) เพื่อหา Primary Case ที่แพร่เชื้อให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (Index Case) พบว่าสาเหตุที่หน่วยงานในพื้นที่ ไม่ได้ดำเนินกิจกรรม การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เกิดจากหลายสาเหตุ ด้วยกัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การสังเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุของการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรค
 ร่วมบ้าน ภายใต้สภาวะความซุกต่ำในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2563

ประเด็นปัญหา	สาเหตุ	ความเห็นที่ประชุม
ด้านนโยบาย	โรคเรื้อนไม่ได้เป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน ทำให้ในแต่ละปีที่ผ่านมาไม่มีแผนงาน/โครงการ	ไม่สามารถรองรับงบประมาณ P&P Area base ของพื้นที่ได้ ตามแนวทางบริหารงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเนื่องจากไม่ใช่โรคที่ให้บริการตามนโยบายแนวทางการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพชาติประจำปี
ด้านระบบบริการ สาธารณสุข	1. จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนน้อยลง 2. ระบบการคัดกรอง การส่งต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนยังไม่ชัดเจน (Flow chart) 3. การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (สคร. สสจ. รพ. รพ.สต.) ลำช้า	1. เพิ่มกิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานเครือข่าย 2. พัฒนาระบบการคัดกรองและการส่งต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน 3. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนระดับ สคร. สสจ. รพ.ชุมชน และ รพ.สต.
ด้านบุคลากร สาธารณสุข	บุคลากรสาธารณสุข (แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ขาดความรู้เรื่องโรคเรื้อน	พัฒนาศักยภาพความรู้โรคเรื้อน อย่างต่อเนื่อง
ด้านประชาชน	ประชาชน ไม่ตระหนัก ไม่สนใจเนื่องจาก การขาดความรู้เรื่องโรคเรื้อน	เน้นการสื่อสารความเสี่ยง รมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุม

2. การจัดทำแผนการแก้ไขปัญหา (Plan)
 จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่โรงพยาบาลนาาดูนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม โดยผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาดูน โรงพยาบาลนาาดูน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 คน เกิดแผนในการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่ จำนวน 5 แผน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แผนการดำเนินงานแก้ไขสภาพปัญหาการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน โรงพยาบาลนาตุและ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอนาตุ จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2563

แผนงานโครงการ/ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	KPI	ผู้เกี่ยวข้อง	ผู้รับผิดชอบ	แหล่งงบประมาณ
1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการควบคุมโรคเรื้อน (ครู ก)	-เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อน	ร้อยละ 80.0 ของบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อน	-รพ.สต. -อสม. -เครือข่ายอปท.	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาตุ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
2. การค้นหาเชิงรุก (กลุ่มเสี่ยง) -ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน -เพื่อนบ้านในระยะ 20 เมตร -มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน -กลุ่มที่มีอาการสงสัย	-เพื่อให้ผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนได้รับการวินิจฉัยเร็วขึ้น ลดการแพร่เชื้อและลดความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน	ร้อยละ 80.0 ของผู้สัมผัสโรคได้รับการตรวจคัดกรอง	-อสม. -รพ.สต. -สสอ. -รพ. -อปท.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาตุ
3. พัฒนาศักยภาพให้ความรู้ด้านโรคเรื้อนกับแกนนำอาสาสมัครชุมชน (ครู ข)	-เพื่อให้แกนนำอาสาสมัครชุมชน สาธารณสุขเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อน	ร้อยละ 80.0 ของแกนนำอาสาสมัครมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อน	-รพ.สต. -รพ. -สสอ. -อปท.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	กองทุนสุขภาพตำบล
4. กิจกรรมพัฒนาศักยภาพให้ความรู้ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข -ด้านการจัดทำแผน -ระบบการส่งต่อ -ระบบข้อมูล	-เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อนร่วมกันจัดทำแผนงานโครงการ	ร้อยละ 80.0 ของบุคลากรสาธารณสุขสามารถจัดทำแผนงานโครงการจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่	-สสอ. -สคร. (สนับสนุนวิทยากร) -สสจ. -รพ. -อปท./อบจ.	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับโรงพยาบาลนาตุ	กองทุนสุขภาพตำบล
5. กิจกรรมเฝ้าระวังโรคเรื้อนในชุมชน -ประชาสัมพันธ์ -กิจกรรมการคัดกรองในพื้นที่	-สร้างความตระหนักเรื่องโรคเรื้อน	ร้อยละ 80.0 ของประชาชนมีความรู้	-รพ.สต. -รพ. -สสอ. -อปท.	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับโรงพยาบาลนาตุ	กองทุนสุขภาพตำบล

3. ผลการพัฒนาตามแผนการแก้ไขปัญหา (Do)

การประชุมอบรมพัฒนาศักยภาพความรู้ด้านโรคเรื้อน ให้กับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลนาตุและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอนาตุ จังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2563 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาตุ จังหวัดมหาสารคาม ผู้เข้าประชุมประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล

นาตุและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในพื้นที่อำเภอนาตุ จำนวน 20 คน ผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการประชุมอบรม (Pre-Post Test) พบว่าผู้เข้ารับการอบรมพัฒนาขึ้นถึงร้อยละ 95.24 มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 55.0 และระดับกลาง ร้อยละ 45.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม (Pre Test) 17.58 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม (Post Test) 21.05 คะแนน รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ด้านโรคเรื้อนก่อนและหลังการประชุมอบรมพัฒนาศักยภาพ

	n	S.D.	Mean difference	95%CI		t	df	p-value
				Lower	Upper			
ก่อนการอบรม	20	17.58	3.20	2.11	4.29	6.14	19	<0.001*
หลังการอบรม	20	21.05						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนจากการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคในชุมชน (Check)

ผลการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนจากการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคในชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมหลังการพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 4 แห่ง ที่ในหมู่บ้านรับผิดชอบเคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อน รอบ 10 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปี 2553- 2562 คือ รพ.สต.ดงยาง กุโนนเมือง ดอนดู่ และหนองเต๋ โดยแต่ละแห่งได้จัดทำ

ฐานข้อมูลผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน และผู้สัมผัสโรคในชุมชน และดำเนินกิจกรรมการคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านและผู้สัมผัสโรคในชุมชน ในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2563 มีผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 14 ราย ดำเนินการคัดกรองผู้สัมผัสโรคเรื้อนร่วมบ้าน จำนวน 17 ราย ผู้สัมผัสโรคในชุมชน 43 ราย พบผู้ที่มีอาการสงสัย 1 ราย พบผู้ที่มีอาการสงสัย คือ วงต่างขาว ขาไม่ชัดเจน เฝ้ารังสังเกตาการต่อ 3 เดือน รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนจากการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคในชุมชนพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2563

หน่วยงาน	ผู้ป่วยโรคเรื้อน (จำนวน/ราย)		ผู้สัมผัสโรค (จำนวน/ราย)		ผลการตรวจ
	กำลังรักษา	รักษาครบ	ร่วมบ้าน	ชุมชน	
1. รพ.สต.ดงยาง	1	1	2	6	ปกติ
2. รพ.สต.กุโนนเมือง	-	2	3		ปกติ (2 ราย) วงต่างขาว (1 ราย)
3. รพ.สต.ดอนดู่	-	2	6	24	ปกติ
4. รพ.สต.หนองเต๋	3	5	6	13	ปกติ
รวม	4	10	17	43	ปกติ

5. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตาม
แผนการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อน ให้กับบุคลากรสาธารณสุข

ของโรงพยาบาลนาอุดมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลในพื้นที่อำเภอนาอุดม จังหวัดมหาสารคาม พบสภาพ
ปัญหาจากการดำเนินงาน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อน ในพื้นที่ อำเภอนาอุดม จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2563

ประเด็น	รายละเอียด	มติ
1. พัฒนาศักยภาพ	- อบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ (โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายบุคลากร บุคลากรบรรจุใหม่ ไม่เคยพบผู้ป่วยโรคเรื้อน ไม่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน - อบรมให้ความรู้กับแกนนำอาสาสมัครในชุมชน ให้มีบทบาทในการคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ผู้สัมผัสโรคในชุมชน และผู้ที่มีอาการสงสัย เช่น ผู้ที่มีอาการของโรคผิวหนังเรื้อรัง	- ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขแกนนำ อาสาสมัครในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นโรคที่ยังเป็นปัญหาตามบริบทในพื้นที่ ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อน
2. การค้นหาเชิงรุก (กลุ่มเสี่ยง)	- จากการลงพื้นที่คัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน และผู้สัมผัสในชุมชน พบว่ายังมีประเด็นเรื่องการปกปิดผู้ป่วยโรคเรื้อนบางรายยังไม่เปิดเผยตัว ไม่บอกให้ญาติรู้ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อน - ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในหมู่บ้านที่เคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดการรังเกียจในชุมชน	- ควรมีกิจกรรมที่สร้างความเข้าใจ ลดประเด็นการรังเกียจในชุมชน (Stigma) เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับอาสาสมัครและประชาชนในพื้นที่ ประชาคมในหมู่บ้านที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อน
3. การประเมินผล	- การคืนข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนให้กินยารักษาต่อเนื่อง ครบถ้วน และจัดทำทะเบียนผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ผู้สัมผัสในชุมชน ให้ได้ตามเกณฑ์ - การส่งต่อข้อมูลผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยได้รวดเร็ว ลดความล่าช้า ป้องกันความพิการ - เนื่องจากสถานการณ์ความชุกของโรคที่ต่ำลง ทำให้โรคลดความสำคัญ ไม่เป็นตัวชี้วัด ทำให้ไม่มีแผนงาน โครงการและงบประมาณการดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่	- การหาแหล่งงบประมาณ ในการดำเนินกิจกรรมควบคุมโรคในพื้นที่ - การบูรณาการการดำเนินงานกับโรคอื่นๆ ที่ยังมีความสำคัญเชิงนโยบาย เช่น โรคฉี่หนู โรคไข้เลือดออก และโรคพยาธิใบไม้ในตับ เป็นต้น - หน่วยงานระดับเขต (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค) และ/หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่ - ควรมีแนวทางการบริหารจัดการระบบข้อมูลในพื้นที่ ให้มีความชัดเจน เช่นการจัดทำแนวทางปฏิบัติในกรณีพบผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน ควรดำเนินการอย่างไร หรือในกรณีพบผู้ป่วยโรคเรื้อน ขึ้นทะเบียนรักษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างไร เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังควบคุมโรคในพื้นที่

6. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

ประเมินความพึงพอใจของผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคามที่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 15 คน ผลการประเมินความพึงพอใจ รายละเอียด ดังตารางที่ 6

พบว่า กลุ่มเป้าหมาย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุระหว่าง 30-39 ปี ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 40.0 เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการควบคุมโรคเรื้อน ร้อยละ 60.0 รายละเอียด ดังตารางที่ 6.1 และ ตารางที่ 6.2

ตารางที่ 6 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโครงการวิจัยฯ ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2563

ตารางที่ 6.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ตอบ (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	-	
- หญิง	15	100
อายุ		
- อายุ 20 – 29 ปี	3	20
- อายุ 30 – 39 ปี	10	66.7
- อายุ 40 ปีขึ้นไป	2	33.3
สถานภาพสมรส		
- โสด	5	33.3
- สมรส	8	53.3
- หย่าร้าง	2	13.3
การศึกษา		
- พยาบาลวิชาชีพ	6	40.0
- นักวิชาการสาธารณสุข	5	33.3
- เจ้าพนักงานสาธารณสุข	3	20.0
- อื่น ๆ ระบุ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	1	6.7
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
- ระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-3 ปี	4	26.7
- ระยะเวลาปฏิบัติงาน 4-6 ปี	3	20.0
- ระยะเวลาปฏิบัติงาน 7-9 ปี	2	13.3
- ระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี	6	40.0
การผ่านการอบรมเกี่ยวกับการควบคุมโรคเรื้อน		
- เคย	9	60.0
- ไม่เคย	6	40.0

ตารางที่ 6.2 ความพึงพอใจต่อโครงการวิจัยฯ

ตารางสรุปร้อยละและค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจของบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลนูนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอนาคู จังหวัดมหาสารคาม ต่อโครงการวิจัยฯ จำแนกตามประเด็นคำถาม

ประเด็นความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
ด้านความรู้จากการอบรม			
1. หัวข้อและเนื้อหาของการบรรยายมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการอบรม	4.40	0.507	มากที่สุด
การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคที่บ้าน			
2. หัวข้อและเนื้อหาของการบรรยายมีความเหมาะสมต่อการพัฒนาความรู้และทักษะ	4.40	0.507	มากที่สุด
การดำเนินงานของท่าน			
3. เนื้อหาทำให้ท่านได้เรียนรู้การดำเนินงานโรคเรื้อนเพิ่มมากขึ้น	4.53	0.516	มากที่สุด
4. ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้และทักษะการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนราย	4.27	0.594	มากที่สุด
ใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคที่บ้านมีความเหมาะสม			
ค่าเฉลี่ยรวมด้านความรู้จากการอบรม	4.40	0.461	มากที่สุด
ด้านระบบการคัดกรองผู้สัมผัสโรคที่บ้าน			
1. ระบบการคัดกรองเอื้อให้การคัดกรองผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน สะดวก ใช้ง่าย	4.20	0.561	มาก
และสามารถใช้ในการปฏิบัติงานได้			
2. แบบฟอร์มตามระบบคัดกรอง เช่น ทะเบียนผู้สัมผัสโรคที่บ้าน แบบฟอร์มการส่ง	4.20	0.676	มาก
ต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน เป็นต้น ใช้งานได้ง่าย			
3. ระบบคัดกรองมีขั้นตอนที่เอื้อต่อการส่งต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนจากโรง	4.13	0.834	มาก
พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชน			
4. ระบบคัดกรองช่วยในการจัดการส่งต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนในพื้นที่ของท่าน	4.27	0.594	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวมด้านระบบการคัดกรองผู้สัมผัสโรคที่บ้าน	4.20	0.635	มาก
ด้านระบบการติดตามคัดกรองผู้สัมผัสโรคที่บ้าน			
1. ท่านเห็นด้วยกับการดำเนินงานของผู้ประสานงานโรคเรื้อนในโรงพยาบาล (จุดบำบัด)	4.27	0.594	มากที่สุด
2. ท่านเห็นด้วยกับระบบคัดกรองที่เอื้อต่อการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยมีสถาน	4.33	0.488	มากที่สุด
พยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน			
3. ท่านเห็นด้วยกับกระบวนการดำเนินงานด้วยระบบคัดกรองที่มีผู้ประสานงานโรค	4.27	0.594	มากที่สุด
เรื้อนในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้กำกับให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ			
ตำบล ติดตามให้ผู้สัมผัสโรคที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนมารับการตรวจคัดกรอง			
ตามกำหนด			
4. ท่านเห็นด้วยกับกระบวนการดำเนินงานด้วยระบบคัดกรองที่ผู้ปฏิบัติงานที่	4.13	0.640	มาก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ติดตามให้ผู้สัมผัสโรคที่บ้านของผู้ป่วย			
โรคเรื้อนมารับการตรวจคัดกรองตามกำหนด			
ค่าเฉลี่ยรวมด้านระบบการติดตามคัดกรองผู้สัมผัสโรคที่บ้าน	4.25	0.472	มากที่สุด
ด้านระบบการติดตามการดำเนินงาน			
ระยะเวลาในการประชุมติดตามงาน และการแก้ไขปัญหา อุปสรรคในระหว่างการ	4.20	0.676	มาก
ดำเนินงาน มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย			
ค่าเฉลี่ยรวมด้านระบบการติดตามการดำเนินงาน	4.20	0.676	มาก

การอภิปรายผล

รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ภายใต้สภาวะความซุกต่ำ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยอมรับและเข้าใจปัญหาการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน เพื่อร่วมกันวางแผนการดำเนินงานควบคุมโรคตามบริบทของพื้นที่ 2) พัฒนาแผนการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ฯ จากสภาพปัญหาที่ร่วมกันวิเคราะห์โดยมีแผนในการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่ 5 แผน ได้แก่ 1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการควบคุมโรคเรื้อน 2. การค้นหาเชิงรุก (กลุ่มเสี่ยง) 3. พัฒนาศักยภาพให้ความรู้ด้านโรคเรื้อนกับแกนนำ อาสาสมัครชุมชน 4. พัฒนาศักยภาพ ให้ความรู้ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ด้านการจัดทำแผน ระบบการส่งต่อข้อมูล 5. กิจกรรมการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค 3) ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ฯ จากกระบวนการดำเนินงานดังกล่าวทำให้เห็นการพัฒนาที่เกิดจากการรับรู้สภาพปัญหาร่วมกันของหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการควบคุมโรคที่ไม่ใช่โรคนโยบายที่เป็นตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงาน แต่ยังเป็นโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ หาแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาร่วมกัน มองหาแหล่งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน และมีการรวบรวมบทบาหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานให้ชัดเจน

การนำรูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านฯ สู่การปฏิบัติ โดยนำแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ซึ่งจากผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า โรคเรื้อนไม่มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการดำเนินงานในพื้นที่ การดำเนินงานระบบการคัดกรอง การส่งต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนยังไม่ชัดเจน การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (สคร. สสจ. รพ. รพ.สต.) มีความล่าช้า บุคลากรสาธารณสุข ยังขาดความรู้ เรื่องโรคเรื้อน ประชาชนไม่ตระหนักและไม่สนใจ เนื่องจากไม่มีอาการรุนแรง ผื่นอาการผิวหนังไม่เจ็บ ไม่คัน และยังพบประเด็นการปกปิด

ไม่เปิดเผยตัว กลัวการถูกรังเกียจ การดำเนินกิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อนไม่ครอบคลุมข้อเสนอแนะตามมาตรการในการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในอำเภอเป้าหมาย ตามหลักเกณฑ์การกำหนดอำเภอเป้าหมายที่เป็นอำเภอที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนลดน้อยลง ความสำคัญของโรคลดลง ทำให้ไม่มีแผนงาน โครงการควบคุมโรคในพื้นที่ สอดคล้องกับผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อน พ.ศ.2558-2563⁽⁴⁾ ที่พบว่าโรคเรื้อนไม่ใช่ปัญหาสำคัญหรือเร่งด่วนเมื่อเทียบกับปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ ในระดับพื้นที่ ดังนั้นจึงไม่ได้มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดและไม่ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม สาเหตุความล่าช้าของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยและญาติ ไม่ทราบอาการเริ่มแรก และญาติผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องไปรับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 10 ปี และยังพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลขาดความรู้และทักษะด้านการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน และสถานบริการสาธารณสุขไม่ได้มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนจากโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษากลับไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบพื้นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยโรคเรื้อน ดังนั้นจึงไม่ได้มีการติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคอย่างจริงจัง ประกอบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนอาศัยอยู่ไม่ทราบขั้นตอนการติดตามตรวจคัดกรองโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัสโรค จึงทำให้กลุ่มผู้สัมผัสโรคที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง และจากการวิเคราะห์สาเหตุยังพบว่าประเด็นของการปกปิด ผู้ป่วยโรคเรื้อนบางรายยังไม่เปิดเผยตัว ไม่บอกให้ญาติรู้ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อน ชุมชนยังไม่เข้าใจ เรื่องโรค ดังนั้นจึงควรมีกิจกรรมที่สร้างความเข้าใจ ลดประเด็นการรังเกียจในชุมชน (Stigma) เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับอาสาสมัครและประชาชนในพื้นที่ ประชาคมในหมู่บ้านที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อน เช่นเดียวกับการศึกษาการติตราของชุมชนและระยะห่างทางสังคมต่อผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนในเขต Chandauli ของประเทศอินเดีย โดย ARANKA V. BALLERING และ

คณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่า ระดับทัศนคติเชิงลบของชุมชนต่อโรคเรื้อนอยู่ในระดับสูงในอำเภอจันทลี ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนหลายด้าน และพบว่าในกลุ่มแม่บ้านมีเพียงร้อยละ 8.1 และร้อยละ 10.5 เท่านั้นที่มีความรู้เกี่ยวกับการแพร่เชื้อและสาเหตุของโรคเรื้อน เช่นเดียวกับการศึกษาการประเมินประสิทธิผลโครงการกำจัดโรคเรื้อนในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 ของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยล่าช้านั้นอาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลัวการถูกรังเกียจจึงหลบซ่อนไม่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่มีอาการเริ่มแรก ผลการประเมินรูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านฯ พบว่าการพัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ควรเน้นการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ จากนั้นพัฒนาแผนงาน/โครงการ ตามสภาพปัญหา เพื่อหาแนวทางการแก้ไขและปรับปรุงให้การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมองหาลู่ทางแหล่งงบประมาณ สนับสนุนในการจัดทำแผนงานโครงการจากหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการนำเสนอข้อมูลสภาพปัญหาการดำเนินงานและข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน การพัฒนาระบบคัดกรองผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน การส่งต่อให้เกิดประสิทธิภาพ การประสานให้เกิดความเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ที่ยังคงมีปัญหาการแพร่เชื้อของโรคเรื้อนตามบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ถูกกำหนดเป็นนโยบายในระดับพื้นที่ การบูรณาการกับโรคอื่นๆ ที่เป็นโรคที่เป็นนโยบายสำคัญในพื้นที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับทราบถึงข้อมูลสถานการณ์ของโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของคนในชุมชน ร่วมกันกับหน่วยงานสาธารณสุขกำหนดให้เป็นโรคที่ยังเป็นปัญหาในพื้นที่ เพื่อให้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลในการจัดการปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่ มุ่งสู่การลดโรคอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมของการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในสถานการณ์ความซุกต่ำ

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินกิจกรรมในการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ควรมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันวางแผนงาน โครงการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลในการจัดการปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่
2. กิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข แกนนำอาสาสมัคร ยังคงมีความจำเป็นต้องมีความต่อเนื่องในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน ผู้สัมผัสโรคเรื้อนและผู้สัมผัสในชุมชน เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังตรวจผู้สัมผัสให้ครบตามเกณฑ์
3. หน่วยงานสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการสื่อสาร สร้างความรอบรู้ เรื่องโรคเรื้อน ให้กับประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความตระหนัก ลดความลำคาญในการเข้าถึงระบบบริการ และลดการรังเกียจในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอนาดูน ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาดูน โรงพยาบาลนาดูน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยนี้ และขอขอบพระคุณ ดร.บุญทากร พรหมภักดี ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ และช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคเรื้อน. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2544.
2. อีระ งามสุด. บทบาทพระมหากษัตริย์ และพระบรมวงศานุวงศ์ ราชวงศ์จักรี ด้านงานโรคเรื้อน ในรอบ 105 ปี ที่ผ่านมา. กรุงเทพฯ: บริษัท มาสเตอร์คีย์ จำกัด; 2555.

3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) ในการป้องกันควบคุมวัณโรค เอ็ดส์ ซิฟิลิส โรคเรื้อนมาลาเรียและโรคพยาธิใบไม้ในตับ [อินเทอร์เน็ต]. 2558[เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://plan.ddc.moph.go.th/meetingplan/index.html>.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์และนโยบายการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนภายใต้สถานะความชุกต่ำสำหรับบุคลากรสาธารณสุขระดับประเทศ เขต จังหวัดและอำเภอ ปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1503120201009045436.pdf>
5. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. การประเมินผลงานควบคุมโรคเรื้อนปี 2558. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค; 2559.
6. ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, พจนา ัญญุกิตติกุล. การประเมินประสิทธิผลโครงการกำจัดโรคเรื้อนในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2561; 25(3): 109-20.
7. Aranka VB, Ruth MH, Mitzi MW, Mohammad AA, Mishra CP, Wim HV. Community stigma and desired social distance towards people affected by leprosy in Chandauli District, India. Leprosy Review 2019; 90(4): 418-32.
8. ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. การประเมินประสิทธิผลโครงการกำจัดโรคเรื้อนภายใต้แผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 5 ปี (พ.ศ.2553-2557) และแผนยุทธศาสตร์โรคเรื้อน 6 ปี (พ.ศ.2558-2563) พ.ศ.2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://rajpracha.ddc.moph.go.th/site/documents/research/Effectiveness%20of%20the%20Leprosy%20Elimination%20Program.pdf>
9. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการวินิจฉัยโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักพิมพ์พระพุทธศาสนา; 2553.
10. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแห่ดนตรีสดของชุมชน จังหวัดขอนแก่น

Factors Related to Alcohol Consumption Control in Community Activities of Live Music Cars in Khon Kaen Province

อิทธิพงษ์ ทองศรีเกตุ ประ.ด. (สังคมวิทยา)

Ittipong Thongsrikate Ph.D (Sociology)

คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

Faculty of Liberal Arts, Maejo University

Received: April 27, 2021

Revised: September 22, 2021

Accepted: September 23, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแห่ดนตรีสดของชุมชน จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอหนองเรือ อำเภอเมือง และอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 420 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับชั้นที่สำเร็จการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน การประกอบอาชีพ ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเครื่องดื่มสุรา เหล้า เบียร์ จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือน ค่านิยม ความเชื่อการจัดกิจกรรมรื่นเริงที่ต้องมีแอลกอฮอล์และดนตรี และค่านิยม ความเชื่อการจัดกิจกรรมรื่นเริงที่ต้องใช้รถแห่ดนตรีสด การขออนุญาตใช้เสียง และการรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแห่ดนตรีสดของชุมชน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนที่ใช้บริการรถแห่ดนตรีสด จังหวัดขอนแก่น ซึ่งอาจพัฒนาเป็นแนวทาง หรือมาตรการที่เข้มงวดในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนที่ใช้บริการรถแห่ดนตรีสดต่อไป

คำสำคัญ: การควบคุม การบริโภคแอลกอฮอล์ รถแห่ดนตรีสด กิจกรรมของชุมชน

Abstract

This descriptive study was conducted to investigate factors related to alcohol consumption control in community activities of live music cars in Khon Kaen province. The subjects were 420 persons live in Nong Reau districts, Muang districts, and NamPong districts, Khon Kaen province. Data were collected by using questionnaire; and analyzed by descriptive statistics, and correlation analysis of factors by Chi-square test. Results showed that: age, marital status, educational attainment, living in the community, occupational, monthly expenses on medical and public health, monthly expenses on alcohol consumption and smoking, a number of family's members, Number of community activities using live music car, values beliefs of alcohol and music activities, values beliefs of live alcohol and music, values beliefs of live music car activities, requesting permission to use sound and legal awareness

were significantly associated with the effect of alcohol consumption control in community activities of live music cars in Khon Kaen province ($p > 0.05$). This study indicated that alcohol consumption control in community activities of live music cars in Khon Kaen province. Similarly study school be develop guideline or a strong policy on alcohol consumption control in community activities of live music cars.

Keywords: Control, Alcohol Consumption, Live Music Car, Community Activity

บทนำ

รถแห่ดนตรีสด (Live Music Car) เป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่สามารถพบเห็นได้ทั่วไปของการจัดกิจกรรมรื่นเริงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือภาคอีสาน เนื่องจากคนภาคอีสานมักจะมีการจัดงานรื่นเริง ตามเทศกาลต่าง ๆ เป็นประจำทุกปี ไม่ว่าจะเป็นงานบวช งานแต่งงาน งานสงกรานต์ เป็นต้น เจ้าภาพจัดงานก็จะมีการเปิดเครื่องเสียง หรือจ้างดนตรีมาสร้างสีสันภายในงานเพื่อสร้างความสนุกสนานรื่นเริงให้กับบรรดาแขกต่าง ๆ ที่เดินทางมาร่วมทำบุญในงาน รถแห่ดนตรีสดเป็นการแสดงดนตรีรูปแบบหนึ่งที่กำลังได้รับความนิยม เนื่องจากรถแห่มีความสะดวกกว่าการตั้งเครื่องเสียงในจุดใดจุดหนึ่ง ทำให้ธุรกิจรถแห่ดนตรีสดได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามสิ่งที่กำลังเป็นคำถามของคนในสังคมเกี่ยวกับปรากฏการณ์รถแห่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือ แหล่งมั่วสุมของวัยรุ่น เนื่องจากการแสดงดนตรีสดรถแห่ เป็นสิ่งดึงดูดไม่ต่างจากเวทีลำซิ่ง ทำให้วัยรุ่นมารวมขบวนแห่เป็นจำนวนมาก มีโอกาสเกิดเหตุกระแทกกระทั้นและเข้าถึงการดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย⁽²⁾ ทั้งนี้การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำนำไปสู่ปัญหาสังคมต่าง ๆ โดยเฉพาะความรุนแรง อาชญากรรมและสร้างมูลค่าความสูญเสียต่อสังคมมากมาย มีตั้งแต่ก่อให้เกิดความรำคาญใจ การทำลายทรัพย์สินสาธารณะ ไปจนถึงขั้นการถูกทำร้ายร่างกายและฆาตกรรม⁽³⁾ ขณะเดียวกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูงคิดเป็นปริมาณเอธานอลบริสุทธิ์เท่ากับ 8.3 ลิตร ต่อหัวประชากรต่อปี ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ตามการแบ่งพื้นที่ขององค์การอนามัยโลก⁽⁴⁾

ข้อมูลจากเพจ Facebook ขอนแก่นแดนหมอลำ ซึ่งเป็นเพจที่สร้างขึ้นมาเพื่อประชาสัมพันธ์แจ้งข่าวสารเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมที่ใช้บริการรถแห่ดนตรีสด การแสดงหมอลำ ดนตรีต่าง ๆ ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นพบว่า ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 มีจ้างรถแห่ดนตรีสดสำหรับใช้ในกิจกรรมของชุมชน เช่น งานบุญประเพณีงานบวช นาค งานสมโภชต่าง ๆ เป็นต้น ในแต่ละอำเภอของจังหวัดขอนแก่นมากกว่า 70 งาน ยังไม่นับรวมกับการจ้างหมอลำและดนตรีในลักษณะอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่ารถแห่ดนตรีสดได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในจังหวัดขอนแก่น ขณะที่ในกิจกรรมรถแห่ดนตรีสดที่จัดขึ้นในชุมชน มีทั้งการกิจกรรมที่อยู่ในรูปแบบของคอนเสิร์ตและการแห่ตามงานรื่นเริง ในกรณีของงานรื่นเริง ไม่ว่าจะเป็นงานบวช งานทอดกฐิน งานสมโภช ฯลฯ ส่วนใหญ่จะแห่ไปตามถนนในชุมชนเพื่อไปยังสถานที่ประกอบพิธีกรรม ระหว่างการแห่จะมีการบรรเลงดนตรีสดและมีชาวบ้านรวมถึงเด็กและเยาวชนเข้าร่วมกิจกรรมเป็นจำนวนมาก และมีการบริโภคแอลกอฮอล์ควบคู่กันไปด้วย สอดคล้องกับสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจังหวัดขอนแก่นของศิริภาณี ศรีหาภาค และคณะ⁽⁵⁾ มีความชุกของการบริโภคสุรา ร้อยละ 42.9 อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มสุราคือ 17.4 ปี โอกาสการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงเทศกาลโดยช่วงเทศกาลที่พบมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดในเทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์ และด้านการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่สามารถเดินไปซื้อเครื่องดื่มด้วยตนเอง โดยมีระยะเวลาในการเดินทางไปซื้อสุราโดยเฉลี่ย 6.6 นาที

การควบคุมทางสังคม (Social Control) เป็นแนวคิดหนึ่งที่กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลทำให้สมาชิกในสังคมละเมิดกฎระเบียบหรือบรรทัดฐานทางสังคม ก่อให้เกิดความไร้ระเบียบทางสังคม (Social Disorganization) จึงต้องมีการจัดระบบความสัมพันธ์ทางสังคมใหม่ เพื่อให้สังคมอยู่รอดอย่างมีระบบระเบียบ และกฎระเบียบที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นใหม่ เพื่อกำหนดให้บุคคลดำเนินไปเพื่อความ เป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคมโดยรวม^(6,7)

ดังนั้น การจัดกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่สดของชุมชนของจังหวัดขอนแก่น เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมเข้าถึงการบริโภคแอลกอฮอล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเด็กและเยาวชนที่อาจมีโอกาเข้าถึงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกิจกรรมดังกล่าวได้ง่าย ผู้วิจัย จึงเห็นความสำคัญของการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่สดของชุมชนจังหวัดขอนแก่น ด้วยการค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่สดของชุมชน จังหวัดขอนแก่น สำหรับนำมาใช้เป็นแนวทางในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่สดในพื้นที่หรือชุมชนอื่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่สดของชุมชน จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่สดของชุมชน จังหวัดขอนแก่น มีวิธีการศึกษา ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,802,872 คน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย⁽⁸⁾ คำนวณขนาดและการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Yamane⁽⁹⁾ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน และเพื่อป้องกันการตกหล่นของข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นจำนวน 420 คน การเลือกตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยสุ่มเลือกอำเภอ ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ได้อำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 3 อำเภอ หลังจากนั้นสุ่มเลือกตำบลในแต่ละอำเภอ ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน 3 ตำบล และสุ่มเลือกชุมชนของแต่ละตำบล ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนตำบลละ 2 ชุมชน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในชุมชนที่เป็นพื้นที่ในการวิจัยอย่างน้อย 1 ปี 3) เป็นผู้ที่สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) มีความเต็มใจในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามในแบบสอบถาม มีลักษณะคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม

ส่วนที่ 2 ค่านิยม ความเชื่อเรื่องการบริโภคแอลกอฮอล์และกิจกรรมรถแท็กซี่สด

ส่วนที่ 3 กิจกรรมและการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับรถแท็กซี่สด

ส่วนที่ 4 การรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 5 การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่สดของชุมชน จังหวัดขอนแก่น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ผ่านการตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

เพื่อหาความสอดคล้องของข้อคำถาม และการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่ 1 เท่ากับ 0.947 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.915 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.890 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.955 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่ 5 เท่ากับ 0.947 โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.930

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) และใช้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) อย่างไรก็ตามในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่ของชุมชน จังหวัดขอนแก่น มีปัจจัยบางปัจจัยที่ละเมิดข้อตกลงของการวิเคราะห์ Chi-Square ผู้วิจัยได้ใช้ค่าความสัมพันธ์ที่วิเคราะห์ด้วย Fisher exact test ในการอธิบายความสัมพันธ์แทน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา รหัส HE-RDI-NRRU.048/2563

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่ของชุมชน จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม ค่านิยมความเชื่อเรื่องการบริโภคแอลกอฮอล์และกิจกรรมรถแท็กซี่ที่จัดขึ้นในชุมชน กิจกรรมและการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับรถแท็กซี่ การรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ และการ

ควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่ของชุมชน จังหวัดขอนแก่น

ตัวอย่างในการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.4 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 39.3 มีสถานภาพสมรส เป็นโสด และแต่งงานใกล้เคียงกัน ร้อยละ 44.5 และร้อยละ 40.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.8 รองลงมาสำเร็จการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.2 ตามลำดับ มีระยะเวลาในการอาศัยในชุมชนมาแล้วมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 51.7 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 24.5 และมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 44.8 มีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับค่าอุปโภค/บริโภค อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.9 ค่าใช้ในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับทางการแพทย์และสาธารณสุข อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 76.2 และค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเครื่องดื่มสุรา เหล้า เบียร์ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 73.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครัวเรือน 1-4 คน ร้อยละ 68.8

ค่านิยม ความเชื่อเรื่องการบริโภคแอลกอฮอล์และกิจกรรมรถแท็กซี่ที่จัดขึ้นในชุมชน พบว่า ตัวอย่างในการวิจัยมีค่านิยม ความเชื่อเรื่องการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมรถแท็กซี่ที่จัดขึ้นในชุมชน ใน 3 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ค่านิยม ความเชื่อการจัดกิจกรรมรื่นเริงที่ต้องมีแอลกอฮอล์และดนตรี 2) ค่านิยม ความเชื่อการจัดกิจกรรมรื่นเริงที่เจ้าภาพต้องเป็นผู้จัดเตรียมข้าวปลา อาหาร เครื่องดื่มไว้ต้อนรับ และ 3) ค่านิยม ความเชื่อการจัดกิจกรรมรื่นเริงที่ต้องใช้รถแท็กซี่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.0

กิจกรรมและการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับรถแท็กซี่ในชุมชน ส่วนใหญ่ใช้บริการรถแท็กซี่ในงานบวช ร้อยละ 87.1 รองลงมาใช้ในงานบุญ งานสมโภชงานฉลองประจำปี ร้อยละ 67.9 ตามลำดับ มีการจัดกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่ในชุมชนจำนวน 1-3 ครั้งต่อปี ร้อยละ 71.0 ก่อนการจัดกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่ ทราบว่าต้องมีการดำเนินการขออนุญาตใช้เสียงต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐ ร้อยละ 58.6 และมีประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนที่ใช้บริการรถแท็กซี่

ดนตรีสด ร้อยละ 69.5 ขณะเดียวกันตัวอย่างในการวิจัย มีการรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.8

การควบคุมการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ใน กิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่ของชุมชน จังหวัด ขอนแก่น ตัวอย่างในการวิจัยส่วนใหญ่เห็นว่าการ ควบคุมควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้ บริการรถแท็กซี่ของชุมชน จังหวัดขอนแก่นอยู่ใน ระดับสูง ร้อยละ 85.0

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการ บริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่ของ ชุมชน จังหวัดขอนแก่น มีรายละเอียดของผลการ ศึกษา ดังนี้

ปัจจัยคุณลักษณะข้อมูลทั่วไปทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน การประกอบ อาชีพ ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการแพทย์และ สาธารณสุข ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเครื่องดื่ม สุรา เหล้า เบียร์ และจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันใน ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภค แอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่ของ ชุมชน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยผู้ที่มียุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุ มีการ ควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถ แท็กซี่ของชุมชน จังหวัดขอนแก่นในระดับสูง

ร้อยละ 96.2 ผู้ที่มีสถานภาพสมรส แต่งงาน และหม้าย หย่า แยกกันอยู่ มีการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ใน กิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่ของชุมชน จังหวัด ขอนแก่นในระดับสูง ร้อยละ 92.3 และหากบุคคลนั้นเป็น ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาขึ้นไป อาศัยอยู่ ในชุมชนตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และยังคงเป็นผู้ที่ทำงาน (ประกอบอาชีพ) มีการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่ของชุมชน จังหวัด ขอนแก่นในระดับสูง ร้อยละ 92.0 ร้อยละ 93.1 และ ร้อยละ 89.3 ตามลำดับ ขณะเดียวกันผู้ที่มีค่าใช้จ่ายใน ชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ค่าใช้ จ่ายในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเครื่องดื่มสุรา เหล้า เบียร์ใน ระดับต่ำ มีการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรม ที่ใช้บริการรถแท็กซี่ของชุมชน จังหวัดขอนแก่นใน ระดับสูง ร้อยละ 89.1 และร้อยละ 88.0 ตามลำดับ และ ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันตั้งแต่ 6 คน ขึ้นไป มีการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ ใช้บริการรถแท็กซี่ของชุมชน จังหวัดขอนแก่นใน ระดับสูง ร้อยละ 87.3 (ตารางที่ 1) ส่วนเพศ จำนวนราย ได้ต่อเดือน ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับค่า อุปโภค/บริโภค และการเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชน ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท็กซี่ของชุมชน จังหวัด ขอนแก่น

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมกับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์ต้นตริสต์

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม	การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชน ในกิจกรรมรณรงค์ต้นตริสต์			Pearson Chi-square	df	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง			
เพศ				2.298	2	0.317
ชาย	2 (1.5)	21 (15.3)	114 (83.2)			
หญิง	5 (1.8)	29 (10.2)	249 (88.0)			
อายุ				33.698	4	0.000
18-30 ปี	3 (1.8)	38 (23.0)	124 (75.2)			
31-60 ปี	4(2.7)	8 (5.3)	138 (92.0)			
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	0 (0.0)	4 (3.8)	101 (96.2)			
สถานภาพสมรส				18.389	4	0.000
โสด	3 (1.6)	36 (19.3)	148 (79.1)			
แต่งงาน	4 (2.4)	9 (5.4)	155 (92.3)			
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	0 (0.0)	5 (7.7)	60 (92.3)			
ระดับการศึกษา				12.361	4	0.009
ประถมศึกษา	4 (2.5)	9 (5.5)	150 (92.0)			
มัธยมศึกษา	3 (1.6)	32 (16.6)	158 (81.9)			
สูงกว่ามัธยมศึกษา	0 (0.0)	9 (14.1)	55 (85.9)			
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน				22.307	4	0.016
ต่ำกว่า 10 ปี	1 (8.0)	25 (19.1)	105 (80.2)			
10-30 ปี	2 (2.8)	14 (19.4)	56 (77.8)			
มากกว่า 30 ปีขึ้นไป	4 (1.8)	11 (5.1)	202 (93.1)			
การประกอบอาชีพ				9.383	2	0.009
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (0.7)	27 (18.0)	129(81.3)			
ประกอบอาชีพ	6 (2.2)	23 (8.5)	241 (89.3)			
รายได้ต่อเดือน				7.054	4	0.112
ต่ำกว่า 5,000 บาท	5 (2.7)	19 (10.1)	164 (87.2)			
5,000 – 10,000 บาท	2 (2.2)	16 (17.2)	75 (80.6)			
ตั้งแต่10,000 บาทขึ้นไป	0 (0.0)	15 (10.8)	139 (89.2)			
ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับค่าอุปโภค/บริโภค				1.162	4	0.855
ระดับต่ำ	0 (0.0)	6 (14.0)	37 (86.0)			
ระดับปานกลาง	7 (2.0)	39 (11.3)	298 (86.6)			
ระดับสูง	0 (0.0)	5 (15.2)	28 (84.8)			
ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับทางการแพทย์และสาธารณสุข				9.137	4	0.042
ระดับต่ำ	5 (1.6)	30 (9.4)	285 (89.1)			
ระดับปานกลาง	2 (2.8)	14 (19.4)	56 (77.8)			
ระดับสูง	0 (0.0)	6 (21.4)	22 (78.6)			

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมกับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์ดนตรีสด (ต่อ)

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม	การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชน ในกิจกรรมรณรงค์ดนตรีสด			Pearson Chi-square	df	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง			
ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเครื่องดื่มสุรา เหล้า เบียร์				9.238	4	0.039
ระดับต่ำ	5 (1.6)	32 (10.4)	271 (88.0)			
ระดับปานกลาง	2 (2.8)	7 (9.7)	63 (87.5)			
ระดับสูง	0 (0.0)	11 (27.5)	29 (72.5)			
จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือน				9.408	4	0.035
ต่ำกว่า 4 คน	2 (7.0)	38 (13.1)	249 (86.2)			
4-6 คน	1 (1.5)	8 (11.8)	59 (86.8)			
มากกว่า 6 คนขึ้นไป	4 (6.3)	4 (6.3)	55 (87.3)			
การเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชน				7.922	4	0.076
ระดับต่ำ	0 (0.0)	5 (9.3)	49 (90.7)			
ระดับปานกลาง	4 (2.0)		165 (81.7)			
ระดับสูง	3 (1.8)		149 (90.9)			

ปัจจัยค่านิยม ความเชื่อเรื่องการบริโภคแอลกอฮอล์ และกิจกรรมรณรงค์ดนตรีสด พบว่า ค่านิยม ความเชื่อการจัดกิจกรรมรณรงค์ที่ต้องมีแอลกอฮอล์และดนตรี และค่านิยมค่านิยม ความเชื่อการจัดกิจกรรมรณรงค์ที่ต้องใช้รถแห่ดนตรีสด มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแห่ดนตรีสดของชุมชน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หากคนในชุมชนมีค่านิยม ความเชื่อการจัดกิจกรรมรณรงค์ที่ต้องมีแอลกอฮอล์และดนตรีในระดับต่ำ จะมีการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรม

รณรงค์ดนตรีสดในระดับสูง ร้อยละ 92.8 แต่หากคนในชุมชนมีค่านิยม ความเชื่อการจัดกิจกรรมรณรงค์ที่ต้องใช้รถแห่ดนตรีสดในระดับสูง จะมีการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์ดนตรีสดในระดับสูง ร้อยละ 91.0 (ตารางที่ 2) ส่วนค่านิยม ความเชื่อการจัดกิจกรรมรณรงค์ที่เจ้าภาพต้องเป็นผู้จัดเตรียมข้าวปลาอาหาร เครื่องดื่มไว้ต้อนรับ ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแห่ดนตรีสดของชุมชน จังหวัดขอนแก่น

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยค่านิยม ความเชื่อเรื่องการบริโภคแอลกอฮอล์และกิจกรรมรถแท่นไตร่สต และการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรถแท่นไตร่สต

ปัจจัยค่านิยม ความเชื่อเรื่องการบริโภคแอลกอฮอล์และกิจกรรมรถแท่นไตร่สต	การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรถแท่นไตร่สต จำนวน (ร้อยละ)			Pearson Chi-square	df	p-value
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง			
ค่านิยม ความเชื่อการจัดการจัดกิจกรรมรื่นเริงที่ต้องมีแอลกอฮอล์และดนตรี				14.814	4	0.002
ระดับต่ำ	2 (1.4)	8 (5.8)	128 (92.8)			
ระดับปานกลาง	5 (2.7)	33 (17.7)	148 (79.6)			
ระดับสูง	0 (0.0)	9 (9.4)	87 (90.6)			
ค่านิยม ความเชื่อการจัดการจัดกิจกรรมรื่นเริงที่เจ้าภาพต้องเป็นผู้จัดเตรียมข้าวปลาอาหาร เครื่องดื่มไว้ต้อนรับ				5.283	4	0.225
ระดับต่ำ	1 (2.4)	2 (4.9)	38 (92.7)			
ระดับปานกลาง	3 (2.1)	23 (15.9)	119 (82.1)			
ระดับสูง	3 (1.3)	25 (10.7)	206 (88.0)			
ค่านิยม ความเชื่อการจัดการจัดกิจกรรมรื่นเริงที่ต้องใช้รถแท่นไตร่สต				33.93	4	0.000
ระดับต่ำ	4 (22.2)	1 (5.6)	13 (72.2)			
ระดับปานกลาง	0 (0.0)	26 (23.3)	86 (76.8)			
ระดับสูง	3 (1.0)	23 (7.9)	264 (91.0)			

ปัจจัยการจัดการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับรถแท่นไตร่สตพบว่า การขออนุญาตใช้เสียงในการจัดกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท่นไตร่สตของชุมชน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อสมาชิกในชุมชน หรือผู้ที่จัดกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท่นไตร่สตทราบว่าต้องมีการขออนุญาตใช้เสียงในการจัด

กิจกรรมในระดับสูง ก็จะมีการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรถแท่นไตร่สตในระดับสูง ร้อยละ 94.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ส่วนจำนวนการจัดกิจกรรมของชุมชนที่ใช้บริการรถแท่นไตร่สตในรอบหนึ่งปี และประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมที่ใช้รถแท่นไตร่สตไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรถแท่นไตร่สต

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับรณรงค์และ การควบคุมการบริโภค แอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์

ปัจจัยการจัดกิจกรรมที่ เกี่ยวข้องกับรณรงค์	การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชน ในกิจกรรมรณรงค์			Pearson Chi-square	df	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง			
จำนวนการจัดกิจกรรมของชุมชนที่ใช้บริการรณรงค์ในรอบหนึ่งปี				6.742	6	0.366
1-3 ครั้งต่อปี	4 (1.3)	23 (7.7)	271 (90.0)			
3-6 ครั้งต่อปี	3 (3.3)	16 (17.8)	71 (78.9)			
6-10 ครั้งต่อปี	0 (0.0)	5 (38.5)	8 (61.5)			
มากกว่า 10 ครั้งต่อปี	0 (0.0)	6 (31.6)	13 (68.4)			
การขออนุญาตใช้เสียงในการจัดกิจกรรม				32.693	4	0.001
ทราบ	1 (0.4)	13 (5.3)	232 (94.3)			
ไม่แน่ใจ	2 (2.7)	15 (20.5)	56 (76.7)			
ไม่ทราบ	4 (4.0)	22 (21.8)	75 (74.3)			
ประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมที่ใช้รณรงค์				3.178	4	0.204
ไม่มี	1 (0.8)	20 (15.6)	107 (83.6)			
มี	6 (2.1)	30 (10.3)	256 (87.7)			

ปัจจัยการรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค แอลกอฮอล์พบว่า การรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการ บริโภคแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ความสัมพันธ์กับการ ควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรณ ดงค์ของชุมชน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อสมาชิกในชุมชนได้รับรู้ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับ สูง ก็จะมีการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนใน กิจกรรมรณรงค์ในรณรงค์ในระดับสูง ร้อยละ 92.5 (ตาราง ที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยการรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์และการควบคุม การบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์

ปัจจัยการรับรู้กฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับการบริโภค แอลกอฮอล์	การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชน ในกิจกรรมรณรงค์ไตรสัปดาห์			Pearson Chi-square	df	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)					
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง			
การรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์				61.995	4	0.000
ระดับต่ำ	4 (20.0)	8 (40.0)	8 (40.0)			
ระดับปานกลาง	3 (2.8)	25 (23.4)	79 (73.8)			
ระดับสูง	0 (0.0)	17 (5.8)	276 (94.2)			

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดขอนแก่น มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ดังนี้

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม พบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่สามารถควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดขอนแก่น ได้มากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้นจึงต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายที่อาจเกิดขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา⁽¹⁰⁾ พบว่า การคิดถึงผลเสียของการดื่มสุราอยู่เสมอมจะทำให้มีการบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณที่ลดลง ผู้ที่มีสถานภาพสมรสแบบแต่งงาน และผู้ที่สถานภาพสมรสแบบหย่า แยกกันอยู่ มีการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูง ในส่วนระดับการศึกษา ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาและสูงกว่าระดับประถมศึกษาขึ้นไปมีการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าการศึกษาน่าจะมีส่วนทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี 2560 พบว่า ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่าดื่มสุรามากที่สุด (ร้อยละ 48.73)⁽¹¹⁾ ขณะเดียวกันงานวิจัยของ Chansaeng et al.⁽¹²⁾ ก็กล่าวถึงในประเด็นนี้ว่า ครูผู้สอนในโรงเรียน/สถาบันการศึกษาควรสอดแทรกค่านิยมรวมทั้งทัศนคติการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างถูกต้อง ตลอดจนการสร้างค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นเวลานานมีการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูง ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตในประเด็นนี้ว่าผู้ที่อาศัยอยู่ใน

ชุมชนมาเป็นเวลานานอาจเกิดความตระหนัก หรือมีความต้องการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งเป็นบุตรหลาน ในชุมชนของตนเองงดเว้นการบริโภคแอลกอฮอล์ การประกอบอาชีพ ผู้ที่ยังคงทำงาน หรือประกอบอาชีพ มีการควบคุมในการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูง พร้อมกันนั้นหากมีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับเครื่องดื่มสุรา เหล้า เบียร์ที่อยู่ในระดับต่ำก็จะมีผลควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของพญา จิวพัฒน์กุล และธนัชฐา สมัย⁽¹³⁾ พบว่า ครอบครัวต้องลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ลง เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก และผู้ที่มีสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 6 คนขึ้นไป มีการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูง

ปัจจัยค่านิยม ความเชื่อเรื่องการบริโภคแอลกอฮอล์ และกิจกรรมรณรงค์งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ค่านิยม ความเชื่อการจัดกิจกรรมรื่นเริงที่ต้องมีแอลกอฮอล์และดนตรี และค่านิยม ความเชื่อการจัดกิจกรรมรื่นเริงที่ต้องใช้รดแห่ดนตรีสด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัดขอนแก่น ทั้งนี้หากสมาชิกในชุมชนให้ความสำคัญกับค่านิยม ความเชื่อการจัดกิจกรรมรื่นเริงที่ต้องมีแอลกอฮอล์และการจัดกิจกรรมรื่นเริงที่ต้องใช้รดแห่ดนตรีสดในทางที่เหมาะสม อาจเป็นแนวทางหนึ่งที่ชุมชนสามารถนำมาเป็นกฎ กติกา ควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรณรงค์งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ สอดคล้องกับแนวคิดการควบคุมทางสังคม (Social Control)^(7,8) ในรูปแบบการควบคุมผ่านศีลธรรม (Control through Morals) ที่สมาชิกในชุมชนรับรู้ว่าความคิด ความเชื่อแบบไหนถูกแบบไหนผิด ขณะเดียวกันก็ สอดคล้องกับงานวิจัยของชุดิมา บุญกลาง⁽¹⁴⁾ พบว่า ค่านิยมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูง และอีกสาเหตุหนึ่งนั่นคือ และมีการปฏิบัติตามกฎหมายอยู่ในระดับต่ำ

ปัจจัยการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับรถแท่นตรัสสดพบว่า การขออนุญาตใช้เสียงในกิจกรรมรถแท่นตรัสสดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรถแท่นตรัสสด จังหวัดขอนแก่น แสดงให้เห็นว่าเมื่อสมาชิกในชุมชนทราบว่ามีการจัดกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท่นตรัสสดต้องดำเนินการขออนุญาตใช้เสียงกับเจ้าหน้าที่ และการขออนุญาตใช้เสียงนั้นอาจต้องดำเนินการในส่วนอื่นๆเพิ่มเติม เช่น การขอเจ้าหน้าที่ตำรวจ การประสานงานผู้นำชุมชน เป็นต้น เพื่อดูแลความสงบเรียบร้อยในการดำเนินงาน และเมื่อมีการขออนุญาตใช้เสียงตามกฎหมายและมีเจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้นำชุมชนมาร่วมในกิจกรรม การควบคุมให้งานหรือกิจกรรมนั้นดำเนินเป็นไปด้วยความเรียบร้อยได้ตลอดจนอาจช่วยควบคุมให้ผู้ที่มีส่วนร่วมกิจกรรมปฏิบัติตามข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สอดคล้องกับงานวิจัยของวัชรพงศ์ รติสุขพิมล⁽¹⁵⁾ พบว่า การรณรงค์สาธารณะ เป็นมาตรการทางสังคมอย่างหนึ่งซึ่งช่วยสนับสนุนกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์ของประเทศไทย

ปัจจัยและการรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์พบว่า การรับรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรถแท่นตรัสสด จังหวัดขอนแก่น แสดงให้เห็นว่าหากสมาชิกในชุมชนรับทราบข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์สามารถช่วยลด หรือช่วยควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่จัดขึ้นชุมชนโดยใช้บริการรถแท่นตรัสสดได้สอดคล้องกับงานวิจัยของมารีสา อินทรเกิดและประสพชัย พสุนนท์⁽¹⁶⁾ พบว่า การรับรู้กฎหมายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับมาตรการกฎหมายในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงานวิจัยของศิริณี ศรีหาภาคและคณะ⁽⁵⁾ พบว่า การรณรงค์เพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ต้องมีการดำเนินการควบคู่กับการบังคับใช้กฎหมายเพื่อช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้สะดวกและลดโอกาสการเข้าถึงสุราในช่วงประเพณี ขณะ

เดียวกันเป็นที่น่าสนใจที่ว่า แม้ว่าการรับรู้กฎหมายช่วยให้สมาชิกในชุมชนเกิดความตระหนักในการบริโภคแอลกอฮอล์ช่วยความยับยั้งในการแสดงออกพฤติกรรมบางอย่าง แต่บางส่วนก็ยังคงยังบริโภคแอลกอฮอล์แบบผิดกฎหมาย ในประเด็นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pakchokdee⁽¹⁷⁾ พบว่า การบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เห็นชัดเจนว่าคนส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น แต่บางส่วนยังขาดการตระหนักและไม่ทำตามกฎหมาย และงานวิจัยของอานนท์ ตั้งพิทักษ์ไกร และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า การบังคับใช้กฎหมายในชุมชนเป็นเรื่องละเอียดอ่อน เนื่องจากในชุมชนส่วนใหญ่มีความผูกพันกันผ่านระบบเครือญาติ วิธีการหนึ่งที่สามารถปฏิบัติได้นั้นคือการสร้างความเข้าใจอย่างต่อเนื่องให้กับคนในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรถแท่นตรัสสด จังหวัดขอนแก่น มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ของชุมชนในกิจกรรมรถแท่นตรัสสด เพื่อให้เกิดเป็นรูปธรรมในการปฏิบัติสำหรับควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ในกิจกรรมที่ใช้บริการรถแท่นตรัสสดของชุมชน จังหวัดขอนแก่น อาจพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์บางปัจจัยที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทสภาพแวดล้อมของชุมชน เช่น หากสมาชิกในชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานท้องถิ่นในชุมชนควรมีการสร้างความรู้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการส่งเสริมประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับข้อกฎหมายเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อทุกรูปแบบ เพื่อให้เกิดความตระหนักในพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคแอลกอฮอล์ทั้งของตนเองและส่วนรวม อันจะนำไปสู่การไม่มีพฤติกรรม หรือช่วยยับยั้งการกระทำที่ผิดกฎหมาย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านในการวิจัย และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ที่เป็นผู้ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2563

เอกสารอ้างอิง

1. คมชัดลึก. รถแท็กซี่โดนไล่จี้บนถนน รถมอเตอร์ไซด์จี้ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.komchadluek.com/news/ent/417704>.
2. Bottomline. รถแท็กซี่โดนไล่จี้บนถนน รถมอเตอร์ไซด์จี้ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://bottomlineis.co/Entertainment/Live_Music_Car_Effect
3. อรทัย วลีวงศ์. แอลกอฮอล์ กับปัญหาอาชญากรรม ความรุนแรง ความสงบเรียบร้อย และความปลอดภัยของสังคม (ร่าง 9 พฤษภาคม 2559) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: cas.or.th/wp-content/uploads/2016/05/alh_social_safety_20160512.pdf
4. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
5. ศิราณี ศรีหาภาค, ไพฑูรย์ พรหมเทศ, สุพิศตรา พรหมกุล, แสงดาว จันทรรดา, นันทิพย์ ไพคำนาม, เสกสรรค์ ศรีหาภาค. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการรับรู้นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2563; 14(35): 362-73.
6. สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการควบคุมทางสังคม: มิติทางสังคมวิทยาในกระบวนการยุติธรรมชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2550; 24(1): 18-32.
7. พัทธยา สายหู. กลไกของสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
8. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. รายงานสถิติจำนวนประชากรและบ้าน พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.stat.bora.dopa.go.th>
9. Yamane T. Statistics an Introductory Analysis, 2nd ED. New York: Harper and Row; 1967.
10. เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา. ความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยสูบบุหรี่ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2556; 27 (1): 1-15.
11. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ.2560/บรรณาธิการ สาวิตรี อังษณางค์กรชัย พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์(1992); 2562.
12. Chansaeng S, Kettrat K, Nan-udon R, Komolmalai W, Soonthorn S, Sutheepasert T. Factors related to alcohol consumption behavior among secondary school male in Nonthaburi Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2018; 6(2): 197-213.
13. ยุพา จิวพัฒนกุล, ธนิษฐา สมัย. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของครอบครัวไทย. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(2): 305-11.
14. ชุติมา บุญกลาง. การศึกษาการดำเนินยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ในจังหวัดอำนาจเจริญ และศรีสะเกษ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2561; 7(2): 136-44.

15. วัชรพงศ์ รัตติสุขพิมล. รณรงคังตเหล่าเข้าพรรษาจากการรับรู้สู่นักดื่มที่ลดลงใน: กรรณจริยา สุขรุ่ง, ปิยะนาถ ประยูร, หนูเพียร แสนอินทร์ บรรณาธิการ. เรื่องเหล้าก้าวสับงานวิจัยเด่นรอบทศวรรษแห่งการเรียนรู้และการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อลดปัญหาแอลกอฮอล์ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลาคม; 2557.
16. มาริสา อินทรเกิด, ประสพชัย พสุนนท์. การยอมรับมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ของนักศึกษาคณะบริการธุรกิจมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารธุรกิจปริทัศน์ 2560; 9(2): 7-20.
17. Pakchokdee S. 7 Years and 13 Million People Voices Pushing the Nam Mao Act [Internet]. [Cited 10 August 2016]. Available from: <http://www.thaiantialcohol.com/newsletters/view>
18. อานนท์ ตั้งพิทักษ์ไกร, ศรณรงค์ ปล่องทอง, รพีภัทร ศรีไกรภักดิ์, พชรินทร์ ธนฤทธิไพศาล. ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานมหรสพบันเทิงที่มีต่อพฤติกรรมของเยาวชน จังหวัดศรีสะเกษ. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.

ความรู้ และการปฏิบัติตัวของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อการป้องกันโรคโควิด 19 จังหวัดกาฬสินธุ์

Knowledge and Practice of Village Health Volunteers towards COVID-19 Prevention, Kalasin Province, Thailand

สุวัฒนา อ่อนประสงค์ ส.ม. (ชีวสถิติ)*

Suwattana Onprasonk M.P.H. (Biostatistic)

กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ ประ.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)*

Kannika Trinnawoottipong Ph.D. (Public Health)

พิทักษ์ กาญจนาศรม วท.ม. (การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม)**

Pitak Kanjanasorn M.Sc. (Environmental Administration and Management)

คณยศ ชัยอาจ ส.ม. (วิทยาการระบาด)*

Kanayod Chaiarch M.P.H. (Epidemiology)

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

The Office of Disease Prevention and Control 7, Khon Kaen

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

Kalasin Provincial Public Health Office

Received: September 16, 2020

Revised: June 16, 2021

Accepted: September 22, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ การปฏิบัติตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรค โควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และศึกษาแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค โควิด 19 ในชุมชน เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสม (Mixed Method Research) โดยวิจัยเชิงปริมาณ และวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม. จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยสุ่ม อสม. แบบง่าย ในการตอบแบบสอบถาม และคัดเลือกแบบเจาะจงเพื่อสัมภาษณ์เชิงคุณภาพแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหาในข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า อสม.จำนวน 900 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 83.33 อายุเฉลี่ย 49.77 ปี (S.D.=9.10) มาตรการที่คิดว่ามีผลต่อการลดโรคมากที่สุด คือการอยู่ บ้าน ร้อยละ 62.56 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 98.56 (Mean = 11.20 S.D. = 0.62) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทุกครั้ง ตั้งแต่ ร้อยละ 79.90 ขึ้นไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของ อสม. มีความรอบรู้ระดับดี ร้อยละ 100 ผลการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 จำนวน 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่บ้านที่มีผู้ติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อ ผลการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม พบว่า อสม. มีการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค โควิด 19 ในชุมชนตามมาตรการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และดำเนินการร่วมกับ เครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการระดมทรัพยากรเพื่อป้องกันควบคุมโรค การตรวจเยี่ยม และการเสริมพลัง ผู้ติดเชื้อ

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โควิด-19

Abstract

The research aimed to study the behavior and health literacy in the prevention of COVID-19 of Public Health Volunteers and to study the operation to surveillance, prevention and control of disease in the community. This study was a Mixed Method Research by quantitative and qualitative research. The population was Public

Health Volunteers in Kalasin province, selected by simple random sampling for questionnaires and purposive sampling for focus groups. Data were analyzed using descriptive statistics and analyze the qualitative data. The results showed that 900 Public Health Volunteers, mostly female 83.33%, average age 49.77 years (S.D.=9.10). The preventive rule of stay at home that effected on reducing the disease was 62.56%. The level of knowledge of COVID-19 was most of the high level 98.56 (Mean = 11.20 S.D.= 0.62). Practice for the prevention of COVID-19 had collected behavior more than 79.90%. Health literacy of COVID-19 had good level, 100%. The results of focus group showed that surveillance, prevention and control of disease in the community were rule of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health, and working with networks of all sectors involved in mobilizing resources for disease prevention and control, visit and empowerment to the infector.

Keywords: Village Health Volunteers, COVID-19

บทนำ

โรคโควิด 19 คือโรคติดต่อซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในคนก่อให้เกิดอาการป่วยของระบบทางเดินหายใจ และแพร่เชื้อสู่คนได้โดยเชื้อไวรัสนี้พบครั้งแรกในเมื่ออู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อ 31 ธันวาคม 2019 จีนได้ยืนยันว่าเกิดการระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ แต่ยังไม่ทราบสาเหตุของโรค สันนิษฐานว่าเกิดจากค้างคาวแพร่เชื้อโรคสู่คนที่ตลาดค้าสัตว์ป่าเมืองอู่ฮั่น องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศตั้งชื่อเรียกอย่างเป็นทางการของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ว่า COVID-19 ตั้งแต่วันที่ 31 ธันวาคม 2562-วันที่ 11 มกราคม 2563 จีนรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น 53 ราย เสียชีวิต 1 ราย มีอาการป่วยรุนแรงรักษาในโรงพยาบาลหลายราย และมีผู้สัมผัสใกล้ชิดที่ต้องติดตาม 739 ราย วันที่ 20 มกราคม 2563 มีการแพร่ระบาดไปยังเมืองสำคัญของจีน เช่น กรุงปักกิ่ง และเซี่ยงไฮ้ WHO ประกาศว่าเป็นการระบาดครั้งใหญ่ (pandemic) มีอัตราการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว และติดต่อกันได้ง่าย จึงสามารถแพร่ระบาดไปทั่วโลก ที่ส่งผลกระทบรุนแรงและกว้างขวางทั้งต่อสุขภาพและชีวิตไปทั่วทุกภูมิภาคของโลก⁽¹⁾ สถานการณ์มีความรุนแรงมากขึ้น พบว่า ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2563 มีผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันทั่วโลก 8.3 ล้านราย มีอาการรุนแรง 54,635 ราย เสียชีวิต 446,461 ราย โดยประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 10 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา บราซิล รัสเซีย อินเดีย สหราชอาณาจักร สเปน อิตาลี เปรู อิหร่าน และ

เยอรมนี ส่วนประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน 3,135 ราย เสียชีวิต 58 ราย⁽²⁾ สถานการณ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อมูล ณ วันที่ 17 มิถุนายน 2563 พบว่า ผู้ต้องตรวจหาเชื้อ จำนวน 288 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation: PUI) จำนวน 226 ราย ค้นหาเชิงรุก 59 ราย ผลตรวจพบติดเชื้อ 3 ราย

ประเทศไทย เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินหรือ ศูนย์EOC ในวันที่ 4 มกราคม 2563 โดยคัดกรองนักท่องเที่ยวจีนที่เข้ามาประเทศไทยในวันที่ 13 มกราคม 2563 พบผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 รายแรกในประเทศไทยและเป็นรายแรกนอกประเทศจีน วันที่ 15 มกราคม 2563 พบผู้ป่วยยืนยันที่เป็นคนไทยรายแรก โดยเดินทางกลับจากประเทศจีน วันที่ 30 มกราคม 2563 พบผู้ป่วยยืนยันในประเทศไทยเป็นรายแรกที่ไม่ใช่ประวัติเดินทางไปในพื้นที่ระบาด โดยเป็นคนมีอาชีพขับรถแท็กซี่และมีประวัติรับนักท่องเที่ยวต่างประเทศ วันที่ 1 มีนาคม 2563 มีผู้เสียชีวิตรายแรกในไทย สถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด 19 เริ่มทวีความรุนแรงเมื่อพบว่ามีการแพร่ระบาดกลุ่มใหญ่จากสนามมวยลุมพินีและจากคนไทยที่กลับจากการปฏิบัติกิจทางศาสนาในประเทศมาเลเซีย และอินโดนีเซีย ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อแพร่กระจายไปทั่วประเทศ รัฐบาลไทยจึงตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 (ศบค.)⁽³⁾ เพื่อสื่อสารกับประชาชน และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทั่วราชอาณาจักร ตามพระราช

กำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน ห้ามประชาชนเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดโรคโควิด 19 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563⁽⁴⁾ มีการรณรงค์เพื่อเป็นแนวทางการป้องกัน ได้แก่ “กินร้อน ช้อนส่วนตัว หมั่นล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย” หรือ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” งดการเดินทางเข้าราชอาณาจักร งดหรือชะลอการเคลื่อนย้ายข้ามจังหวัด กำหนดพื้นที่เสี่ยงห้ามคนเข้าออก จัดพื้นที่ควบคุมโรค (State Quarantine and Local Quarantine) เพื่อกักตัวผู้มีปัจจัยเสี่ยงไว้ออกอาการ 14 วัน การรักษา ระยะห่างของคนในสังคม (Social Distancing and Physical Distancing) และยกเลิกจัดงานที่มีคนรวมกันจำนวนมาก พร้อมทั้งค้นหาหรือคัดกรองระดับอำเภอ และหมู่บ้าน จัดทำฐานข้อมูลผู้ที่ป่วยหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโควิด 19 หรือผู้สัมผัสโรค

จากสถานการณ์ความรุนแรงดังกล่าว จำเป็นที่ต้องมีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในชุมชน อสม. เป็นบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนโดยมีบทบาทการดำเนินการเชิงรุก 4 การกิจ คือ 1) เฝ้าระวังบ้านเพื่อแจ้งข่าว และให้ความรู้คำแนะนำแก่ประชาชน 2) ทำการคัดกรองกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง 3) นำกลุ่มเสี่ยงส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน 4) ติดตามเยี่ยมรายงานผล⁽⁵⁾ ซึ่ง อสม. ต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เพื่อนำไปปฏิบัติตนอย่างถูกต้องให้ปลอดภัยจากโรคโควิด 19 นอกจากนั้นต้องสามารถแนะนำแนวทางการดูแลสุขภาพให้ ความรู้กับชุมชน เฝ้าระวังการระบาดของโรค อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยต้องการทราบว่า อสม. มีความรู้ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการระบาดของโรค มากน้อยเพียงใด และมีการดำเนินการตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในชุมชนอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมศักยภาพให้กับ อสม.ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ และการปฏิบัติตัว ของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันโรคโควิด 19

2. เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-section descriptive study) ระบุพื้นที่และระยะเวลาในการศึกษา ซึ่งจะสำคัญต่อการอธิบายผล

การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นวิธีการรวบรวมข้อมูลหรือไม่

การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1) อาสาสมัครสาธารณสุขที่อาศัยในจังหวัดกาฬสินธุ์

2) อสม. ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 อาศัยอยู่ และ อสม. ในหมู่บ้านที่ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่าง สามารถคำนวณได้ตามสูตรของ Cochran, W. G.⁽⁶⁾ ดังนี้

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

เมื่อ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

P คือ สัดส่วนการใส่หน้ากากอนามัย ร้อยละ 92.0

Z คือ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เท่ากับ 1.96 (ความเชื่อมั่น 95 %)

d คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 0.01

DEF คือ ค่า Design Effect= 2⁽⁷⁾

$$n = \frac{(0.92)(1-0.92)(1.96)^2}{(0.01)^2} \times 2$$

$$= 622$$

ดำเนินการ 18 อำเภอ ขนาดตัวอย่าง = 622/18 = 34.56 คน

สรุปทำการศึกษา 50 คน/อำเภอ รวมทั้งหมด 900 คน

การสุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 สุ่ม อสม. ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 50 คน/อำเภอ เพื่อตอบแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันโรคโควิด 19

กลุ่มที่ 2 เลือกหมู่บ้าน 2 แห่ง แบบเจาะจง (Purposive sampling) หมู่บ้านที่มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ยืนยันอาศัยอยู่ 1 แห่ง และหมู่บ้านที่ไม่มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ยืนยันอาศัยอยู่ 1 แห่ง เพื่อสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ แบบสนทนากลุ่ม (Focus group) เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค โควิด 19 ในชุมชน โดยกำหนด อสม. จำนวน 10 คนต่อหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันโรคโควิด 19 พัฒนารูปแบบจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^(8,9) โดยแบ่งเป็นเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และมาตรการที่คิดว่ามีผลต่อการลดโรคมากที่สุด

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 จำนวน 12 ข้อ คำถามที่ตอบถูกต้อง 1 คะแนน ช่วงคะแนน 0-12 คะแนน

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดโรค COVID-19 จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วน (Likert scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง ทุกครั้ง ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าเท่ากับ 0.68 และนำแบบสอบถามที่ได้แก้ไขไปทดลองใช้กับอสม. ที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 หาค่าความเชื่อมั่น (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.74

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเชิงคุณภาพ ด้วยเครื่องมือแบบมีโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เกณฑ์การแปลผลความรู้ และความรอบรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60-79 และ ระดับต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตีความหมายเรียบเรียงเป็นร้อยแก้ว และสรุปประเด็นแยกเป็นหมวดหมู่

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 900 คน เพศหญิง ร้อยละ 83.33 อายุเฉลี่ย 49.77 ปี (S.D.=9.10) ระดับการศึกษาจบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 44.67 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.43 ส่วนใหญ่ไม่เป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 74.67 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	150	16.67
หญิง	750	83.33
2. อายุ		
Mean (S.D.)	49.77	9.10
Min, Max	20	74
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	211	23.44
มัธยมศึกษาตอนต้น	169	18.78
มัธยมศึกษาตอนปลาย	402	44.67
ปวช./ปวส.	70	7.78
ปริญญาตรี	46	5.11
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.21
4. อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	72	8.00
รับจ้าง	74	8.19
เกษตรกร	633	70.43
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/แม่ค้า/พ่อค้า	97	10.96
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	17	1.81
ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	7	0.74
5. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	672	74.67
โรคเบาหวาน	80	8.89
โรคความดันโลหิตสูง	71	7.89
โรคอื่นๆ	77	8.55

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 98.56 (Mean = 11.20 S.D. = 0.62) พิจารณารายข้อ พบว่า ขาดความรู้ในประเด็นเมื่อมีอาการไอ จาม จะใช้หน้ากากอนามัย

กระดาษทิชชูหรือผ้าเช็ดหน้าปิดปาก จมูก เป็นบางครั้ง ครอบคลุมเพียง ร้อยละ 34.00 รายละเอียด ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19

ที่	คำถาม	ตอบถูก (n=900)	
		จำนวน	ร้อยละ
1.	เมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง ควรสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า	899	99.89
2.	เมื่อมีอาการไอ จาม จะใช้หน้ากากอนามัย กระดาษทิชชูหรือผ้าเช็ดหน้าปิดปาก จมูก เป็นบางครั้ง	306	34.00
3.	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลล้างมือ เป็นการป้องกันการการแพร่ระบาดของโรคโควิด19	885	98.33
4.	หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น	882	98.00
5.	การเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร ช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด19	897	99.67
6.	การกินอาหารร้อน ใช้ช้อนกลางส่วนตัว หรือแยกสำรับอาหาร ช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	896	99.56
7.	การทำความสะอาดเครื่องใช้ต่าง ๆ เช่น โต๊ะทำงาน แวนตา โทรศัพท์ เป็นประจำทุกวัน ช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด19	884	98.22
8.	ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกัน เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำ หลอดดูด ช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด19	884	98.22
9.	การอาบน้ำชำระล้างทันทีเมื่อกลับถึงบ้าน สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด19	888	98.67
10.	การหลีกเลี่ยงเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น งานบุญ งานบวช งานศพ ตลาดนัดโคกระบือ ช่วยลดการติดเชื้อโรคโควิด19	887	98.56
11.	หากมีการเดินทางมาจากต่างประเทศหรือพื้นที่ระบาด จะต้องมีการกักตัวเองที่บ้าน 14 วัน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข	890	98.89
12.	ผู้สูงอายุอายุมากกว่า 70 ปี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ออกนอกบ้านน้อยที่สุดและใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด	883	98.11

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
สูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80)	887	98.56
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	13	1.44
ต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	-	-
Mean = 11.20 S.D. = 0.62 Min = 8 Max = 12		

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทุกครั้ง ตั้งแต่ร้อยละ 79.90 ขึ้นไป แต่มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องไม่เคยเอามือสัมผัสใบหน้า

ตา ปาก จมูก เพียงร้อยละ 9.22 ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกันทุกครั้ง เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำ หลอดดูด ร้อยละ 36.11 ไม่เข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น งานบุญ งานบวช งานศพ ตลาดนัดโคกระบือ ร้อยละ 18.67 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ประเด็น	ความถี่ในการปฏิบัติตัวต่อมาตรการลดโรค			
	ทุกครั้ง	บางครั้ง (4-6 ครั้ง/สัปดาห์)	นาน ๆ ครั้ง (<4 ครั้ง/สัปดาห์)	ไม่เคย
1.ท่านสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน	855 (95.00)	42 (4.67)	1 (0.11)	2 (0.22)
2.ท่านใช้หน้ากากอนามัย กระดาษทิชชูหรือผ้าเช็ดหน้าปิดปาก จมูก เมื่อมีอาการไอ จาม	782 (86.89)	102 (11.33)	7 (0.78)	9 (1.00)
3.ท่านล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลล้างมือ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด19	827 (91.89)	69 (7.67)	3 (0.33)	1 (0.11)
4.ท่านเคยเอามือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก	293 (32.56)	334 (37.11)	190 (21.11)	83 (9.22)
5.ท่านเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร	758 (84.22)	132 (14.67)	9 (1.00)	1 (0.11)
6.ท่านกินอาหารร้อน ใช้ช้อนกลางส่วนตัว หรือแยกสำรับอาหาร	780 (82.56)	146 (16.22)	9 (1.00)	2 (0.22)
7.ท่านทำความสะอาดเครื่องใช้ต่าง ๆ เช่น โต๊ะทำงาน แวนตา โทรศัพท์ เป็นประจำ ทุกวัน	718 (79.78)	156 (17.33)	25 (2.89)	1 (0.11)
8.ท่านใช้ช่องใช้ส่วนตัวร่วมกัน เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำ หลอดดูด	325 (36.11)	70 (7.78)	122 (13.56)	383 (42.56)
9.ท่านอาบน้ำชำระล้างทันทีเมื่อกลับถึงบ้าน	780 (86.67)	102 (11.33)	16 (1.78)	2 (0.22)
10. ท่านเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น งานบุญ งานบวช งานศพ ตลาดนัดโคกระบือ	262 (29.11)	165 (18.33)	305 (33.89)	168 (18.67)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชน

ผลการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค COVID-19 จำนวน 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่บ้านที่มีผู้ติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อ ผลการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม พบว่า มีการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนเหมือนกัน มีรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมที่คนในชุมชนรวมกันในพื้นที่ เช่น ตลาดนัด ตลาดนัดโคกระบือ งานศพ โดย อสม.ดำเนินการจัดระเบียบการเข้าออก Scan วัตถุอันตราย มีระบบลงทะเบียนชื่อที่อยู่เบอร์โทรศัพท์ มาตรการใส่ Mask งานศพมีการจัดที่นั่งผู้เข้าร่วมงาน จัดอาหารเป็นชุดให้กลับบ้าน จัดการทอดผ้าเพียง 1-2 คน จัดระเบียบการวางดอกไม้จันทน์เดินห่างกัน และเดินเส้นทางเดียว โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ที่หมู่บ้านจะมีตลาดนัดโคกระบือเดือนที่แล้วมีการจัด อสม. 3-4 คน ไปวัดใช้ ก๊ับจัดซื้อและเบอร์โทรศัพท์” (ญ-1-1)

“ที่ตลาดสดจะจัด อสม. ไปวันละ 2 คน ฝ่าประตูเข้าเพื่อวัดไข้ จดชื่อและเบอร์โทรศัพท์” (ญ-2-1)

“เดือนที่แล้วมีคนตายในหมู่บ้าน ก่อจัด อสม. ไปงานทุกวัด จัดงาน 3 วัน ไปจัดเก้าอี้ วัดไข้ กับจดชื่อและเบอร์โทรศัพท์คนไปงาน วัดเผา อสม. ก็ไป” (ช-1-2)

“งานศพ เรา อสม. จะไปแจ้งให้เจ้าบ้านจัดอาหารใส่ถุงให้ผู้มางานเอากลับบ้าน ไม่ให้มานั่งกินที่งาน” (ช-2-2)

2. หน่วยงานที่สนับสนุน Mask เจลล้างมือ และเครื่องวัดอุณหภูมิ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร บริษัทเอกชน และระยะแรกมีเครื่องวัดอุณหภูมิ 1 เครื่องใช้ทั้งตำบล อสม. จึงออกเงินซื้อเครื่องวัดอุณหภูมิเพื่อให้ครบทุกหมู่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ช่วงแรก ๆ มีเครื่องวัดไข้แค่เครื่องเดียว ได้จาก อบต. ใช้เวียนกันแต่ละชุมชน ลำบากมาก” (ช-3-1)

“พวกเราเลยคิดกันว่าออกเงินซื้อเครื่องวัดไข้ดีกว่า จะได้สะดวก ก้อเลยมีกันทุกชุมชน” (ญ-4-1)

“ช่วงแรก ๆ มีเครื่องวัดไข้แค่เครื่องเดียว ใช้เวียนกันแต่ละชุมชน ลำบากมาก” (ช-5-1)

“ตอนนี้มีบริษัทเอกชนเอาผ้าปิดปาก และเจลล้างมือ มาให้” (ญ-4-2)

3. การตั้งด่านโควิดในหมู่บ้านโดยตั้งด่านทางเข้าหมู่บ้าน ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. และกรรมการหมู่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“มีการตั้งด่านทางเข้าหมู่บ้าน โดยจัดเวรให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. และกรรมการหมู่บ้าน อยู่ทุกวัน” (ญ-5-2)

“การตั้งด่านทางเข้าหมู่บ้าน จะเป็นหน้าที่ของส่วนปกครองจัดเวร อยู่ประจำทุกวัน แต่ไม่ได้ให้อสม. เพราะ อสม. ต้องดูแลในหมู่บ้าน” (ญ-6-1)

4. การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่กักตัว 14 วัน มีการดำเนินการ ตั้งด่านที่ทางเข้าหมู่บ้าน เมื่อมีผู้ป่วย/ผู้สงสัยแจ้งผู้ใหญ่บ้านเมื่อมีคนเข้ามาในหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านจะแจ้ง อสม. จนท.รพ.สต. จะมีการแจ้งให้นายอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สถานพยาบาล อสม.ทราบ นำผู้ป่วย/ผู้สงสัยไปที่สถานที่ที่หมู่บ้านจัดไว้เป็น State Quarantine

แนะนำผู้ที่ถูกกักกันในการปฏิบัติตัว แนะนำการปฏิบัติตัวของญาติ วัดอุณหภูมิ 2 ครั้ง/วัน และบันทึกไว้ อสม. จะไปเก็บข้อมูลทุกวันส่ง รพ.สต. ผ่านทางกลุ่มไลน์ทุกวัน ญาติดูแลส่งอาหาร อสม.เยี่ยมบ้านทุกวัน เมื่อครบ 14 วัน จะทำพิธีกล่าวคำชมเชย ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“อสม. จะทำการติดตามวัดไข้ สอบถามอาการกับผู้ป่วยและผู้สงสัย จนครบ 14 วัน” (ญ-6-2)

“เจ้าหน้าที่ปกครองเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. จะไปหาผู้ป่วยหรือผู้สงสัยที่กักตัวครบ 14 วัน และทำพิธีกล่าวคำชมเชยที่ท่านกักตัวครบ” (ญ-7-2)

5. การเคาะประตูบ้าน ดำเนินการเคาะประตูบ้าน 1 ครั้ง ทุกครัวเรือน โดยให้สุศึกษา แจกหน้ากากอนามัย 1 ชิ้น/คน และเจลล้างมือ ออกร่วมกัน 4 เสือ ประกอบด้วย รพ.สต. อสม. เทศบาล ปกครอง (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ทีมพากันไปให้ข้อมูลกับทุกบ้าน นำผ้าปิดปาก และเจลล้างมือไปให้” (ญ-6-2)

6. ช่องทางการสื่อสาร/ส่งรายงาน มีการส่งข้อมูลข่าวสารผ่าน Line group และสื่อสาร ประกาศสถานการณ์การป้องกันตนเอง หรือแจ้งข่าวแก่ประชาชนผ่านหอกระจายข่าว เข้า-เย็น โดยผู้ใหญ่บ้านทุกวัน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“อสม.จะมีการส่งข่าว พุดคุยกัน ทาง Line” (ญ-8-1)

“ผู้ใหญ่บ้านจะแจ้งข่าวทางหอกระจายข่าว ให้ชาวบ้านได้ทราบ” (ช-7-2)

7. มาตรการในการป้องกันโรค ในชุมชนดำเนินการทุกมาตรการ (ใส่ Mask เว้นระยะห่าง อยู่บ้าน ล้างมือ กินช้อนกลางตนเอง) แต่มาตรการที่ทำได้คือ ใส่ Mask ระหว่างอยู่ในบ้าน

“มาตรการที่รัฐบาลให้ทำ ชาวบ้านทำกันทุกคน ยกเว้น อยู่บ้านด้วยกันไม่ใส่ผ้าปิดปาก” (ญ-8-2)

8. ทรัพยากรได้รับการสนับสนุนหน้ากากอนามัย และเจลล้างมือจาก อบต. สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และบริษัทห้างร้านต่าง ๆ ส่วนเครื่องวัดไข้ นายอำเภอนำมาแจก 1 เครื่องต่อตำบลในระยะแรก พบว่ามีปัญหาในการใช้อสม. จึงร่วมกันบริจาคเงินส่วนตัวเพื่อซื้อเครื่องวัดไข้ให้ครบ 1 เครื่องต่อ 1 หมู่บ้าน

การอภิปรายผล

จากการศึกษาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่อโควิด 19 จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับความรู้ และการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภชัย ภาวิศักระรัต และคณะ (2563)⁽¹¹⁾ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองของ อสม. ช่วงที่มีนโยบายปิดเมือง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตนเองอยู่ในระดับสูง ทั้งการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ กินร้อน ช้อนส่วนตัว การรักษาระยะห่างทางสังคม และหลีกเลี่ยงไม่ไปในชุมชนที่มีการแพร่ระบาดของโรค

การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชน มีการดำเนินงานตามแนวทางของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยมีความร่วมมือทุกภาคส่วน ในรูปของคณะกรรมการโรคติดต่อของพื้นที่ ทำให้สามารถป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภชัย ภาวิศักระรัต และคณะ (2563)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดย อสม. ทำการศึกษาในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดภายในประเทศ พบว่า อสม. มีความพร้อมรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พร้อมทั้งมีส่วนร่วมจัดการชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการศึกษาของกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563)⁽¹²⁾ วิทยา ชินบุตร และคณะ⁽¹³⁾ พบว่า อสม. มีบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ในระดับมากและมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาทำให้สามารถนำข้อมูลเชิงประจักษ์ไปใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็ง และเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. เพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อร้ายแรง โรคอุบัติใหม่ในชุมชน ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่เห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนงบประมาณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่อนุญาตให้ศึกษาข้อมูลในพื้นที่จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยเฉพาะ อสม. ที่ให้ข้อมูลเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php
2. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no118-300463nn.pdf>
3. รัฐบาลไทย. ประกาศและคำสั่ง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/27963>
4. ราชกิจจานุเบกษา. แลงการณ์สำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. เล่มที่ 137 ตอนที่ 24 ก ณ วันที่ 25 มีนาคม 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/A/024/T_0001.PDF

5. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. อสม. มตงานในระบบสุขภาพของไทยที่ประเทศอินเียกเลียนแบบ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://hrdo.org/%E0%B8%AD%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%A1%E0%B8%94%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%82%E0%B8%AD/>
6. Cochran WG. Sampling Techniques. 3rd Ed., New York: John Wiley and Sons, Inc; 1977.
7. อรุณ จิรวินน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
8. วิญญูทัตญญู บุญทัน, พิชรภรณ์ ไหวคิด, วิภาพร สร้อยแสง, ชุตินา สร้อยนาค, ปรีศนา อัครธนพล, จริยาวัตร คมพยัคฆ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ โควโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ 2563; 12(2): 323-37.
9. วีรณัฐ ไตรรัตน์โนภาส, พิชรภรณ์ อารีย์, ปุณณนุช พิมใจใส. การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัส โควโรนาในผู้สูงอายุ. นครปฐม: มหาวิทยาลัย คริสเตียน; 2564.
10. Bloom BS. Mastery learning. UCLA-CSEIP Evaluation Comment. Losangeles: University of California at Los Angeles; 1968.
11. ศุภชัย ภาวังค์ะรัต, สมภพ อาจชนะศึก, ปิยะณัฐ นามชู. ศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้ จาก: [http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/\(Full_paper_edit\)_A_Study_of_COVID-19_Surveillance,_Prevention_and_Control_in_Communities_\(1\)_dec_jan_21.pdf](http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/(Full_paper_edit)_A_Study_of_COVID-19_Surveillance,_Prevention_and_Control_in_Communities_(1)_dec_jan_21.pdf)
12. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, นวพร ดำแสงสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความ รุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563; 14(2): 92-103.
13. วิทยาชินบุตร, นภัทร ภักดีศรีวิชัย. บทบาทของอาสา สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการ ป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมือง สุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์ และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564; 6(2): 304-18.

การพัฒนาแบบแผนการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียน พื้นที่หัวสัตว์บก : กรณีศึกษาดำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น Development of Rabies Prevention and Control Model in School located in area of positive rabies test from animal head; Mueang Phon sub district, Phon district, Khon Kaen province

สุภาพร ทูยบังฉิม ปร.ด.(สิ่งแวดล้อมศึกษา)

Supaporn Thuybungchim Ph.D. (Environmental Education)

บุญทนการ พรหมภักดี ปร.ด. (การวัดและประเมินผลทางการศึกษา)

Boontanakorn Prompukdee Ph.D. (Educational Measurement and Evaluation)

กิตติศักดิ์ สีสต์ ร.บ. (รัฐประศาสนศาสตร์)

Kittisak Sisod B.P.A. (Public Administration)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

The Office of Disease Prevention and Control Region 7 Khon Kaen

Received: August 2, 2021

Revised: October 12, 2021

Accepted: October 14, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบแผนการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บกในพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีขั้นตอนการวิจัย 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาของการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียน 2) สังเคราะห์และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียน 3) ทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และ 4) ประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่าง 61 คน ประกอบด้วย 1) พัฒนารูปแบบ 30 คน และ 2) ครูและนักเรียน 31 คน และผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลประเด็นการอภิปราย แผนการเรียนการสอนเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า และแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ Paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อจัดหมวดหมู่ แยกแยะประเด็น สามารถสรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีปัญหาเกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้ของนักเรียน
2. การสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บกในพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานสาระและมาตรฐานการเรียนรู้กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา 2) กระบวนการ ประกอบด้วย การพัฒนาแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และการจัดกระบวนการเรียนรู้การสอนของครู และ 3) ผลผลิต ประกอบด้วย ผลการใช้รูปแบบ และการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ
3. ผลจากการใช้รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บกในพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

3.1 คะแนนค่าเฉลี่ยก่อนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ($\bar{X}$ = 8.93, S.D. = 2.35) หลังการจัดกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 18.12, S.D. = 2.82) และนักเรียนมีคะแนนระหว่างเรียนตามแผนการเรียนรู้ทั้ง 6 แผน ($\bar{X}$ = 135.61, S.D. = 13.38)

3.2 ความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง ($\bar{d} = 9.19$, S.D. = 2.37) การเรียนการสอนตามแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

3.3 ประสิทธิภาพของแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยค่า $E1 = 90.41$ และ $E2 = 72.48$

4. การประเมินความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บก ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมความพึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.24)

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียน

Abstract

This research and development aimed to develop a model for prevention and control of rabies in schools located in the areas where positive rabies test from animals head were found in Mueang Phon sub-district, Phon district, Khon Kaen Province. The study process was carried out as follows: 1. Analysis of the operational problem condition of rabies preventive and control in schools 2. Synthesis and development of rabies prevention and control models in schools. 3. Pilot and apply the developed model in schools. 4. Follow up and evaluate the model. The sample in the study were 61 participants consisting of 1. Model development group (30 participants) 2. Pilot study group including of teachers students and experts (30 participants). Research tools were record form, discussion issues, teaching plan on rabies prevention and control rabies, knowledge quiz and satisfaction questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics and paired t- test statistics. The results were as follows:

1. Analysis of operational problems condition found that there were problems in students literacy for rabies prevention and control.

2. Synthesis and model development consisted of 3 components: 1) Input factors consisted of basic education curriculum content and learning standards for health and physical education subject group. 2) The process consisted of the development of teaching management plans on rabies prevention and control and the teaching and learning management process of teachers and 3) Output consisted of the results of using the model and the results of model satisfaction assessment.

3. The results of using the model consisted of:

3.1 The average score before the learning activities of the students was ($\bar{X} = 8.93$, S.D. = 2.35), after the activity was ($\bar{X} = 18.12$, S.D. = 2.82). During the study according to the 6 plans, was ($\bar{X} = 135.61$, S.D. = 13.38).

3.2 The difference in average scores before and after teaching management were 9.19 (2.37). There was a statistically significant difference level 0.05 ($p\text{-value} < .001$).

3.3 The effectiveness of the rabies prevention and control instructional plan was found that $E1 / E2 = 90.41 / 72.48$

4. The satisfaction assessment was at the highest level ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.24).

Keywords: Model of Rabies Prevention and Control in School

บทนำ

โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี เป็นโครงการพระราชดำริที่ใช้แก้ปัญหาโรคพิษสุนัขบ้ากำลังระบาดในหลายพื้นที่ของประเทศ ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ 8 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดจกระบบศูนย์พักพิงสัตว์ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ยุทธศาสตร์ที่ 4 การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้าในท้องถิ่น ยุทธศาสตร์ที่ 5 การประชาสัมพันธ์ ยุทธศาสตร์ที่ 6 การบูรณาการและการบริหารจัดการข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้า ยุทธศาสตร์ที่ 7 การติดตามและประเมินผล และยุทธศาสตร์ที่ 8 การพัฒนานวัตกรรมและถ่ายทอดเทคโนโลยีโดยกำหนดเป้าหมายการลดโรค ประกอบด้วย 1) ไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า 2) ร้อยละของผู้สัมผัสที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามแนวทางเวชปฏิบัติ 3) อำเภอเสี่ยงมีแผนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และ 4) อำเภอเสี่ยงมีแผนป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าตามมาตรการเชิงรุกที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีการถ่ายทอดเป้าหมายการลดโรคในระดับเขต/ จังหวัด ประกอบด้วย 1) ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า 2) มีการควบคุมป้องกันโรคร่วมกับปศุสัตว์และท้องถิ่น 3) ร้อยละของผู้สัมผัสที่ได้รับวัคซีนตามแนวทางเวชปฏิบัติ และ 4) ร้อยละของตำบลที่พบหัวบวก (ปี 2561-2562) ของอำเภอเสี่ยงมีการประเมินการรับรู้ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ประกอบกับสถานการณ์ผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย^(1, 2) จากการรายงานฐานข้อมูล 506 (รง.506) กรมควบคุมโรค ระหว่างปี 2558 - 2561 มีผู้เสียชีวิต จำนวน 5, 13, 11 และ 17 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในกลุ่มนักเรียนอายุ 6-12 ปี พบผู้เสียชีวิต จำนวน 1, 0, 1, และ 0 ราย ตามลำดับ โดยปี 2561 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าพบใน 14 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีผู้เสียชีวิตจังหวัดละ 2 ราย คือ สุรินทร์ สงขลา และระยอง และจังหวัดมีผู้เสียชีวิตจังหวัดละ 1 ราย คือ สุราษฎร์ธานี ตรัง ประจวบคีรีขันธ์

พัทลุง ตาก นครราชสีมา บุรีรัมย์ หนองคาย ยโสธร กาฬสินธุ์ มุกดาหาร โดยผู้เสียชีวิตถูก/ สัมผัส สัตว์กัด ข่วน เลีย เป็นสุนัข ร้อยละ 94.12 และแมว ร้อยละ 5.88⁽³⁾

ข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2561 มีการตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ จำนวน 30 ตัวอย่าง จาก 22 ตำบล กระจายใน 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง แวงน้อย แวงใหญ่ บ้านแฮดหนองสองห้อง พล เปือยน้อย บ้านฝาย และชนบท ข้อมูลผู้สัมผัสโรคจากฐานข้อมูล ร.36 พบอำเภอพลมีผู้สัมผัสโรคสูงสุด จำนวน 296 ราย และพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ จำนวน 11 ตัว ได้แก่ ตำบลเมืองพล จำนวน 3 ตัว โนนข่า จำนวน 3 ตัว เก่าจั่ว จำนวน 2 ตัว โคกสง่า จำนวน 1 ตัว โจดหนองแก จำนวน 1 ตัว และหนองแวงโสภพระ จำนวน 1 ตัว เมื่อสอบสวนโรคพบมีผู้สัมผัสโรคทั้งสิ้น 296 ราย เข้าเกณฑ์สัมผัส ระดับ 1 จำนวน 105 ราย สัมผัส ระดับ 2 จำนวน 160 ราย สัมผัส ระดับ 3 จำนวน 31 รายภาพรวมของการสัมผัส ไม่ได้จำแนกแต่ให้ทราบว่าพื้นที่ตำบลเมืองพลเสี่ยงทุกกลุ่มอายุ) เมื่อวิเคราะห์รายตำบลพบ พื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล มีผู้สัมผัสโรคจำนวนมาก เนื่องจากมีเหตุการณ์ฆ่าและเนื้อควายที่ติดโรคพิษสุนัขบ้าตายมารับประทาน และมีผลตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ประชาชนยังคงเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าทั้งจากการรับประทานและการสัมผัส

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคพิษสุนัขบ้าพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา) ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ทักษะคิด เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ชอบเล่นกับสุนัข/ แมวนอกบ้านที่ไม่ทราบประวัติ ปล่อยให้สุนัข/ แมวที่เลี้ยงไปเล่นกับสุนัขนอกบ้าน ให้อาหารสัตว์จรจัด และนำสุนัข/ แมวที่ไม่มีเจ้าของไม่มีประวัติมาเลี้ยงที่บ้าน ฆ่าและ/ รับประทานสัตว์ที่ติดโรคพิษสุนัขบ้า) การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (รับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค) ผู้ดูแลสุนัข (นำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีน) จำนวนสุนัข (เจ้าของ และไม่มีเจ้าของ) การถูกสุนัขกัด (การฉีดวัคซีน

ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า) ประสบการณ์การถูกสุนัขกัด การไต่ถามข่าวสารเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าจากสื่อต่าง ๆ การไต่ถามข่าวสารเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าจากแกนนำ (อสม./ผู้นำ/อาสาสมัคร) การติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าของสุนัข การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การไต่ถามข่าวสารเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าจากสื่อต่าง ๆ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย การประสานงาน และการดำเนินการอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง^(4, 5) ส่วนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่โรงเรียนพบว่า เกษร แถโนนจั่ว และคณะ⁽⁶⁾ ได้ทำการพัฒนาหลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 และทำการประเมินผลพบว่า มีโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกร้อยละ 81.8 และโรงเรียนต้องการใช้หลักสูตร ร้อยละ 80.3 และการศึกษา Franziska และคณะ⁽⁷⁾ ได้ทดลองให้สุนัขศึกษากับนักเรียนโดยใช้สื่อการ์ตูนในโรงเรียนพบว่า หลังการทดลองนักเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นและการติดเชื้อลดลง นั้นแสดงให้เห็นว่า การป้องกันควบคุมโรคในโรงเรียนเป็นพื้นที่หนึ่งที่น่าสนใจและมีความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะโรคที่กลุ่มนักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงกับการสัมผัสหรือเล่นกับสัตว์เลี้ยงอย่างเช่น สุนัข หรือแมว เป็นต้น

จากสภาพดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บก: โดยเฉพาะพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น คาดว่าผลที่ได้จะทำให้ได้รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียน ส่งผลให้นักเรียนปลอดภัยจากการถูกสุนัขกัดนำไปสู่ความรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของนักเรียน และการเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า(Rabies free area) ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บกตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

พื้นที่วิจัย

พื้นที่ดำเนินการวิจัยคือ โรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น 2 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนชุมชนบ้านชาดและหนองห้าง (เรียนรวม) จำนวน 15 คน และโรงเรียนบ้านทับบา จำนวน 16 คน รวม 31 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมี สิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวมซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)⁽⁸⁾ โดยเริ่มจาก 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มนักเรียน 2) ทำการสังเคราะห์และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มนักเรียน 3) ทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ และ 4) ประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มนักเรียน ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึง มิถุนายน 2562

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาของการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียน กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงเรียน 6 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองพล 4 คน อบต.เมืองพล 2 คน ผู้นำชุมชน 7 คน และ อสม. 11 คน เครื่องมือวิจัยคือ แบบบันทึกประเด็นการอภิปราย

กลุ่ม (Group discussion) ครอบคลุมประเด็น สภาพปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าในมุมมองของการป้องกันในเด็กนักเรียน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ขั้นตอนที่ 2 (ร่าง)พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียน กลุ่มเป้าหมายจำนวน 20 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงเรียนจำนวน 12 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองพลจำนวน 2 คน อสม. จำนวน 3 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรและการสอน จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกประเด็นการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยจัดหมวดหมู่และแยกแยะข้อมูลจนทำให้ได้ (ร่าง) แผนการเรียนการสอนเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าที่มีความสอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน สาระและมาตรฐานการเรียนรู้กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา⁽⁹⁾

ขั้นตอนที่ 3 การนำ (ร่าง) แผนการเรียนการสอน เรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ไปทดลองกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในพื้นที่ตำบลเมืองพลมีโรงเรียนทั้งหมดจำนวน 5 แห่ง แต่มีการจัดการเรียนการสอนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนชุมชนบ้านซาด และบ้านหนองห้าง (เรียนรวม) และโรงเรียนบ้านทับบา ตำบลเมืองพล อำเภอลพ จังหวัดขอนแก่นจำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แผนการเรียนการสอนเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยหาคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยดัชนีความสอดคล้อง

ระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน พบทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.5 ขึ้นไป⁽¹⁰⁾ และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Coefficient Alpha's Cronbach) เท่ากับ 0.9⁽¹¹⁾ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึกประเด็นจากการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ที่ได้จากการพูดคุยติดตามการจัดการเรียนการสอนเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) จัดหมวดหมู่และแยกแยะข้อมูลตามประเด็น ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติพรรณนา แสดงด้วยค่าร้อยละ จำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนชุมชนบ้านซาดและบ้านหนองห้าง (เรียนรวม) และโรงเรียนบ้านทับบา ตำบลเมืองพล อำเภอลพ จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ความพึงพอใจต่อรูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาต่อการนำแผนการเรียนการสอนไปใช้

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มนักเรียน

การวิเคราะห์สภาพปัญหาของการดำเนินงาน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียน กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูล 30 คน ประกอบด้วย ตัวแทนจากโรงเรียน 6 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองพล 4 คน อบต. เมืองพล 2 คน ผู้นำชุมชน 7 คน และอสม. 11 คน โดยกระบวนการจัดกลุ่มเพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหา โดยได้รูปแบบการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนคือ แผนการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่
ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น**

สภาพปัญหา	สรุปประเด็นปัญหา
- พื้นที่ในตำบลเมืองพลอยู่ใกล้เคียงกับบ่อขยะของอำเภพล ซึ่งมีสุนัขจรจัดเป็นจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อปริมาณจำนวนสุนัขสุนัขจรจัดในโรงเรียนเพิ่มสูงขึ้น และนักเรียนมีโอกาสเสี่ยงต่อการถูกกัดเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยเฉพาะช่วงเวลาพักเที่ยงรับประทานอาหารสุนัขก็จะมาที่โรงเรียนอาหารของโรงเรียนค่อนข้างมาก - ประชาชนกลุ่มต่างๆ ยังมีพฤติกรรมและความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนมีการเล่นกับสุนัขและแมว - กิจกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนค่อนข้างน้อยในขณะเดียวกันกลุ่มนักเรียนมีความเสี่ยงต่อการถูกสุนัขกัดทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน - การจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมา โดยเฉพาะการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนอยู่ในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ซึ่งเนื้อหาอาจจะไม่เพียงพอ หากมีการพัฒนาแนวทางให้นักเรียนได้เรียนรู้จะส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มเสี่ยงได้เช่นกัน - จากเหตุการณ์ของพื้นที่ที่มีการนำเนื้อโค กระบือ ที่ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้ามารับประทาน ก็จะมีผู้ปกครองของนักเรียนบางคนได้มีการนำเนื้อโค กระบือที่ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้ามารับประทานเช่นกัน ส่งผลให้กลุ่มนักเรียนถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เช่นกัน เพราะนักเรียนก็จะรับประทานอาหารตามผู้ปกครองที่จัดหาให้ - หากมีการสร้างสัญลักษณ์ที่ดีให้กับนักเรียนจะทำให้กลุ่มนักเรียนเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่ดี และส่งผลต่อผู้ปกครองด้วยเช่นกัน - ภาระงานประจำของครูในการจัดการเรียนการสอนค่อนข้างมาก ส่งผลให้มีเวลาค่อนข้างน้อยสำหรับการพัฒนางานด้านต่างๆ ร่วมกับชุมชน ประกอบกับชั่วโมงเรียนอาจจะต้องมีการบูรณาการหลายวิชา หากมีการสร้างเสริมให้นักเรียนเกิดความรู้และมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ เช่น เขตพื้นที่การศึกษา สาธารณสุขที่เป็นผู้ให้เนื้อหา ผู้เชี่ยวชาญต่างๆ เป็นต้น - กลุ่มนักเรียนถือเป็นกลุ่มที่พัฒนาได้ค่อนข้างง่าย เนื่องจากใช้เวลาอยู่ในโรงเรียนค่อนข้างนาน หากมีกิจกรรมที่เป็นปัญหาของชุมชนก็สามารถบูรณาการกับการจัดการเรียนการสอนได้ - หากจะทำการพัฒนาแผนการเรียนการสอนอาจจะต้องคิดเพื่อการสร้างความรู้ของนักเรียนที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของผู้ปกครอง ประชาชน และบริบทชุมชน - จำนวนนักเรียนในแต่ละชั้นอาจจะไม่เท่ากัน บางชั้นมีนักเรียนน้อย บางชั้นไม่มีนักเรียนเลย หากจะเสริมสร้างความรู้ควรทำการจัดการเรียนการสอนชั้นที่มีนักเรียนค่อนข้างมาก เช่น นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เป็นต้น	ควรมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียน โดยจัดทำแผนการเรียนการสอนเรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยบูรณาการการจัดการเรียนการสอนในกลุ่มสาระการเรียนรู้ สุขศึกษาและพลศึกษา

2. การสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มนักเรียน

จากผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนนำไปสู่การสังเคราะห์และพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มนักเรียน ได้แก่ ด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน สาระและมาตรฐานการเรียนรู้กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การพัฒนาแผนการจัดการเรียนการสอน

เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีทั้งสิ้น 6 แผนการเรียนรู้ 7 ชั่วโมง และการจัดกระบวนการเรียนรู้อการสอนของครู โดยยึด 9 ขั้นตอน และ หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน สาระและมาตรฐานการเรียนรู้กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และผลผลิต ประกอบด้วย แผนการจัดการเรียนรู้การจัดการเรียนรู้ เรื่อง โรคพิษสุนัขบ้า ผลสัมฤทธิ์ของการเรียนการสอน ประสิทธิภาพของแผนการจัดการเรียนรู้การจัดการเรียนรู้ เรื่อง โรคพิษสุนัขบ้า และสภาพปัญหาดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์และพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มนักเรียนพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลผลิต
1. ศึกษาแนวทางการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน สาระและมาตรฐานการเรียนรู้กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบด้วย - ชื่อหน่วย ชั้นที่สอน และเวลาการสอน - หน่วยการเรียนรู้จัดเป็นแผนการจัดการเรียนรู้อย่างไร - สาระการเรียนรู้ คือ เนื้อหาสาระการเรียนรู้ที่เป็นหัวข้อย่อยที่จะสอน - จุดประสงค์การเรียนรู้ กำหนดมาจากผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง - เนื้อหาที่จะสอน - กระบวนการจัดการเรียนรู้ - สื่อและแหล่งการเรียนรู้ - การวัดและประเมินผลการเรียนรู้ - ความเห็นผู้บริหาร - บันทึกผลหลังสอน	1. การพัฒนาแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีทั้งสิ้น 6 แผนการเรียนรู้ 7 ชั่วโมง ได้แก่ 1.1 แผนการเรียนรู้ที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า 1 ชั่วโมง 1.2 แผนการเรียนรู้ที่ 2 การปฏิบัติตัวเมื่อสุนัขกัด 1 ชั่วโมง 1.3 แผนการเรียนรู้ที่ 3 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ในหมู่บ้าน 2 ชั่วโมง 1.4 แผนการเรียนรู้ที่ 4 พฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่เหมาะสม 1 ชั่วโมง 1.5 แผนการเรียนรู้ที่ 5 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 1 ชั่วโมง 1.6 แผนการเรียนรู้ที่ 6 การสร้างผลงานในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า 1 ชั่วโมง 2. การจัดกระบวนการเรียนรู้การสอนของครู โดยยึด 9 ขั้นตอน ได้แก่ 2.1 ชื่นนำ ได้แก่ ชื่นนำ ชื่นสอน และชื่นสรุป 2.2 ชื่นศึกษากลุ่มย่อย ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของสมาชิก ร่วมกันทำงาน 2.3 ชื่นประเมินผล ได้แก่ การทดสอบหลังเรียน สังเกตและประเมินพฤติกรรมรายบุคคล การประเมินทักษะการทำกลุ่มแต่ละกลุ่ม 2.4 สรุปผล ได้แก่ ยกย่องชื่นชม	1. แผนการจัดการเรียนรู้ เรื่อง การจัดการเรียนรู้ เรื่อง โรคพิษสุนัขบ้า 2. ผลสัมฤทธิ์ของการเรียนการสอน 3. ประสิทธิภาพของแผนการจัดการเรียนรู้ เรื่อง การจัดการเรียนรู้ เรื่อง โรคพิษสุนัขบ้า 4. สภาพปัญหาจากงาน แผนการจัดการเรียนรู้ เรื่อง การจัดการเรียนรู้ เรื่อง โรคพิษสุนัขบ้า ไปใช้

3. ผลการใช้พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มนักเรียน

3.1 ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มนักเรียน

จากผลการสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนนำไปสู่การพัฒนาแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีทั้งสิ้น 6 แผนการเรียนรู้ 7 ชั่วโมง และการจัดกระบวนการเรียนรู้การสอนของครูโดย

ยึด 9 ขั้นตอน และหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน สาระ และมาตรฐานการเรียนรู้กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษา และพลศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนสุขศึกษาและพลศึกษาจำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรและการสอนจำนวน 2 คน โดยสามารถสรุปข้อเสนอแนะ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเด็นข้อเสนอแนะการพัฒนาแผนการจัดการเรียนการสอน เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มนักเรียนพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

แผนการจัดการเรียนการสอน	ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ
ภาพรวมแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า 6 แผน การเรียนรู้ระยะเวลา 7 ชั่วโมง	1. ให้ยึดแนวคิดที่ว่า ภาพรวมของแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่องการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า 6 แผนการเรียนรู้ ระยะเวลา 7 ชั่วโมง เมื่ออ่านแผนการเรียนรู้เสร็จแล้ว คนอื่นสามารถสอนแทนครูได้เลย 2. กระบวนการจัดการเรียนการสอนควรสอดคล้องกับจำนวนนักเรียน สื่อ อุปกรณ์ต่าง ๆ สมรรถนะและความพร้อมของนักเรียน
แผนการเรียนรู้ที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า	ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ได้ข้อเสนอแนะว่า แผนการเรียนรู้ที่ 1 มีความสอดคล้องระหว่างแผนกับการมาตรฐานการเรียนรู้ มาก ให้จำแนกเนื้อหา ได้แก่ สาเหตุ อาการ การป้องกันตนเองภายในบ้าน และการป้องกันตนเองในชุมชน แต่ใบงานยังขาด ชี้แจงให้เด็กทำอะไร แนะนำว่า ให้เพิ่มคำชี้แจง
แผนการเรียนรู้ที่ 2 การปฏิบัติตัวเมื่อสุนัขกัด	แผนการเรียนรู้ที่ 2 มีความสอดคล้องระหว่างแผนกับการมาตรฐานการเรียนรู้ มาก ให้เพิ่มรายละเอียดของกิจกรรมการแสดงบทบาทสมมติของนักเรียนในใบงาน “ทำอะไรดี...เมื่อถูกสุนัขหรือแมวกัด” (แสดงบทบาทสมมติ)
แผนการเรียนรู้ที่ 3 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในหมู่บ้าน	แผนการเรียนรู้ที่ 3 มีความสอดคล้องระหว่างแผนกับการมาตรฐานการเรียนรู้ ค่อนข้างมาก แต่เนื้อหาการจัดกิจกรรมค่อนข้างยาก โดยเฉพาะนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เช่น ใบความรู้ที่ 3 เรื่อง หลักการตั้งสมมติฐาน เป็นต้น โดยการจัดตั้งสมมติฐานเป็นเรื่องยากสำหรับนักเรียน แต่ควรคงไว้ เพื่อจะได้บูรณาการกับการเรียนการสอนวิชาวิทยาศาสตร์
แผนการเรียนรู้ที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่เหมาะสม	แผนการเรียนรู้ที่ 4 มีความสอดคล้องระหว่างแผนกับการมาตรฐานการเรียนรู้ มาก กิจกรรมในแผนค่อนข้างสื่อกับการที่นักเรียนได้แสดงทักษะที่หลากหลายหลาย เช่น การสำรวจสุนัขและแมวในหมู่บ้านของตนเอง การวาดภาพ และการเขียนเรียงความ เป็นต้น ให้คงกิจกรรมที่สามารถสอดแทรกใบงานที่ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้แบบสนุกสนาน

ตารางที่ 3 ประเด็นข้อเสนอแนะการพัฒนาแผนการจัดการเรียนการสอน เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่มนักเรียนพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

แผนการจัดการเรียนการสอน	ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ
แผนการเรียนรู้ที่ 5 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	แผนการเรียนรู้ที่ 5 มีความสอดคล้องระหว่างแผนกับการมาตรฐานการเรียนรู้ มาก กิจกรรมในแผนต้องบูรณาการการเรียนการสอนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองพล ซึ่งจะทำให้ให้นักเรียนได้เรียนรู้จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และครูเป็นผู้กระตุ้นให้นักเรียนได้เรียนรู้ ให้คงกิจกรรมดังกล่าว และวางแผนการจัดการเรียนการสอนระหว่างโรงเรียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองพล
แผนการเรียนรู้ที่ 6 การสร้างผลงานในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	แผนการเรียนรู้ที่ 6 มีความสอดคล้องระหว่างแผนกับการมาตรฐานการเรียนรู้ มาก โดยนักเรียนต้องจัดกิจกรรมป้ายนิเทศ และนำเสนออินทราศการ (เชิญผู้ปกครอง) โดยจัดทำเอกสาร แผ่นพับ ป้ายนิเทศ อื่นๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละกลุ่ม ให้คงกิจกรรมดังกล่าว และวางแผนการจัดป้ายนิเทศ ให้สอดคล้องกับกิจกรรมของโรงเรียนที่มีการเชิญผู้ปกครองมา ซึ่งจะทำให้ได้งานหลายงานในครั้งเดียวกัน

3.2 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตามแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของนักเรียน

ผลการวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ก่อนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ย 8.93 (S.D. = 2.35) หลังการจัดกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 18.12 (S.D. = 2.82) โดยนักเรียนมีคะแนนระหว่างเรียนตามแผนการเรียนรู้ที่ 6 แผน เฉลี่ยเท่ากับ 135.61 คะแนน จาก

คะแนนเต็ม 150 คะแนน (S.D. = 13.38) และทดสอบความแตกต่างของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังการเรียนการสอนตามแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ก่อนการเรียนรู้ นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ย 8.93 (S.D. = 2.35) หลังการเรียนรู้มีคะแนนเฉลี่ย 18.12 (S.D. = 2.82) ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง (Mean difference : $\bar{d}$) เท่ากับ 9.19 (S.D. = 2.37) โดยค่าความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเรียนการสอนตามแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ด้วยสถิติ Paired t-test

เปรียบเทียบ	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	Mean difference ($\bar{d}$)	S.D.	t	P - value
ก่อนการเรียนรู้	8.93				
หลังการเรียนรู้	18.12	9.19	2.37	21.57	< 0.001

3.3 ประสิทธิภาพของแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

ผลการวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนมีคะแนนระหว่างเรียนตามแผนการเรียนรู้ทั้ง 6 แผน เฉลี่ยเท่ากับ 135.61 คะแนน จากคะแนนเต็ม

150 คะแนน (S.D. = 13.38) คิดเป็นร้อยละ 90.41 และผลสัมฤทธิ์หลังเรียน เฉลี่ย เท่ากับ 18.12 คะแนน (S.D. = 1.82) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 72.48 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ประสิทธิภาพของแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โรงเรียนพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ประสิทธิภาพของแผน	คะแนนระหว่างเรียนแผนการเรียนรู้ที่ 1 - 6			
	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	ร้อยละ
E1	150	135.61	13.38	90.41
E2	25	18.12	2.82	72.48
ประสิทธิภาพของแผน E1 / E2 = 90.41 / 72.48				

4. ประเมินความคิดความพึงพอใจรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บก ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์ความคิดความพึงพอใจต่อแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 44 คน พบว่า ภาพรวมความพึงพอใจอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.35, S.D. = 0.24) ประเด็นที่มีความพึงพอใจสูงสุด อยู่ระดับมากที่สุด คือ แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สอดคล้องกับวัตถุประสงค์สำหรับการใช้งาน ($\bar{X}$ = 3.60, S.D. = 0.50) รองลงมาคือ แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เนื้อหาเป็นปัจจุบัน และทันสมัยสำหรับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($\bar{X}$ = 3.51, S.D. = 0.51) และแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีสาระครบถ้วน เหมาะสมสำหรับการใช้สอน

ให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ($\bar{X}$ = 3.51, S.D. = 0.51) แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สามารถนำไปกระตุ้นให้ผู้พัฒนาและผู้เกี่ยวข้อง ได้ค้นคว้า และแสวงหาความรู้จนทำให้รู้สึกได้ว่าเป็น “นวัตกรรมใหม่” ($\bar{X}$ = 3.43, S.D. = 0.61) และแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สามารถนำไปขยายให้ ความรู้ใหม่เข้ามาพัฒนาทั้งต้นแบบและแผนการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยทำให้มีประสิทธิภาพ ($\bar{X}$ = 3.43, S.D. = 0.56) สำหรับประเด็นที่มีความพึงพอใจต่ำสุด อยู่ในระดับมาก คือ แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สามารถขยายขอบเขตในเชิงพื้นที่ หรือสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานของหน่วยงานได้ ($\bar{X}$ = 3.17, S.D. = 0.62) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจต่อแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของโรงเรียนในพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ (จำนวนคน/ร้อยละ)				ค่าเฉลี่ย	ค่า S.D.	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด			
1. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เนื้อหาเป็นปัจจุบัน และทันสมัยสำหรับใช้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า			17 (48.6)	18 (51.4)	3.51	0.51	มากที่สุด
2. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สอดคล้องกับวัตถุประสงค์สำหรับการใช้งาน			14 (40.0)	21 (60.0)	3.60	0.50	มากที่สุด
3. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีสาระครบถ้วน เหมาะสมสำหรับการใช้สอนให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า			17 (48.6)	18 (51.4)	3.51	0.51	มากที่สุด
4. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อ่านเข้าใจง่าย			28 (80.0)	7 (20.0)	3.20	0.41	มาก
5. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ดำเนินการถูกต้องตามหลักวิชาการ		1 (2.9)	26 (74.3)	8 (22.9)	3.20	0.47	มาก
6. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สามารถนำไปใช้ได้สะดวกและใช้ง่าย ขั้นตอนไม่ซับซ้อน			25 (71.4)	10 (28.6)	3.29	0.46	มาก
7. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สามารถนำไปกระตุ้นให้ผู้พัฒนาและผู้เกี่ยวข้อง ได้ค้นคว้า และแสวงหาความรู้ จนทำให้รู้สึกได้ว่าเป็น “นวัตกรรมใหม่”		2 (5.7)	16 (45.7)	17 (48.6)	3.43	0.61	มากที่สุด
8. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สามารถนำไปขยายให้ ความรู้ใหม่เข้ามาพัฒนาทั้งต้นแบบและแผนการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยทำให้มี ประสิทธิภาพ		1 (2.9)	18 (51.4)	16 (45.7)	3.43	0.56	มากที่สุด

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจต่อแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของโรงเรียนในพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ (จำนวนคน/ร้อยละ)				ค่าเฉลี่ย	ค่า S.D.	แปลผล
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด			
9. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สามารถแก้ไขปัญหา หรือตอบสนอง ต่อกระบวนการ หรือบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ			22 (62.9)	13 (37.1)	3.37	0.49	มากที่สุด
10. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มี ประโยชน์ต่อการนำไปใช้ได้จริง ทั้ง ต่อบุคคล สังคม เศรษฐกิจ ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย			23 (65.7)	12 (34.3)	3.34	0.48	มากที่สุด
11. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สามารถนำไปใช้ในการบอกต่อ หรือ แนะนำให้ผู้อื่นใช้เพื่อการจัดการ ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า			26 (74.3)	9 (25.7)	3.26	0.44	มาก
12. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ลงทุนน้อยแต่ได้ประโยชน์มาก			25 (71.4)	10 (28.6)	3.29	0.46	มาก
13. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สามารถขยายขอบเขตในเชิงพื้นที่ หรือสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการ ทำงานของหน่วยงานได้	4 (11.4)	21 (60.0)	10 (28.6)		3.17	0.62	มาก
14. แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สามารถใช้เป็นแนวทางการกำหนด ข้อเสนอเชิงนโยบายในการป้องกัน ควบคุมโรคได้			21 (60.0)	14 (40.0)	3.40	0.50	มากที่สุด
15. ความพึงพอใจและประโยชน์โดย ภาพรวมของท่านต่อแผนการจัดการ เรียนการสอนเรื่อง การป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า			22 (62.9)	13 (37.1)	3.37	0.49	มากที่สุด
ภาพรวม					3.35	0.24	มากที่สุด

สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บกในพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอลพ จังหวัดขอนแก่น พบปัญหาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคในนักเรียน นำไปสู่การพัฒนาแบบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านปัจจัยนำเข้า การบูรณาการจัดทำแผนการเรียนรู้ตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานสาระและมาตรฐานการเรียนรู้กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา สำหรับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 6 แผน ด้านกระบวนการเน้นการพัฒนาแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และการจัดกระบวนการเรียนรู้การสอนของครู และด้านผลผลิตของรูปแบบนักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยคะแนนค่าเฉลี่ยหลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ สูงกว่า คะแนนค่าเฉลี่ยก่อนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ประสิทธิภาพของแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่องป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าค่า $E1/E2 = 90.41/72.48$ และผลการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บกในพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอลพ จังหวัดขอนแก่น อยู่ระดับมากที่สุด

การอภิปรายผล

1. รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บกในพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอลพ จังหวัดขอนแก่น พบปัญหาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคในนักเรียน นำไปสู่การพัฒนาแบบ 3 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันและวัดผลได้ ศิริชัย กาญจนวาสี⁽¹²⁾ ได้แก่ ด้านปัจจัยนำเข้า การบูรณาการจัดทำแผนการเรียนรู้ตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานสาระและมาตรฐานการเรียนรู้กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา สำหรับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 6 แผน ด้านกระบวนการจัดการเรียนการสอนตามแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และ

การจัดกระบวนการเรียนรู้การสอนของครู จำนวน 6 แผน และด้านผลผลิตของรูปแบบ นักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยคะแนนค่าเฉลี่ยหลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สูงกว่า คะแนนค่าเฉลี่ยก่อนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ สามารถเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียนให้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับ Dongxu Wang และคณะ⁽¹³⁾ ได้ศึกษาโรงเรียนดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพโภชนาการอาหารในประเทศจีน โดยพบนักเรียนมีความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรม การกินอาหารหลังการดำเนินงานดีกว่าก่อนดำเนินการ การศึกษาของเกษร แถวโนนจั่ว, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ และพงษ์ศักดิ์ ภูภาชขาว⁽⁶⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลหลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปี พ.ศ.2559 ใน 4 ด้าน คือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ทั้งนี้ด้านบริบทพบว่า โรงเรียนเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกร้อยละ 81.8 และโรงเรียนต้องการใช้หลักสูตรร้อยละ 80.3 ส่วนปัจจัยนำเข้า พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเคยเข้าร่วมการอบรมเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 55.2 ส่วนสิ่งสนับสนุนต่อการจัดการเรียนการสอนทั้งในส่วนของคุณครู งบประมาณวัสดุอุปกรณ์ยังไม่เพียงพอ ปัจจัยด้านกระบวนการพบว่า หลักสูตรผ่านกระบวนการวิเคราะห์ความสอดคล้องเนื้อหา ความจำเป็นและความต้องการ ส่วนกระบวนการจัดการเรียนการสอน พบว่า มีการวางแผน ร้อยละ 95.3 และมีการดำเนินการร้อยละ 88.9 ส่วนการสรุปผลและนำผลไปพัฒนาต่อมีเพียงร้อยละ 55.6 และ 55.6 ส่วนผลผลิตของหลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีพบว่า โรงเรียนที่มีการจัดการเรียนการสอนได้ตามที่หลักสูตรกำหนดมีร้อยละ 88.9 นักเรียนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ร้อยละ 68.2 เช่นเดียวกับการศึกษาของปวีณ นามโคตร, ศิริพร คำสะอาด, มალიณี เหล่าไพบูลย์, สุพจน์ คำสะอาด และพรณี ปัญชรหัตถกิจ⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการทางสุขศึกษา พบว่า กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กับวิธีอื่นๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพและคู่มือเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มที่ได้รับวิธีการทาง

สุขศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติตน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการปกติ (Pooled SMD; Random 1.89; 95% CI: 0.08 ถึง 3.69) โดยกลุ่ม นักเรียน กลุ่มที่ได้รับบริการทางสุขศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการปกติ (Pooled SMD; Random 0.79; 95% CI: 0.54 ถึง 1.04)

2. การประเมินผลความคิดเห็นความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บกในพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 0.24) ประเด็นที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือ อยู่ระดับมากที่สุด คือ แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์สำหรับการใช้งาน รองลงมาคือ แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เนื้อหาเป็นปัจจุบัน และทันสมัยสำหรับใช้ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มีสาระครบถ้วนเหมาะสมสำหรับการใช้สอนให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สามารถนำไปกระตุ้นให้ผู้พัฒนาและผู้เกี่ยวข้อง ได้ค้นคว้า และแสวงหาความรู้ จนทำให้รู้สึกได้ว่าเป็น “นวัตกรรมใหม่” และแผนการจัดการเรียนการสอนเรื่อง การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สามารถนำไปขยายให้ ความรู้ใหม่เข้ามาพัฒนาทั้งต้นแบบและแผนการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยทำให้มีประสิทธิภาพ หากคิดสัดส่วนความพึงพอใจพบว่าผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80.0 สอดคล้องกับการศึกษาของเกษร แถวโนนจิว, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ และพงษ์ศักดิ์ ภูกาบขาว⁽⁶⁾ พบร้อยละ 95.8 มีความพึงพอใจของครูและนักเรียนต่อการจัดการเรียนการสอนพบมากกว่าร้อยละ 80.0 สอดคล้องกับ Foster GD และคณะ⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับนโยบายของโรงเรียนในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า โรงเรียนที่มีนโยบายเน้นความสำคัญทางโภชนาการสามารถลดความชุกของโรคอ้วนได้เมื่อเทียบกับโรงเรียนที่ไม่มีนโยบาย ซึ่งการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนมีหลากหลายกลุ่มสาระการเรียนรู้

ดังนั้น การบูรณาการเนื้อหาต้านป้องกันควบคุมโรคโรคติดต่อ เช่น โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โรคพิษสุนัขบ้าโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เป็นต้น มีความสำคัญอย่างมากในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนักเรียน ถึงแม้ว่าเนื้อหาดังกล่าวอาจจะยังไม่บรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอนของกระทรวงศึกษาธิการก็ตาม แต่การพัฒนาารูปแบบดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งในการบูรณาการเนื้อหาโรคและภัยสุขภาพกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสร้างร่วมมือในระดับนโยบายระหว่างกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กับกระทรวงศึกษาธิการ ในการร่วมมือกันวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นด้านโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบสำหรับการพัฒนาแผนการจัดการเรียนการสอนโรคที่มีแนวโน้มเป็นปัญหาสำคัญในอนาคต เช่น โรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การสร้างความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการในการบรรจุและหรือบูรณาการการจัดเรียนการสอนตามหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ

2. รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในโรงเรียนพื้นที่หัวสัตว์บกในพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น เป็นเพียงรูปแบบนำร่องสำหรับการป้องกันโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน (Zoonotic Disease) ควรมีการขยายรูปแบบดังกล่าวสู่โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศโดยเฉพาะโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคไข้หวัดใหญ่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ ครู และนักเรียนของโรงเรียนชุมชนบ้านขาดและหนองห้าง (เรียนรวม) และโรงเรียนบ้านทับบา ที่ให้การสนับสนุนและร่วมพัฒนารูปแบบ ขอขอบคุณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เมืองพล โรงพยาบาลพล องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพล อาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน และประชาชน ในพื้นที่ตำบลเมืองพล อำเภอพล ที่ให้การสนับสนุนการพัฒนาผลงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทย ภายใน พ.ศ.2563 (ค.ศ. 2020). พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2556.
2. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2560.
3. สำนักโรคติดต่อทั่วไป. ข้อมูลรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าโปรแกรม ร.36 ข้อมูลสะสม ณ วันที่ 1 ม.ค.-31 ก.ค.2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://r36.ddc.moph.go.th/r36/index.php/webboards/category/4>
4. เคโกะ อาโก, จิราพร ชมพิกุล, ชีระวิทย์ รัตนพันธ์. พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของเจ้าของสุนัขในจังหวัดนครปฐม ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2558; 13(1): 17-28.
5. หทัยกาญจน์ ยางศรี, สงครามชัย ลีทองดี, จมากรณ์ ไวกักดี. รูปแบบการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน เพื่อให้เป็นเขตพื้นที่ปลอดโรคอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 12(2): 86-97.
6. เกษร แถวโนนจิว, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, พงษ์ศักดิ์ ภูคาบขาว. การประเมินผลหลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ปี 2559. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(1): 157 - 67.
7. Franziska B, Yue-Sheng Li, Li-Ping Y, Yong-Kang H, Darren G, Gail W. School-Based Health Education Targeting Intestinal Worms Further Support for Integrated Control. PLoS Negl Trop Dis 2014; 8(3): e2621.
8. ทิศนา แหมมณี. การวิจัยทางการศึกษา (Educational Research). ใน: ทิศนา แหมมณี และสร้อยสน สกลรัตน์, บรรณาธิการ. แบบแผนและเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
9. สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 และมาตรฐานการเรียนรู้และตัวชี้วัดฯ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2560) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://academic.obec.go.th/newsdetail.php?id=75>
10. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
11. ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์; 2542.
12. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการประเมิน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
13. Dongxu W, Donald S, Yanfei Y, Chun C. Do health-promoting schools improve nutrition in China? Health Promotion International 2013; 30(2): 359-68.

14. ปวีณา นามโคตร, ศิริพร คำสะอาด, มานี เหล่าไพบูลย์, สุพจน์ คำสะอาด, พรรณี บัญชรหัตถกิจ. ประสิทธิภาพของวิธีการทางสุขศึกษา ในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ: การ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ เมตต้า. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560; 32(4): 379-88.
15. Foster GD, Sherman S, Borradaile DF, Sandy Sherman K, Borradaile M, Grundy S, et al. A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. Pediatrics 2008; 121(4): e794-e80

การพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ในชุมชน กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์

The Developing Surveillance and Disease Control Model of Multidrug Resistance Tuberculosis in Community; a Case Study in Surin Province

โสภิต ชาลี, พย.บ.

สุวรรณี สิริเศรษฐภักดิ์, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

เกรียงชัย เอกา, วท.ม. (วิทยาการระบาด)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

Sopit Charlee, Dip in Nursing Science

Suwannee Sirisatapakdee, M.Sc.(Public Health)

Kriangchai Aega. B.P.H., M.Sc. (Epidemiology)

Surin Provincial Public Health Office, Surin Province

Received: November 22, 2021

Revised: December 3, 2021

Accepted: December 7, 2021

บทคัดย่อ

สถานการณ์วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ในจังหวัดสุรินทร์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังขาดรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ จึงทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart เพื่อพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และการพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB โดย คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 15 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างที่จะทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชนที่พัฒนาขึ้น สุ่มอย่างง่ายจากกลุ่มเสี่ยงในชุมชนในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 21 คน ดำเนินกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระหว่างเดือนมกราคม 2563 – กันยายน 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้ การสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการคัดกรองวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างด้วย Paired T-test และวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน มี 5 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ในด้านการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรค 2) การเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในชุมชน 3) การเฝ้าระวังและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กลับมารักษาซ้ำ 4) การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย MDR-TB หรือมีอัตราสูงของวัณโรคสูง และ 5) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อการเฝ้าระวัง และควบคุมโรค MDR-TB ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมเฝ้าระวังและควบคุมโรคในกลุ่มเสี่ยง พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมตามแบบแผนการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ชุมชนที่มีอัตราสูงของวัณโรคสูงหรือมีอัตราอุบัติการณ์ของ MDR-TB ได้

คำสำคัญ: วัณโรคดื้อยาหลายขนาน การพัฒนาแบบแผน การเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรค

Abstract

Multi drug resistant tuberculosis (MDR-TB) situation in Surin province is increasingly likely, and there is a lack of effective forms of surveillance and disease control in the community. Therefore, this action research was conducted based on the concepts of Kemmis and McTaggart comprising four steps: planning, acting, observing and reflecting (PAOR) to develop a model of surveillance and control of MDR-TB in the community. There are 2 groups of samples consist of 1) 15 person were purposive sampling from Tuberculosis (TB) specialists, health workers, community leaders, village health volunteers (VHV) and the local administrative organization personnel and 2) 21 high risk persons in the experimental group were simple random sampling from the risk groups in the area with MDR-TB case; Chumponburi district, Surin province and received an action of developmental model for MDR-TB surveillance and disease control in the community. All of them were attending the workshop research process during January 2020 – September 2021. The quantitative data were collected from the questionnaires, knowledge examines, interview and TB screening form. Data were analyzed with descriptive statistics and paired T-test. The qualitative data were collected by interviews and observations. Qualitative data were analyzed with the content analysis method. The results found that there are 5 steps in the effective model for MDR-TB surveillance and control in the community. The 5 steps consisted of 1) Development of health workers and VHV potential in terms of tuberculosis surveillance and control 2) Expedited active case finding for new TB patients in the community. 3) Intensive surveillance and monitoring of treatment of relapsed pulmonary TB patients 4) Screening of vulnerable people in villages where found MDR-TB cases or have high prevalence rates of TB, and 5) Coordination of information referring system both in the facility and in the community for the monitoring and control of MDR-TB. The results of comparison of behavioral practices, surveillance and disease control among vulnerable groups found that; after the trial of the model, the averaged mean difference in behavioral scores, monitoring and controlling MDR-TB are higher than pretest significant (p -value < 0.05). Therefore, conducting activities based on developed model of MDR-TB surveillance and control in this community can be applied to monitoring and controlling MDR-TB in communities with high prevalence rates of TB or there are incidence cases of MDR-TB.

Keywords: Multidrug resistant tuberculosis, model development, surveillance and control of tuberculosis

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis; TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ส่วนใหญ่ มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80.00) เป็นโรคติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย (Airborne transmission) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) จัดเป็นกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High burden countries) ได้แก่ มีภาระโรควัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ

เอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistant-TB, MDR-TB) สูง⁽¹⁾ ซึ่งการได้รับการรักษาวัณโรคที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึงเชื้อดื้อต่อยา Isoniazid (INH, H) และยา Rifampicin (RIF, R) พบได้ประมาณ ร้อยละ 4.10 ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 19.00 ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำ^(2,3) และในปี 2562 WHO ได้คาดการณ์ว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน หรือดื้อยา Rifampicin (RR-TB) 465,000 ราย

และผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตประมาณ 1.2 ล้านคน⁽⁴⁾ WHO ได้คาดการณ์ทางระบาดวิทยาว่าในปี พ.ศ.2563 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิด เป็น 150 ต่อประชากรแสนคน มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยา Rifampicin (MDR/RR-TB) 2,500 ราย ซึ่งคาดการณ์ว่าจะพบผู้ป่วยวัณโรค MDR/RR-TB คิดเป็นร้อยละ 1.70 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และร้อยละ 10.0 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน⁽¹⁾ สถานการณ์วัณโรคดื้อยาหลายขนานในจังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561- 2563 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 11, 12 และ 17 ราย ตามลำดับ (อัตราป่วย 0.78, 0.86 และ 1.45 ต่อประชากรแสนคน) โดยผู้ป่วยกระจายในพื้นที่ 7 อำเภอ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย MDR-TB ที่พักอาศัยในหมู่บ้านเขตชนบท และในปี พ.ศ. 2562 จังหวัดสุรินทร์ พบมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (Pre-XDR) จำนวน 1 ราย ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี และ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensive drug resistant tuberculosis, XDR-TB) จำนวน 2 ราย อยู่ในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี และอำเภอสังขะ ในปี 2563 พบผู้ป่วย XDR-TB จำนวน 1 ราย ในพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์⁽⁵⁾ โดยผู้ป่วยทั้งทุกรายถูกวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดมาก่อนแล้ว แต่ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ย้ายถิ่นฐานบ่อยครั้ง ประกอบกับอาศัยในชุมชนที่เป็นพื้นที่รอยต่อระหว่างจังหวัดส่งผลให้การติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยและการควบคุมโรคเป็นไปด้วยความยากลำบาก จนนำไปสู่การป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน และบางรายขาดติดตามเฝ้าระวังด้านพฤติกรรมและการรักษา จนพัฒนาเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนในพื้นที่ยังขาดความตระหนักรู้ในการป้องกันตนเองต่อวัณโรค และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังควบคุมวัณโรค จึงส่งผลให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น และเกิดความล้มเหลวในการรักษาวัณโรค ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคทุกรายมีโอกาที่จะเป็น MDR-TB และ XDR-TB ตามมา⁽⁶⁾

การป้องกัน เฝ้าระวัง และควบคุมวัณโรคดื้อยาทุกชนิดนั้น ต้องเริ่มต้นจากครอบครัวที่มีผู้ป่วยวัณโรคธรรมดา ก่อน เพราะการรักษาวัณโรคใช้ระยะเวลานาน หากกินยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ครบสูตรจะทำให้เชื้อดื้อยาได้ จึงต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามากำกับให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าทุกวัน (Directly observed treatment, Short – Course; DOTs) หรือคนในครอบครัวก็อาจทำหน้าที่นี้แทนได้ระยะที่ผู้ป่วยยังอาจแพร่เชื้อได้คือ 2 สัปดาห์หลังรับการรักษา ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลจะขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลในระยะนี้ เพื่อสังเกตการกินยา ผลข้างเคียงของยา และควบคุมโรคไปพร้อมกัน สำหรับการป้องกัน MDR-TB จะแยกตัวผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจะเข้มงวดกว่า คืออย่างน้อย 1 เดือน และจนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์⁽⁷⁾ การดูแลทางด้านจิตใจก็สำคัญไม่แพ้การรักษา ทางด้านร่างกาย รวมถึงการช่วยเหลือทางสังคม เช่น การชดเชยรายได้ การทำความเข้าใจกับชุมชนไม่ให้เกิดการตีตรากับผู้ป่วยและความตื่นตระหนก นอกจากนี้ชุมชนก็อาจเข้ามามีส่วนร่วมในเฝ้าระวัง คือการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั้งเชิงรุกในชุมชนและการตรวจจับการระบาดร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสใกล้ชิดเข้ามารับการตรวจและรักษาได้อีกด้วย อีกทั้งยังนำไปสู่การพยากรณ์โรค การวางแผนและกำกับติดตามผลการดำเนินงานบอกขนาดของปัญหา และการวางแผนเพื่อป้องกันปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานในพื้นที่นั้น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป⁽⁸⁾

ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ยังขาดรูปแบบการเฝ้าระวัง และควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่เกิดจากความร่วมมือในระดับชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนารูปแบบหรือสร้างแบบแผนที่จะชักนำให้ผู้ป่วยวัณโรค และประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในชุมชนที่มีผู้ป่วยวัณโรค และ MDR-TB เกิดความตระหนัก เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรค และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคที่ตนเองมีส่วนร่วมในการพัฒนาขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราป่วยด้วยวัณโรคและ MDR-TB ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อหลายขนานในชุมชน จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อหลายขนานในชุมชน
3. เพื่อประเมินรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อหลายขนานในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด PAOR ของ Kemmis และ McTaggart⁽⁹⁾

พื้นที่วิจัย คือ ตำบลศรีณรงค์ และตำบลเมืองบัว อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามขั้นตอนการวิจัยได้ดังนี้

1) การศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อหลายขนานในจังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโรคในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์และโรงพยาบาลสุรินทร์จำนวน 5 คน

2) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเลือกแบบเจาะจงจำนวน 15 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค 2 คน ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจากหน่วยงานสาธารณสุขและโรงพยาบาล 6 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 3 คน ตัวแทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 2 คน ผู้นำชุมชน 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน

3) การประเมินรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชนที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลชุมพลบุรี อำเภอชุมพลบุรี ระหว่าง 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564 คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย

ของประชากรสองกลุ่มแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.10.0 แทนค่าพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องจากการศึกษาของมุกดา วิเศษ และคณะ⁽⁶⁾ โดยใช้ผลต่างค่าเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คน โดยผู้วิจัยดำเนินการสุ่มอย่างง่ายจากกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคที่จากตำบลศรีณรงค์ และตำบลเมืองบัว อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลบริบทชุมชน แบบบันทึกและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณคือแบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านปัจจัยร่วม ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 ข้อ และ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรับรู้ในการป้องกันวัณโรคประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคจำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรคจำนวน 10 ข้อ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรควัณโรค จำนวน 10 ข้อ และแรงจูงใจในการป้องกันโรควัณโรคจำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 3 การปฏิบัติพฤติกรรม การเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคในชุมชน จำนวน 14 ข้อ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในส่วนแบบสอบถามได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ตำบลชุมพลบุรี จำนวน 15 คน โดยแบบทดสอบความรู้ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของ KR-20 เท่ากับ 0.71 การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรควัณโรค แรงจูงใจในการป้องกันโรควัณโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของ Cronbach's alpha

coefficient เท่ากับ 0.79, 0.85, 0.78, 0.85 และ 0.78 ตามลำดับ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนมกราคม 2563 - กันยายน 2564 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังโรค COVID-19 อย่างเคร่งครัดจนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย มีขั้นตอนกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงกระบวนการวิจัย แก่แพทย์ประจำคลินิกวัณโรค เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรคแต่ละโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่พบผู้ป่วยMDR-TB โดยการคัดเลือกชุมชน ประสานงานกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มที่ 1) ที่เป็นภาคีเครือข่ายในพื้นที่และผู้เชี่ยวชาญเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัยในการพัฒนารูปแบบ

2. ระยะการดำเนินการวิจัยและประเมินผล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan; P) ระยะเวลา 10 สัปดาห์ มีกิจกรรมคือการศึกษาริบทและประเมินสถานการณ์ปัญหาวัณโรค และ MDR-TB ในจังหวัดสุรินทร์ และสถานการณ์ในพื้นที่เสี่ยงสูง การกำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน โดยเลือกพื้นที่มีอัตราการป่วยด้วยวัณโรคที่สูง และมีผู้ป่วย MDR-TB ขึ้นทะเบียนรักษาอย่างต่อเนื่อง คือพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี ด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 วางแผนดำเนินการต่างๆตามรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคด้วยหลายขนานในชุมชน ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action; A) ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 15 สัปดาห์เป็นการ

จัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนาระบบการสร้างรูปแบบ โดยใช้องค์ประกอบของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ได้จากระยะก่อนการวิจัยและระยะการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 ที่พบว่า ผู้ป่วย MDR-TB พัฒนามาจากผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษาต่อเนื่อง และพื้นฐานจากความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลได้แก่การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ได้จัดเวทีกลุ่มย่อย ระดมความคิดเห็นการหารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชนที่เหมาะสมกับบริบท

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe; O) ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา 16 สัปดาห์เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชนที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริงในชุมชน โดยทดลองใช้กับตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ติดตามให้คำแนะนำแก่ชุมชน ตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม วัดผลความรู้ การรับรู้การป้องกันวัณโรคและการปฏิบัติกิจกรรมเฝ้าระวังและควบคุมโรคทั้งก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น สรุปผลการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect; R) ใช้เวลาดำเนินการตลอดขั้นตอนนี้ระยะเวลา เป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลต่างๆ ให้ชุมชน และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคจากโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับการป้องกันวัณโรคในชุมชน หรือการขยายผลในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้การป้องกันวัณโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคด้วยหลายขนาน ด้วย Paired T-test

และ 95% CI ของความแตกต่าง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกัน MDR-TB สรุปผลการวิจัยจาก 4 ขั้นตอน เป็นดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ จากการศึกษาศถานการณ์ MDR-TB ในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า ตั้งแต่ปี 2560-2564 มีจำนวนผู้ป่วย MDR-TB เพิ่มขึ้นทุกปี และมีการกระจายการเกิดเหตุไปทุกอำเภอโดยพบผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 5, 10, 12, 16 และ 14 ราย (ณ วันที่ 28 กันยายน 2564) ตามลำดับ โดยในปี 2564 มีผู้ป่วยรักษาหายแล้ว 2 คน และเสียชีวิต 2 คน ยังรักษาอยู่ 10 คน นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนต่างจังหวัด แต่เข้ามาพักรักษาที่ห้องที่จังหวัดสุรินทร์อีก 2 ราย อำเภอที่พบผู้ป่วย MDR-TB มากที่สุดคือ อำเภอเมืองสุรินทร์ จำนวน 3 ราย รองลงมาคืออำเภोजอมพระ และอำเภอรัตนบุรีแห่งละ 2 ราย จากข้อมูลการสอบสวนโรคเบื้องต้นพบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการป่วยด้วย MDR-TB คือ เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเดิม แต่รักษาไม่ครบ และเป็นกลุ่มที่เคยป่วยวัณโรครักษาครบแต่กลับมาติดเชื้อวัณโรคซ้ำ ยังไม่พบการติดเชื้อ MDR-TB แบบปฐมภูมิในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ ในด้านการเฝ้าระวังและการควบคุมโรคในพื้นที่นั้นในแต่ละอำเภอปฏิบัติคล้ายๆกัน ยังเป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลัก ชุมชนยังให้ความร่วมมือน้อย กลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน มีเพียงการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาที่แพทย์สั่งการไว้เมื่อผู้ป่วยกลับมาพักรักษาที่บ้าน โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกวัณโรคเป็นผู้ประสานงาน ส่วนใหญ่เป็นการโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วย ในด้านการติดตามเยี่ยมและควบคุมกำกับกำกับการกินยา (DOTs) เป็นบทบาทหลักของบุคลากรสาธารณสุขในระดับ รพ.สต. และ อสม. ในพื้นที่ซึ่งยังมีผู้ป่วย MDR-TB บางรายยังปฏิเสธการเข้าเยี่ยมในหมู่บ้าน ส่วนพื้นที่เป้าหมายคืออำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ มีรายงานพบผู้ป่วย MDR-TB เมื่อ

ปี 2561-2563 ปีละ 1 ราย ในพื้นที่ตำบลเมืองบัว และตำบลศรีณรงค์ ซึ่งรักษาหายแล้วทั้งสามราย โดยในปี 2561 มีผู้ป่วย MDR-TB ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง และพัฒนาเป็นผู้ป่วย Pre-XDR TB จำนวน 1 รายในพื้นที่ตำบลเมืองบัว และในปี 2562 ยังพบผู้ป่วย XDR-TB ในพื้นที่ตำบลศรีณรงค์ จำนวน 1 ราย ทั้งสองรายนี้ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัดข้างเคียง แต่พักรักษาต่อเนื่องในอำเภอชุมพลบุรี ปัจจัยที่สำคัญต่อการติดเชื้อ MDR-TB คือ อำเภอชุมพลบุรี มีผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อซ้ำในอัตราที่สูงคือ ร้อยละ 8.25-15.20 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดในแต่ละปี และมีผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดเพิ่มขึ้นและมีผลเสมหะบวก ร้อยละ 48.50-82.30 ของผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นวัยแรงงาน มักอพยพไปทำงานต่างจังหวัดเมื่อมีอากรดีขึ้น ทำให้ขาดการติดต่อและการติดตามมารับการรักษาในการป้องกันวัณโรคหรือวัณโรคติดต่ออายุทุกชนิดในชุมชน อำเภอชุมพลบุรี ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเช่นเดียวกับอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดสุรินทร์ สิ่งที่หน่วยบริการสาธารณสุขดำเนินการในชุมชนคือ การจัดทำโครงการคัดกรองวัณโรคปอด และต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมพลบุรี ซึ่งอยู่ห่างชุมชนที่พักอาศัย ทำให้ประชาชน และกลุ่มเสี่ยงบางส่วนไม่สมัครใจที่จะเข้ารับการคัดกรอง ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกวินิจฉัยวัณโรคหรือ MDR-TB และมีการรักษาในระยะเข้มข้นแล้ว จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชุมพลบุรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่หลังจากที่โรงพยาบาลส่งตัวกลับชุมชน โดยในช่วงต้นปี 2563 เป็นต้นมา อำเภอชุมพลบุรีประสบปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการสวมหน้ากากอนามัยและการจัดระยะห่างทางสังคมอย่างเคร่งครัด จึงเป็นผลต่อการลดการแพร่ระบาดของวัณโรคไปด้วย แต่ระบบการเฝ้าระวังวัณโรคในชุมชนถูกละเลยและลดความเข้มข้นลง บุคลากรที่เกี่ยวข้องถูกทุ่มลงไปกับการแก้ปัญหา COVID-19 แต่ยังคงปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน และจัดบริการส่งยาให้ผู้ป่วยวัณโรคถึงที่บ้านตามรอบการนัดหมาย ส่วนกิจกรรมการคัดกรองดำเนินการให้เฉพาะกลุ่มเสี่ยง

ผู้สัมผัสร่วมบ้าน หรือผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่เท่านั้น อีกทั้งผู้ป่วยวัณโรคเองยังต้องเจอกับอุปสรรคในการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากต้องปฏิบัติตามมาตรการของโรงพยาบาลตามสถานการณ์ COVID-19 ซึ่งปัญหานี้กระทบต่อผลการรักษาและเกิดวัณโรคดื้อยาตามมา จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยด่วน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนพัฒนาและกำหนดรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน เนื่องจากพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ มีอุบัติการณ์ของ MDR-TB, Pre-XDR และ XDR-TB อย่างต่อเนื่อง และโรงพยาบาลสุรินทร์ส่งตัวผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นกลับมาพักรักษาต่อเนื่องที่บ้านซึ่งอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอชุมพลบุรี ตั้งแต่ปี 2560-2563 มีผู้ป่วย MDR-TB จำนวน 3 ราย Pre-XDR 1 ราย และ XDR-TB 2 ราย ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดนี้ล้วนพัฒนามาจากการรักษาวัณโรคปอดไม่สำเร็จ ทำให้ประชาชนมีความตื่นตระหนก อีกทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ผู้ป่วยวัณโรค บุคลากรสาธารณสุข อสม. และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ยังขาดความรู้เรื่อง MDR-TB และยังขาดแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ที่เหมาะสม จึงได้พัฒนาเป็นรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน 5 กิจกรรม ดังนี้

1) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ในด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรค โดยการสร้างองค์ความรู้เรื่อง MDR-TB และส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ โดยดำเนินกิจกรรมเชิงรุกเพื่อให้ความรู้เรื่องวัณโรคดื้อยาแก่กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่และพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดในชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน โดย โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต.ในพื้นที่ เป็นหน่วยงานดำเนินการโดยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างเคร่งครัดเมื่อมีกิจกรรมต้องรวมกลุ่มผู้คน เนื้อหาประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การควบคุมกำกับการกินยา การเยี่ยมบ้าน การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน การประเมินตรวจจับสถานการณ์เมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติ และการป้องกันการ

แพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน

2) การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ทั้ง 7 กลุ่ม ที่กรมควบคุมโรคกำหนดเพื่อรับการตรวจวินิจฉัย และควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกชนิด สามารถเข้ารับการตรวจเสมหะ การ X-ray ปอดและได้รับการตรวจทางอณูวิทยาทุกรายในการเฝ้าระวังผู้ป่วย MDR-TB รายใหม่ในชุมชน

3) การเฝ้าระวังและติดตามการรักษาวัณโรคปอดในผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ อย่างมีประสิทธิภาพ ในการเฝ้าระวังกลุ่มนี้ ทางโรงพยาบาลจะต้องแจ้งข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับทราบ เพื่อการติดตามอย่างใกล้ชิด ป้องกันการขาดการรักษาและสะท้อนสภาพปัญหาให้โรงพยาบาลต้นสังกัดทราบโดยด่วน

4) การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย MDR-TB ทุก 6 เดือน เป็นระยะเวลา 2 ปี เพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัจจัยต้นเหตุและพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในระยะยาว ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง และประชาชนในหมู่บ้าน โดยจัดกิจกรรมคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงสามารถใช้คัดกรองด้วยวาจาและคัดกรองด้วยเครื่องเอกซเรย์ทั้งแบบหน่วยรถเคลื่อนที่และที่โรงพยาบาลเป็นลักษณะชุดบริการตรวจสุขภาพประจำปี โดยให้ รพ.สต. จัดเตรียมกลุ่มเป้าหมายและแบบคัดกรองโรงพยาบาลและเครือข่าย รพ.สต. ในแต่ละอำเภอให้การสนับสนุนบุคลากรและเครื่องมือต่างๆ ในการปฏิบัติการคัดกรองด้วยวาจา ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนส่งรายชื่อที่คัดกรองแล้วพบความผิดปกติไปรับการตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล จากการคัดกรองด้วยวาจาในกลุ่มเสี่ยงพื้นที่ตำบลศรีณรงค์ และตำบลเมืองบัว อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 645 คน กลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อเพื่อเอกซเรย์ปอดจำนวน 55 คน ในจำนวนนี้พบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ 12 ราย (ร้อยละ 1.86, 95%CI; 0.09-3.22) และได้รับการตรวจเสมหะด้วยวิธีการตรวจทางอณูวิทยาแต่ไม่พบการติดเชื้อวัณโรค

5) การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการ และในชุมชน เพื่อการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB โดยกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบวัณโรคในระดับหมู่บ้าน รพ.สต. และชุมชนต้องเตรียมความพร้อมชุมชน โดยการ จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมบ้านผู้ป่วย ตามบริบทในพื้นที่ให้มีความพร้อมที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ที่ได้พัฒนาขึ้นทั้ง 5 กิจกรรม ไปสู่การปฏิบัติจริงในชุมชน ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน โดยการสร้างองค์ความรู้เรื่อง MDR-TB ร่วมด้วย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ดำเนินการจัดกิจกรรมนี้ให้กลุ่มเป้าหมายจากทุกอำเภอ จำนวน 34 คน ระยะเวลา 1 วัน และพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดในชุมชน โดยเฉพาะ กลุ่ม อสม. ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน โดยให้โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ในพื้นที่ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่กลุ่มเป้าหมายข้างต้นในจำนวนตามความเหมาะสม เป็นระยะเวลา 1 วัน จากนั้นจึงทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มที่ 2 และขยายผลการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะกิจกรรมการคัดกรองให้ครอบคลุมหมู่บ้านที่เสี่ยงสูง และประชาชนที่มีความเสี่ยงและกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมาย

ทุกคนในหมู่บ้านต้องได้รับการคัดกรองด้วยตัววาจา และตรวจ เอกซเรย์ปอด เมื่อมีความผิดปกติตามเกณฑ์ และได้มีข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินการคัดกรองอย่างเร่งด่วนในผู้ที่น้ำหนักลดผิดปกติ ร่วมกับมีไข้ต่ำๆ ตอนบ่ายหรือเย็น เจ็บหน้าอก อาจมีอาการไอหรือไม่มีอาการไอร่วมก็ได้

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติเป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน หลังจากได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมา นี้ไปทดลองใช้ในกลุ่มเสี่ยง และประเมินผลการนำไปใช้เป็นดังนี้ ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องวัณโรคของประชากรกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบในชุมชน พบว่าในด้านความรู้ หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ในด้านการรับรู้พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค และแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคหลังการทดลองมีค่าค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และการปฏิบัติพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.034$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคปอด การรับรู้ แรงจูงใจ และการปฏิบัติ พฤติกรรมพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรค

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	SD.	Mean diff. of $\bar{d}$	95% CI	P-value
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค						
ก่อนทดลอง	21	4.90	1.92			
หลังทดลอง	21	8.04	1.28	3.14	2.21-4.07	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค						
ก่อนทดลอง	21	6.71	2.47			
หลังทดลอง	21	7.90	1.70	1.19	-0.21-2.59	0.093
การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค						
ก่อนทดลอง	21	6.14	2.95			
หลังทดลอง	21	8.14	1.93	2.00	0.23-3.76	0.028
การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรควัณโรค						
ก่อนทดลอง	21	6.14	2.78			
หลังทดลอง	21	7.66	1.46	1.52	0.18-2.86	0.027
แรงจูงใจในการป้องกันโรควัณโรค						
ก่อนทดลอง	21	7.19	2.67			
หลังทดลอง	21	9.76	1.54	2.57	1.23-3.90	0.007
พฤติกรรมเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรค						
ก่อนทดลอง	21	31.28	5.13			
หลังทดลอง	21	34.52	3.02	3.23	0.25-6.22	0.034

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เช่น อปท. อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ ให้ความสนใจ และเข้าใจถึงสถานการณ์ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทุกคนให้ความเห็นที่เหมือนกันคือ “การควบคุมโรค COVID-19 ชุมชนยังช่วยกันจนสามารถควบคุมโรคได้ ซึ่งเป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจเช่นเดียวกับวัณโรค ดังนั้นวัณโรคก็อย่าชุมชนช่วยกันทำได้เช่นกัน” ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็น จะมีการแสดงออกถึงความสนใจที่ได้รับรู้สิ่งใหม่ๆ ในเรื่องโรควัณโรคก็อย่าทุกชนิด ชุมชนร่วมกันค้นหาปัญหาและ

สถานการณ์วัณโรคในชุมชน สะท้อนความต้องการของชุมชนต่อการแก้ปัญหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยาในชุมชน ร่วมกันวางแผนการคัดกรองวัณโรคในชุมชน การตัดสินใจร่วมกันที่จะใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคนี้ในชุมชนซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถดำเนินการได้จริง ในมุมมองของบุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า มีความจำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพของผู้กำกับการกักกัน โดยให้ผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดมี Case Manager/ DOT เป็นรายบุคคล และหน่วยบริการทุกแห่งต้องเร่งคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง 7+1 (X-ray ทรวงอก) ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงและขาดยาควรมีรูปแบบการ

ดูแลเป็นพิเศษตามความเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วมให้ได้รับการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง การคืนข้อมูลและติดตามผลการดำเนินงานควรทำทั้งในระดับชุมชน และในเวทีผู้บริหารทุกระดับ และโรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องส่งตรวจเสมหะทางอนุวิทยา (Molecular) และทดสอบความไวต่อยาในกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้สามารถตรวจจับวัณโรคตัวยารวดเร็วขึ้น โดยกำหนดให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกรายส่งเสมหะเพาะเชื้อ/ทดสอบความไวต่อยา หากพบผู้ป่วยวัณโรคตัวยารวดเร็วได้นำเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบระยะสั้นได้โดยเร็ว

การอภิปรายผล

วัณโรคตัวยาลายขนานถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การควบคุมโรควัณโรคได้ยากลำบากขึ้น อีกทั้งยังใช้เวลาในการรักษายาวนาน จึงต้องมีรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพและได้รับความร่วมมือจากชุมชนอย่างเข้มแข็งจึงจะสามารถหยุดการแพร่ระบาดของวัณโรคได้ สถานการณ์ MDR-TB ในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การป่วยด้วยวัณโรคปอดที่เพิ่มขึ้นประกอบกับผู้ป่วยวัณโรคบางรายที่ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังขาดระบบการติดตามเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ จึงมีผู้ป่วยวัณโรคพัฒนาไปเป็นวัณโรคตัวยาในพื้นที่เพิ่มขึ้น⁽⁵⁾ รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชนนั้น ยังไม่มีรูปแบบเฉพาะ ยังคงเป็นเพียงการป้องกันหรือการดูแลวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงทั่วไป ประกอบกับในพื้นที่ที่มีผู้ป่วย MDR-TB เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ย่อมสื่อให้เห็นกระบวนการการป้องกัน การเฝ้าระวัง การควบคุมและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนที่ขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการเกิดเหตุผู้ป่วยวัณโรคขาดยา ขาดการรักษาที่ต่อเนื่องจนนำมาซึ่งการพัฒนาเป็นวัณโรคตัวยาหลายขนาน⁽⁶⁾ การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชนที่พัฒนาขึ้นมาจึงมุ่งเน้นการจัดหาแบบที่เหมาะสมเพื่อเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ตามบริบทพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีอัตราสูงของวัณโรคในอัตราที่สูง และมี MDR-TB อุบัติการณ์ขึ้นในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการต่างๆ เป็นการดำเนินการ

ร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านวัณโรค เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. อบต. และประชาชนในชุมชน โดยกระบวนการต่างๆ ได้ถูกดำเนินการอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน PAOR จึงเกิดรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน 5 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ในด้านการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโดยดำเนินกิจกรรมเชิงรุกเพื่อให้ความรู้เรื่องวัณโรคตัวยาแก่กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่และพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดในชุมชน ได้แก่ การติดตามเฝ้าระวังการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การควบคุมกำกับกรกินยา การเยี่ยมบ้าน และการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน เมื่อได้นำรูปแบบดังกล่าวนี้ไปทดลองใช้ พบว่า ในด้านความรู้เรื่องวัณโรค หลังการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้หลังการทดลองเพิ่มขึ้น 3.14 คะแนน (95%CI ; 2.21-4.07, P-value <0.001) โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของมุกดา วิเศษและคณะ⁽⁶⁾ และการศึกษาของนิรมล พิมน้ำเย็น และคณะ⁽¹⁰⁾ เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในชุมชน ยังขาดโอกาสได้เรียนรู้เรื่องวัณโรค และ MDR-TB การเพิ่มความรู้อาจมีความจำเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมวัณโรค ซึ่งกิจกรรมในขั้นตอนนี้เป็นการเตรียมพร้อมด้านการสร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่จะปฏิบัติงานด้านวัณโรคในชุมชน ประกอบกับวิทยาการด้านวัณโรค แนวปฏิบัติต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง หลังจากผ่านการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวัณโรค ส่งผลเกิดมีความเข้าใจในเนื้อหา ทราบบทบาทหน้าที่และแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีความพร้อมในการปฏิบัติงานร่วมกันในชุมชน มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิดรายใหม่เชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนในหมู่บ้าน โดยเฉพาะในหมู่บ้านหรือชุมชนที่มีการพบผู้ป่วย MDR-TB หรือมีอัตราสูงของวัณโรคสูงย่อมมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของ MDR-TB

ในขั้นตอนนี้มีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยบริการสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ร่วมปฏิบัติกิจกรรมคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทุกคนในหมู่บ้าน ซึ่งต้องใช้คัดกรองด้วยวาจา การเอกซเรย์ปอด และได้รับการตรวจเสมหะด้วยวิธีการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์และทางอณูวิทยาในกลุ่มเสี่ยงทุกราย และควรมีการคัดกรองอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่าสองปีตามระยะเวลาในการรักษา MDR-TB ซึ่งกระบวนการคัดกรองด้วยวาจาและการเอกซเรย์ปอดแบบเคลื่อนที่สามารถนำไปใช้ถึงระดับหมู่บ้านได้ กรณีที่พบความผิดปกติจะส่งเสมหะตรวจทางอณูวิทยา ทำให้สามารถวินิจฉัยวัณโรคได้เร็วขึ้น และคัดกรองได้จำนวนมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความล่าช้าในการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันการเสียชีวิตระหว่างการรักษา ตลอดจนสามารถลดการแพร่กระจายวัณโรคในชุมชนได้ ขั้นตอนที่ 3 การเฝ้าระวังและติดตามการรักษาวัณโรคปอดในผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคที่กลับมารักษาซ้ำเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิด MDR-TB⁽³⁾ จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มนี้เป็นพิเศษ การสร้างแนวทางการติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาซ้ำหรือกลุ่มที่ขาดยาหรือกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนในพื้นที่ที่มีความจำเป็นกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบวัณโรคในระดับหมู่บ้าน วางแผนทำระบบ DOTs เยี่ยมบ้านให้คำแนะนำติดตามการรักษาในชุมชนจนครบกำหนด ค้นข้อมูลที่จำเป็นให้ชุมชนทราบเพื่อลดการตีตราทางสังคม ซึ่งเมื่อส่งตัวผู้ป่วย MDR-TB หรือผู้ป่วยวัณโรคกลับไปรักษาต่อที่บ้านแล้ว ต้องเร่งรัดการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องวัณโรคแก่ประชาชนในทุกๆ ช่องทางการสื่อสารต่างๆ ปรับมาตรการเยี่ยมและติดตามผู้ป่วย โดยทิศทางการดำเนินงานจะให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการคัดกรองหรือค้นหาผู้ป่วยโดยชุมชนเอง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่น้ำหนักลดผิดปกติ ร่วมกับมีไข้ต่ำๆ ตอนบ่ายหรือเย็น เจ็บหน้าอก อาจมีอาการไอหรือไม่มีอาการไอร่วมด้วยก็ตาม จะต้องรีบตรวจหาวัณโรคและเข้าถึงการรักษาโดยเร็ว ขั้นตอนที่ 4 การคัดกรองประชาชนกลุ่ม

เสี่ยงในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยวัณโรคด้วยยาหลายขนานทุก 6 เดือน เป็นระยะเวลา 2 ปี สืบเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในพื้นที่ การเฝ้าระวังโดยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยวาจาและการเอกซเรย์ปอดจึงสามารถดำเนินการได้เพียง 1 ครั้ง โดยสามารถค้นพบกลุ่มเสี่ยงที่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ ร้อยละ 1.86 (95%CI; 0.09-3.22) ซึ่งมีอัตราการพบความผิดปกติใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽⁶⁾ โดยกลุ่มที่พบความผิดปกติจะได้รับการนัดหมายในการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในกระบวนการคัดกรองนี้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้ความสนใจในการเข้ารับการคัดกรองและพร้อมปฏิบัติตามมาตรการที่เจ้าหน้าที่แนะนำอย่างเคร่งครัด และขั้นตอนที่ 5 การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชน ในกรณีผู้ป่วยวัณโรคทุกชนิด ที่กลับมารักษาอยู่ในหมู่บ้าน ระบบการเฝ้าระวังที่สำคัญคือการจัดทำระบบ DOTs โดยความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้ระบบสื่อสารทางสังคมผ่านระบบ Line กลุ่ม และระบบวิดีโอคอล และติดตามเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำติดตามการรักษาจนครบกำหนดอีกหนึ่งกิจกรรมคือการค้นข้อมูลในที่ประชุมของหมู่บ้าน และรายงานการดำเนินการให้คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอและระดับจังหวัดทราบ อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง

การประเมินผลการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม การเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค และแรงจูงใจในการป้องกันวัณโรคหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และการปฏิบัติพฤติกรรม การเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ในชุมชน หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุมวัณโรคด้วยยาหลายขนานในชุมชน เป็นรูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB ที่สามารถประยุกต์ใช้ใน

ชุมชนที่มีผู้ป่วย MDR-TB หรือมีอัตราสูงของวัณโรคสูงเพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมการเกิดวัณโรคทุกชนิดในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการเฝ้าระวังและควบคุม MDR-TB เป็นรูปแบบที่นำไปปฏิบัติได้จริงและสามารถนำไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนทั้งที่มีและไม่มีอุบัติการณ์ MDR-TB หรือที่มีความสูงของวัณโรคสูง หรือพื้นที่ที่มีบริบทที่ใกล้เคียงพื้นที่วิจัยได้ และสามารถปรับลดขั้นตอนต่างๆ ได้ตามความเหมาะสมในแต่ละบริบทชุมชน

2. ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบและการนำรูปแบบที่พัฒนาได้ไปใช้ ควรมีการตระหนักถึงการติดตามทางสังคม จึงต้องมีการศึกษาบริบทชุมชนให้รอบคอบ และต้องได้รับความร่วมมืออย่างจริงจังจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ต้องขอขอบพระคุณ นพ.เจตต์ ตี๋ยัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพลบุรี และ อาจารย์ปิยะพร มนต์ชาติรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณภาคีเครือข่ายเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค จังหวัดสุรินทร์ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมืออย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant TB: XDR-TB) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tbthailand.org/download/form/>
2. Stosic M, Vukovic D, Babic D, Antonijevic G, Foley KL, Vujcic I, et al. Risk factors for multidrug-resistant tuberculosis among tuberculosis patients in Serbia: a case-control study. BMC Public Health 2018; 18: 1114.
3. Pradipta IS, Forsman LD, Bruchfeld J, Hak E, Alffenaar JW. Risk factors of multidrug-resistant tuberculosis: A global systematic review and meta-analysis. J Infect 2018; 77(6): 469-78.
4. World Health Organization. Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.
5. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. สรุปผลการดำเนินงานปี 2563. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์; 2563.
6. มุกดาวิเศษ, นพดล พิมพ์จันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก โดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2563; 27(2): 1-11.
7. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2019.
8. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยสูตรยาระยะสั้น 9 เดือน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2561.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong, Victoria: Deakin University Press.; 1988.
10. นิรมล พิมพ์น้ำเย็น, ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. ความรู้และเจตคติต่อวัณโรคดื้อยาหลายขนานของเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลศูนย์ทั่วไปและชุมชน พื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2554; 5(1): 47-58.

ประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นหญิงในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดขอนแก่น

The Experiences Smoking E-cigarette among Teenage Girls in Higher Education Institutions in Khon Kaen Province

รุจี จารุภักษ์ ศศ.ม. (สังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์)*

Rujee Charupash M.A. (Development of Sociology)*

*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

*Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

สถาบันพระบรมราชชนก

Province, Praboromarajchanok Institute

Received: March 30, 2021

Revised: June 24, 2021

Accepted: August 30, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบการตีความ (Hermeneutic Phenomenology) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การให้ความหมายและวิธีการนำสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นหญิงในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษาเขตอำเภอเมืองขอนแก่นจำนวน 6 คน (อายุระหว่าง 18-21 ปี) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและการบอกต่อ (Snow ball sampling) รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมจนข้อมูลอิ่มตัว และวิเคราะห์ตามแนวทางของ Colaizzi

พบว่า วัยรุ่นหญิงรับรู้และให้ความหมายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในด้านบวกจะมีน้ำหนักมากกว่าด้านลบ โดยบุหรี่ทำให้ไม่มีความแตกต่างและมีความเท่าเทียมกันระหว่างเพศ สูบได้ทุกแห่งเพราะมีกลิ่นหอมติดตัวและเมายายมีความมั่นใจในตนเองในสังคมกลุ่มเพื่อน ไม่เขย ดุมีฐานะ เป็นผู้นำมั่นใจในตัวเอง ทำให้ลดน้ำหนักและเลิกสูบบุหรี่แบบมวนธรรมดาได้และคลายเครียด ส่วนด้านลบ คือ เป็นสิ่งเสพติดมีผลเสียต่อสุขภาพ เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้เสียเงิน รายได้ลดลงและเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ส่วนวิถีหรือเส้นทางการสูบบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่การสัมผัสบุหรี่ไฟฟ้าจนกระทั่งการติด มีจำนวน 3 เส้นทาง ได้แก่ 1) อยากลอง: เป็นการอยากลองตามคำชวนของเพื่อนหรือคนใกล้ชิดซึ่งเป็นของแปลกที่ดูดี ลองแล้วติดเนื่องจากความแปลกใหม่ของน้ำยาและอุปกรณ์ที่ทันสมัย สามารถจะสูบได้ทุกแห่งที่ต้องการ 2) อยากเลียนแบบ: เป็นความรู้สึกลอยล่องเท่าเทียมเพื่อนชาย ดูเท่และต้องการมีตัวตนในกลุ่มเพื่อน และ 3) ตั้งใจที่จะสูบ: เพื่อให้ลดความเหงาและคลายเครียด ถึงแม้ว่าวัยรุ่นหญิงรับรู้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลเสียด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ แต่ยังมีคามนิยมอย่างมากจากภาพลักษณ์ที่ดูทันสมัย ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ปกครอง บุคลากรสุขภาพ และครูในสถานศึกษา ควรร่วมมือกันหาแนวทางเพื่อลด ละ เลิกการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นหญิง เช่น ครอบครัควรเป็นตัวอย่างที่ดีไม่สูบ พูดคุยกับลูกเกี่ยวกับความเสี่ยงบุหรี่ไฟฟ้า สถานศึกษาร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพจัดทำหลักสูตรให้ความรู้แก่วัยรุ่นหญิงโดยเน้นผลเสียที่เกิดต่อสุขภาพ การออกข้อบังคับห้ามนำสูบบุหรี่ไฟฟ้าในสถานศึกษา การหาแนวทางที่สร้างความรู้สึกยับยั้งใจในการเข้าสู่วิถีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นหญิง รวมทั้งควรมีการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาบังคับใช้อย่างเข้มงวดทั้งผู้สูบและผู้ขาย

คำสำคัญ: ประสบการณ์ วัยรุ่นหญิง บุหรี่ไฟฟ้า

Abstract

A qualitative research type of the Hermeneutic Phenomenology aims to study experiences, the meaning of smoking, patters and processes of e-cigarette smoking among teenage girls in higher education institutions in Khon Kaen province. Totaling 6 participants (18–21 years) by using purposive sampling and snowball techniques. Data were collected by using interviewed and non-participatory observation until data saturation. Content analyses and Colaizzi's method were used for data analysis.

Found that the perception of participants and meaning of e-cigarette smoking were in both positive and negative views. The positive perceptions weighs more than the negative positively, there was no difference between the gender equality, they could smoke anywhere because it had a pleasant smell and was easily drunk. They were self-confident in their peers, not old-fashioned and be the leaders. Causing to lose body weight and quit the normal smoking cigarettes and relieve stress. The negative perceptions were made them addictive by nicotine which had the negative effect on health and risk of contracting the COVID-19 epidemic. These causes of money decease and it was illegal. Routes of e-cigarette smoking, from contact with e-cigarettes to addiction were 3 routes as; 1) they wanted to try : they were wanting to try at the invitation of friends, it was the strange item that looks good, try and stick due to the novelty of the e-liquid and modern equipment, they could be smoking anywhere they wanted, 2) they wanted to imitate, to be as smart as their friends, looked cool and wanted to be a part of their group and 3) they intend to smoke in order to reduce loneliness and relieve stress. Although teenage girls perceived vaping to be the negative health and economic impact, but still had great popularity from the modern image. Therefore, the persons involved were parents, health personnel and teachers in higher educational institutions should work together to find ways to reduce and quit the consumption of e-cigarettes among teenage girls, for example, by setting a good example of not smoking, talk to their child about the risks of e-cigarettes. Schools, in collaboration with health personnel, provide the curriculum to educate teenage girls that focus on the negative effects on their health. Establish regulations for the prohibition of e-cigarette smoking in educational establishments and find ways to create a feeling of restraint in the way of e-cigarette among teenage girls. In addition, the relevant laws should be revised and strictly enforced by both smokers and sellers.

Keywords: experience, teenage girls, e-cigarette

บทนำ

ในกลุ่มวัยรุ่นชายและหญิงนิยมสูบบุหรี่ไฟฟ้า (E-cigarettes) อย่างแพร่หลายในหลายประเทศเช่นในสหรัฐอเมริกา มีผลการสำรวจการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลาย โดยศูนย์ป้องกันและควบคุมโรค (Centers for Disease Control and Prevention: LCDC 2014)⁽¹⁾ พบว่า มีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี โดย พ.ศ.2556 คิดเป็นร้อยละ

4.7, พ.ศ.2557 คิดเป็นร้อยละ 10.0, พ.ศ.2560 คิดเป็นร้อยละ 11.7 และ พ.ศ.2561 คิดเป็นร้อยละ 20.8 โดยที่ผู้ทดลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่อยู่แล้ว และเป็นกลุ่มวัยรุ่นหญิง มีเหตุผลซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของนักสูบบุหรี่รุ่นว่าเป็นผลมาจากการตลาดที่เ้ายวนให้กลุ่มนักสูบบุหรี่รุ่นสนใจในผลิตภัณฑ์ที่มีการออกแบบสวยงามทันสมัยมีสีสันและ

กลิ่นที่หลากหลาย เช่น กลิ่นมินต์ กลิ่นผลไม้ กลิ่นช็อคโกแลต วานิลลา และโคล่า เป็นต้น⁽²⁾

การศึกษาด้านปัจจัยประชากรศาสตร์ของผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 50 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 26.0 โดยที่จะมีกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี มีประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นครั้งแรกถึงร้อยละ 6.0 ซึ่งนับว่าเป็นสัดส่วนค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับผลการศึกษาในประเทศอื่น ๆ ที่มีอัตราการสูบบุหรี่ 1-3 เท่านั้น ส่วนพฤติกรรมสูบบุหรี่ไฟฟ้ามาจากเหตุความเชื่อคือมี กลิ่นหอม ปลอดภัย ทันสมัยและทำให้ไม่เสพติด⁽³⁾ มีผลการศึกษาที่พบถึงเหตุผลที่สนับสนุนการเพิ่มขึ้นของนักสูบบุหรี่ไฟฟ้าหน้าใหม่ในวัยรุ่นหญิง ได้แก่ บุคลิกของนักสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีการออกแบบน่าซื้อทันสมัย ภาพลักษณ์ของผู้สูบจะเป็นคนที่ทันสมัย มีความโรแมนติก คุยกับเพื่อนได้สนิทใจ สูบได้ในทุกเพศ สูบแล้วดูเทห์ เป็นการยกระดับทางสังคมของวัยรุ่นหญิงให้เป็นไปตามเทรนด์ น้ายาบุหรี่ไฟฟ้ามักมีกลิ่นหอมสามารถสูบได้ทุกสถานที่ มีชื่อเสียงเพียงค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าบุหรี่แบบมวนธรรมดา บุหรี่ไฟฟ้ามีความสะดวกในช่องทางการซื้อขายผ่านสื่อออนไลน์ทุกประเภท ช่วยทำให้เลิกสูบบุหรี่แบบมวนธรรมดาได้และเหตุผลด้านทัศนคติของสังคมไทยที่มีด้านลบต่อวัยรุ่นหญิงที่สูบบุหรี่แบบมวนธรรมดาว่า เป็นหญิงน่ารังเกียจดูเหมือนหญิงค้าประเวณี ซึ่งหากวัยรุ่นหญิงต้องการสูบบุหรี่แบบมวนธรรมดา ต้องหลบไปสูบในสถานที่ผู้คนไม่เห็น ดังนั้นวัยรุ่นหญิงหลายคนจึงหันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้าแทนบุหรี่แบบมวนธรรมดา เหตุผลอื่นๆ เช่น มีการชักชวนให้วัยรุ่นหญิงให้มีทัศนคติในด้านบวกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าว่าไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ เพราะการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้เกิดควมมีเพียงละอองไอน้ำที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพต่อผู้สูบและผู้อยู่ใกล้ ไม่ทำให้เกิดน้ำมันดินและไม่มีสารก่อมะเร็ง ซึ่งในความจริงนั้นบุหรี่ไฟฟ้ามีผลเสียต่อสุขภาพอย่างมาก เนื่องจากในบุหรี่ไฟฟ้ามีสารนิโคตินซึ่งเป็นส่วนผสมอยู่ในน้ายา ที่มีอนุภาพการเสพติดสูงกว่าเฮโรอีน ผู้เสพสามารถเพิ่มสารนิโคตินในการสูบแต่ละครั้งได้สูงกว่าบุหรี่ยี่ห้อธรรมดาว่า 3-10 เท่า บุหรี่ไฟฟ้ายังทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและ

ความดันโลหิตสูง มีภาวะหลอดเลือดสมองหดตัวเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีนิเกิล โครเมียมที่มีพิษต่อปอด แคลเดียมที่มีพิษต่อไต สารเบนซีนอะเซตอัลดีไฮด์ ซึ่งเป็นส่วนประกอบหลักของตัวทำละลายของเหลวที่ใช้ในบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งเมื่อโดนความร้อนเป็นไอน้ำเพื่อเสพจะแปรเปลี่ยนเป็นสารก่อมะเร็งได้คือสารไดเอทิลีนไกลคอลและสารกลีเซอรอล ส่วนสารแต่งกลิ่นผลไม้หรือกลิ่นหอมมีฤทธิ์ทำลายเยื่อหลอดลม โดยมีการปลดปล่อยอนุภาคนาโนขนาดเล็กมากกว่า PM 2.5 และอนุภาคนาโนที่แทรกซึมเข้าร่างกายเป็นการสะสมสารพิษไปก่ออันตรายในอวัยวะต่างๆ ได้ทั่วร่างกาย⁽⁴⁻⁸⁾

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นหญิงที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเขตอำเภอเมืองขอนแก่น ซึ่งเป็นมุมมองที่มาจากความประสบการณ์ตรงของวัยรุ่นหญิงเอง ในมุมมองที่ให้ความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบมาจากปัจจัยเพศภาวะ (Gender) รวมทั้งวิถีหรือเส้นทางการสูบบุหรี่ไฟฟ้า มาจากเส้นทางตั้งแต่การเริ่มสัมผัสจนกระทั่งติดบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งความรู้ที่ได้นี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการหาแนวทางการป้องกัน ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่อาจมาจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วมกันของนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้า ที่มาจากประสบการณ์ตรงตามการรับรู้ของวัยรุ่นหญิงที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา เขตจังหวัดขอนแก่นตามการรับรู้การให้ความหมายและวิธีการนำสู่การสูบบุหรี่ไฟฟ้า

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของเฉพาะบุคคลในด้านของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาหญิง ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2563 มีประวัติสูบบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป และมีความยินดีที่จะให้ข้อมูลครบสมบูรณ์ ผู้ให้ข้อมูลศึกษาในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษาจำนวน 3 แห่ง ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น ซึ่งการคัดเลือกสถานศึกษาแต่ละแห่งนั้นมีที่มาคือ สถานศึกษาแห่งแรกได้มาจากการประสานผู้ให้ข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลประสงค์ที่จะให้ข้อมูล จากนั้นผู้ให้ข้อมูลจะติดต่อผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป ดังนั้นจำนวนสถานศึกษาจึงเป็นไปตามจำนวนผู้ที่ให้ข้อมูลที่มี เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้าเป็นประเด็นอ่อนไหวด้านกฎหมายจึงไม่สามารถประสานกับสถานศึกษาอย่างเป็นทางการเพื่อขออนุญาตเข้าศึกษาในกลุ่มนักศึกษาได้ ผู้วิจัยจึงใช้การประสานอย่างไม่เป็นทางการโดยให้นักศึกษาที่ผู้วิจัยสอนอยู่ทำการประสานงานอย่างไม่เป็นทางการตัวต่อตัวเพื่อติดต่อให้สัมภาษณ์แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในผู้ให้ข้อมูลคนแรก จากนั้นใช้วิธีการบอกต่อ (Snowball Sampling) สำหรับผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป จนกว่าจะมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่มีความยินดีจะให้ข้อมูลได้หลายครั้งจนอิ่มตัว ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบหลากหลาย (Maximum Variation Sampling)⁽⁹⁾ เพื่อเป็นการยืนยันลักษณะข้อค้นพบที่คล้ายคลึงกันโดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลายทั้งสถาบันการศึกษาชั้นปีอายุ ความเชื่อ ประสบการณ์สูบบุหรี่แบบธรรมดาและบุหรี่ไฟฟ้า แหล่งที่มารายได้ และอาชีพผู้ปกครอง เพื่อให้ได้ความหมายจากประสบการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ถูกต้องเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งในการศึกษานี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่สามารถให้ข้อมูลครบสมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากแบบสัมภาษณ์มีแนวทาง (Guideline Interview) ที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในประเด็นประสบการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เป็นการให้ความหมายด้านบวกและด้านลบ

ซึ่งมาจากเหตุปัจจัยเพศภาวะ (Gender) วิธีหรือเส้นทางการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาหญิง ทั้งนี้ประยุกต์มาจากแบบสัมภาษณ์ของ วรวิจ คาคาชาว⁽¹⁰⁾

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลคนแรกโดยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ทำการสัมภาษณ์ครั้งแรกสำหรับผู้ให้ข้อมูลในรายต่อมา ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานด้วยตัวเองสำหรับการกำหนดวัน เวลาและสถานที่การสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลของแต่ละคน เช่นสถานที่ร้านอาหารในสถาบันศึกษาของผู้ให้ข้อมูลหรือร้านกาแฟซึ่งเลือกบริเวณไม่พลุกพล่าน เป็นการพูดคุยที่เป็นแบบตัวต่อตัวแบบธรรมชาติ ในการเริ่มสัมภาษณ์ครั้งแรกของแต่ละคน ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเสียง และให้ผู้ให้ข้อมูลลงชื่อแบบแสดงความยินยอมให้ข้อมูลตามเกณฑ์ของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยฯ ใช้เวลาการสัมภาษณ์คนละประมาณ 30-45 นาทีต่อครั้ง เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะทำการบันทึกการสังเกตทันที เพื่อได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลมีการสัมภาษณ์ครั้งแรกมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการติดต่อพูดคุยโดยโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ หรือนัดหมายพูดคุยตัวต่อตัว ทั้งนี้ขึ้นกับความสะดวกและการยินยอมของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย มีเกณฑ์การยุติการให้ข้อมูล คือผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการที่จะให้ข้อมูลต่อไป หรือจนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว โดยที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธการร่วมวิจัยตั้งแต่การสัมภาษณ์ครั้งแรกได้หรือในตลอดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi's method ใน 7 ขั้นตอน⁽¹¹⁾ เพื่อสกัดข้อความสาระสำคัญให้ได้ในคำตอบตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ แล้วนำข้อมูลกลับคืนให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันคำตอบทุกครั้ง โดยการถอดคำสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกคน ผู้วิจัยจะอ่านทำความเข้าใจเนื้อหาของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล การกำหนดความหมายในมุมมองทั้งด้านลบและบวก แล้วใส่รหัสจัดหมวด

หมูในประเด็นใหญ่ จากนั้นเขียนข้อสรุปที่ได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย และใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาเป็นหลักฐาน

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) และความเชื่อถือได้ (Credibility) ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)⁽¹²⁾ ได้แก่ด้านผู้ให้ข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลจะตรวจสอบข้อมูลย้อนกลับ (Member Checking) เพื่อให้ยืนยันคำตอบ ด้านแหล่งสถานที่มาของข้อมูลโดยมาจากการสัมภาษณ์ซึ่งแบบต่อหน้า ในครั้งแรก และใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันไลน์ และด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ผู้วิจัยใช้การสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลควบคู่กับการซักถามสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ขออนุมัติศึกษาการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ SCPHKKIRB63128 ลงวันที่ 23 กันยายน 2563 และได้ให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูลและสถานศึกษา และเสียงที่สัมภาษณ์จะลบทิ้ง การนำเสนอผลวิจัยจะเสนอภาพรวมเท่านั้นไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ให้ข้อมูลหรือองค์กรแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 คน มีอายุระหว่าง 18-21 ปี กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัย 2 แห่ง และวิทยาลัย 1 แห่ง จำนวน 4 และ 2 คน ตามลำดับ โดยศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่ 1-3 ทั้งหมดมีรายได้มาจากผู้ปกครอง โดยรายได้สูงสุดจำนวน 15,000 บาท ต่ำสุด 7,000 บาท ผู้ปกครองมีอาชีพรับราชการจำนวน 4 คนและเกษตรกรจำนวน 2 คน และผู้ให้ข้อมูลทุกคนเคยมีประสบการณ์สูบบุหรี่แบบมวนธรรมดา 1-3 ปี โดยบางคนยังคงสูบบุหรี่เป็นประจำและบางคนเลิกสูบไปแล้ว ส่วนการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1-3 ปี ยังสูบบุหรี่ประจำทุกราย

ประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นหญิง

1. การให้ความหมายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าตามการรับรู้ของวัยรุ่นหญิง

1.1 ความหมายในมุมมองเชิงบวก

บุหรี่ไฟฟ้า คือ สิ่งที่ทำให้เกิดความเท่าเทียมกันระหว่างเพศไม่มีข้อแตกต่าง สูบได้ทุกแห่งเพราะมีกลิ่นหอมติดตัวและเมื่อง่าย มีความมั่นใจในตนเองในสังคมกลุ่มเพื่อน ไม่เซย์ คูมีฐานะ ดูเป็นคนที่เป็นผู้นำมั่นใจในตัวเอง ทำให้ลดน้ำหนักและเลิกสูบบุหรี่แบบมวนธรรมดาได้ คลายเครียด ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผู้หญิงและผู้ชาย ถ้าสูบบุหรี่ไฟฟ้าเราจะรู้สึกเหมือนการเท่าเทียมกันพวกหนูสูบบุหรี่ด้วยกันได้” (น.ส. H, ปี 3, มหาวิทยาลัย, 21 ปี)

“สูบได้ทุกแห่งค่ะ ไม่ต้องหลบสูบ ตอนสูบแบบมวน ถ้าหัวบุหรี่จะต้องไปหลบซ่อนหาที่สูบ เช่นห้องน้ำ แต่พอมาสูบแบบไฟฟ้าบางทีหมดคาบเรียนแล้วเดินไปหลังห้องไปขอเพื่อนผู้ชายสูบได้เลย ถ้ามีน้ำยารสชาติมาใหม่ เพื่อนมันบอกให้มาลอง ...ใช้ค่ะ สูบแล้วไม่มีกลิ่นเลย แอมกลิ่นปากกลิ่นตัวที่ติดมันหอม เป็นไปตามน้ำยาตามกลิ่นที่เราชอบเช่นกลิ่นแอปเปิ้ล...” (น.ส. H, ปี 3, มหาวิทยาลัย, 21 ปี)

“อยากจะเป็นผู้ใหญ่ แล้วดูเป็นผู้หญิงเก่ง มีเพื่อนมาก เป็นผู้นำ เพื่อนในห้องบอกว่าใคร ๆ คำก็สูบ ใครไม่สูบจะเซย์ สูบแล้วพูดกับเพื่อนแล้วเค้ายอมรับ” (น.ส. J, ปี 2, มหาวิทยาลัย, 20 ปี)

“เพื่อนในห้องล่อว่า หนูมันรุ่นใหญ่ (อ้วน) หนูไดยินเพื่อนคุยกันว่ามีคนลดน้ำหนักได้เพราะสูบบุหรี่ไฟฟ้า เลยอยากลองสูบ อีกอย่างอยากเลิกแบบมวนด้วยรู้สึกมันเซย์ค่ะ” (น.ส. O, ปี 1, วิทยาลัย, 18 ปี)

“สำหรับหนู สูบแล้วหายเหงาทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ค่ะ สูบแล้วรู้สึกดี กลิ่นหอมโดยเฉพาะกลิ่นอุน...” (น.ส. N, ปี 2, วิทยาลัย, 19 ปี)

1.2 ความหมายในมุมมองเชิงลบ

บุหรี่ไฟฟ้า คือ มีสารนิโคตินที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้น้ำตาตมอมคล้ำทุดโตรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 รายได้ลดลง และคิดว่าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“อ่านข้อมูลจากเน็ตคะว่ามีผลเสียต่อสุขภาพสูบนานๆ จะสะสมนิโคตินสูงกว่าแบบมวนทำให้หน้าตาหมองคล้ำทรุดโทรม อาจารย์ที่วิทยาลัยเคยพูดให้ฟังเพราะมีโครงการรณรงค์การเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาซึ่งหนูคิดว่าทั้งบุหรี่ยี่ห้อทั้งสองแบบก็น่าจะมีผลเสียต่อสุขภาพเหมือนกันเพราะมีนิโคตินเหมือนกัน” (น.ส.น., ปี 2, วิทยาลัย, 19 ปี)

“กลัวติดโควิดเหมือนกันคะ เพราะใช้เครื่องอันเดียวกับเพื่อน ยิ่งตอนช่วงเด็กเทคนิคติดโควิด ยิ่งกลัวแต่เพื่อนบอกว่าทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์แล้ว อีกอย่างเพื่อนรับรองไม่ไปยุ่งกับคนอื่นเลยพอเบาใจใช้เครื่องเดียวกัน แล้วอีกอย่างผับปิดช่วงนั้นเลยดีเลยไม่ต้องไปอยู่ใกล้คนอื่นที่เราไม่รู้จัก” (น.ส.อ., ปี 1, วิทยาลัย, 18 ปี)

“ค่าใช้จ่ายเยอะมากคะ ราคาแพงยิ่งรสชาติมาใหม่จะแพงมาก ราคาน้ำยาต่ำสุดที่หนูเคยซื้อ 500 บาท กลิ่นอุน่ๆ ทำให้รายได้ค่าใช้จ่ายรายเดือนลดลง...กลุ่มหนูใช้วิธีการแชร์เงินกันซื้อคะ ทั้งน้ำยาและอุปกรณ์สูบ แล้วพอเลิกเรียนไปห่อเพื่อนแบ่งกันสูบคะ” (น.ส.น., ปี 2, วิทยาลัย, 19 ปี)

“รู้ว่าผิดกฎหมายแต่หนูเลิกไม่ได้ คิดว่าน่าจะไม่มีอะไรเพราะเราไม่ทำเปิดหน้า...ไม่เป็นไรคะ เด๋วจบก็เลิกสูบ ตอนนี้อยู่สบายมีความสุขคะ ไปผับกับเพื่อนแล้วสนุก” (น.ส.ห., ปี 3, มหาวิทยาลัย, 21 ปี)

1.2 วิธีการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

คือเส้นทางการเข้าถึงสูบบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่การเริ่มสัมผัสบุหรี่ไฟฟ้าจนกระทั่งติด มีอยู่ 3 เส้นทาง ดังนี้
เส้นทางที่ 1 อยากลอง เป็นการอยากลองตามคำชวนของเพื่อนหรือคนใกล้ชิดซึ่งเป็นของแปลกที่ดูดี ซึ่งเมื่อลองแล้วติด เนื่องจากความแปลกใหม่ของน้ำยาและอุปกรณ์ที่ทันสมัย สามารถจะสูบได้ทุกแห่งที่ต้องการ เส้นทางที่ 2 อยากเลียนแบบ เป็นการอยากเก่งเท่าเทียมเพื่อนชายทำให้เพื่อนทุกเพศยอมรับ ดูเท่ และมีความมั่นใจในกลุ่มเพื่อน และ เส้นทางที่ 3 ตั้งใจที่จะสูบ เพื่อให้ลดความเหงาและคลายเครียด ดังคำกล่าวว่า “เพื่อนแนะนำตอนไปเที่ยวผับให้ลอง ซึ่งหนูก็เคยสูบบุหรี่แบบมวนธรรมดาอยู่แล้ว คิดว่า จะเป็นไรไปสูบกี้ดี มันใหม่แปลกน่าลอง

เวลาไปผับจะดูไม่แปลกแยกกับคนอื่น...อีกอย่างช่วงทดลองสูบบั๊วรี่รุ่นพีมาจิบก็ลองสูบก้นหลายครั้งจนติด...ตอนนี้ใช้ห่อ Ovalle แพนกับเพื่อนบอกว่าทุกยี่ห้อจะไม่มี ความแตกต่างกันมากนัก...อุปกรณ์สูบใช้แบบใช้ซ้ำแบบมีลักษณะเหมือนปากกา...” (น.ส.ม., ปี 2, มหาวิทยาลัย, 20 ปี)

“สูบแล้วเท่ หนูเป็นแก๊ง เพื่อนผู้ชายชอบ หนูว่าดูแล้วเท่เหมือนกันดีเราหญิงสู้อยู่ได้สูบแล้วพูดกับเพื่อนว่าแล้วแค่อยอมรับ” (น.ส.ม., ปี 2, มหาวิทยาลัย, 20 ปี)

“สูบทอนเหงาเพื่อนไม่อยู่หรือแฟนกลับบ้าน หรือช่วงสอบไม่ผ่าน โอ้ย...มันช่วยได้มากหนูใกล้จะจบแล้วเหลือปีเดียว เลยสูบนั่นทุกซีกใจหายไปเลยสบายใจมากเลยคะ” (น.ส.ห., ปี 3, มหาวิทยาลัย, 21 ปี)

การอภิปรายผล

จากข้อมูลที่ศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

มุมมองด้านบวก: จากภาพลักษณ์ของบุหรี่ไฟฟ้าที่แปลกใหม่ทันสมัยทั้งผู้ที่สูบและตัวบุหรี่ไฟฟ้าเองที่มีกลิ่นหอม และสูบได้ทุกแห่ง จึงเป็นเหตุผลของการนำมาซึ่งวิถีของความอยากลอง อยากเลียนแบบ (ดูมีความเท่าเทียมทางเพศ)

สำหรับประเทศไทย ในระยะเวลาไม่นานนี้พบว่า บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้รับความนิยมอย่างมากในกลุ่มวัยรุ่น แม้ว่าจะไม่มีการโฆษณาหรือซื้อขายได้ทั่วไป เช่น บุหรี่แบบมวนธรรมดา เนื่องจากมีข้อบังคับทางข้อกฎหมายทั้งด้านผู้ขายและผู้ซื้อ แต่กลับเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถหาซื้อและหาข้อมูลได้ง่ายสะดวก และแพร่หลายในอินเทอร์เน็ต ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เฟซบุ๊ก หรือไลน์ อีกทั้งจากภาพลักษณ์ที่ดูแปลกใหม่ทันสมัย ผู้สูบจะดูดี เท่ ภูมิฐานะทางเศรษฐกิจดี จึงทำให้มีภาพลักษณ์ที่ทันสมัย ทำให้เป็นมุมมองในด้านบวกของผู้ให้ข้อมูลถึงของบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งหากวิเคราะห์จากภาพลักษณ์ดังกล่าว น่าจะมาจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยที่ 1 มาจากช่องทางการหาซื้ออุปกรณ์การสูบและน้ำยาที่หาซื้อได้มาจากสื่อสังคมออนไลน์เช่น เฟซบุ๊ก หรือไลน์ซึ่งเป็นเรื่องของคนสมัยใหม่โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นใช้

ติดต่อสื่อสารกัน ปัจจัยที่ 2 ได้แก่ อุปกรณ์การสูบที่มีรูปร่างนำใช้แปลกใหม่ สวยงาม สูบแล้วทำให้มีความมั่นใจในตนเองในสังคมกลุ่มเพื่อน ไม่เขย คูมีฐานะ มีราคาเหมาะสมที่ไม่แพงมากหรือถูกจนเกินไปเหมาะสมสำหรับนักศึกษาที่กำลังซื้อ และคิดว่าเป็นผู้ที่มีฐานะดีจึงจะหาซื้อได้ ปัจจัยที่ 3 มีน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าที่มีความหลากหลายในรสชาติมีกลิ่นที่หอมติดตัวและเมื่อง่าย และปัจจัยที่ 4 สามารถสูบได้ทุกแห่งสูบแล้วไม่มีใครรู้ โดยจากปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น จึงเป็นสาเหตุสำคัญของมุมมองด้านบวกต่อภาพลักษณ์ที่ดีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มวัยรุ่นในทุกเพศโดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง ซึ่งนำมาของวิถีหรือเส้นทางของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของผู้ให้ข้อมูลที่เริ่มมาจากเส้นทางที่ 1 คือความอยากลอง เป็นความอยากลองตามคำชวนของเพื่อนหรือคนใกล้ชิด (แฟน) ให้ลองของแปลกใหม่ของน้าและอุปกรณ์ที่ทันสมัยลองแล้วทำให้ดูดติดทันที เมื่อลองแล้วเกิดติด ซึ่งมุมมองด้านบวกนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรวิภา คาโดชาว่า⁽¹⁰⁾ ที่ได้กล่าวถึงความอยากลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าของผู้บริโภค มาจากการแนะนำชักชวนจากผู้ใกล้ชิดที่มีประสบการณ์สูบมาก่อน ซึ่งเป็นช่องทางหลัก ให้เกิดการรับรู้ในผู้บริโภคคนที่บอกต่อๆ กันปากต่อปากที่เกิดจากการสังเกตและได้สัมผัสถึงรูปลักษณะ กลิ่น และควันบุหรี่ไฟฟ้าที่เป็นตัวกระตุ้นให้อยากลอง รวมทั้งความรู้สึกเชิงบวกในเรื่องกลิ่นหอม โดยไม่มีกลิ่นเหม็นจากการเผาไหม้เหมือนบุหรี่และบารากู รองลงมาจากความหอมของน้ายา คือ ปริมาณควันไอน้ำ และรูปร่างอุปกรณ์สูบที่ทันสมัย นอกจากนี้ปัจจัยทั้ง 4 นี้ยังมาจากสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมในทุกด้าน โดยเฉพาะแนวคิดบทบาทเพศภาวะแบบเสมอภาค (Egalitarian Gender Roles)⁽¹³⁾ ที่หญิงและชายมีบทบาทเท่าเทียมไม่แตกต่างกันอีกทั้งผู้ให้ข้อมูลเมื่อสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเพื่อนแล้วได้รับการยอมรับจากเพื่อนทุกเพศ จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูล มีความรู้สึกถึงความเท่าเทียมกันระหว่างเพศ มีความมั่นใจในตนเองในสังคมกลุ่มเพื่อน นอกจากนี้ยังรู้สึกว่าทำให้คลายเครียด จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นวัยรุ่นหญิง จึงมีมุมมองในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแตกต่างไปจากการสูบบุหรี่แบบมวนธรรมดา ซึ่งนำมาของการทำให้เกิดวิถีหรือเส้นทางที่ 2 อายาก

เลียนแบบ เป็นการอยากเก่งเท่าเทียมเพื่อนชายแล้วดูเท่ทุกเพศยอมรับ และมีตัวตนในกลุ่มเพื่อน รวมทั้งวิถีหรือเส้นทางที่ 3 ตั้งใจที่จะสูบ เพื่อให้ลดความเหงาและคลายเครียด ซึ่งในวิถีหรือเส้นทางที่ 3 นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Piñeiro et al.⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเริ่มใช้บุหรี่ไฟฟ้าตามคำแนะนำจากครอบครัวและเพื่อน ใช้เพื่อลดความเครียดหรือการจัดการอารมณ์และใช้สำหรับการควบคุมน้ำหนัก อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีความแตกต่างจากผลการศึกษาการสูบบุหรี่แบบมวนธรรมดาของวัยรุ่นหญิงโดยจิตติมา โกศลวิตร⁽⁶⁾ พบว่าวัยรุ่นหญิงในกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นด้านลบว่า ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีกลิ่นตัวเหม็น ผู้หญิงที่สูบบุหรี่ สังคมมองว่าจืดจางมีประสบการณ์ทางเพศ ผู้หญิงที่สูบบุหรี่สังคมทั่วไปไม่ยอมรับ และผู้หญิงที่สูบบุหรี่คือผู้หญิงที่ขายบริการทางเพศ

มุมมองด้านลบ: ผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้รายได้ลดลง เสี่ยงต่อโรคติดต่อไวรัสโควิด-19 และเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะมีความเห็นด้วย และชื่นชอบชมมีมุมมองด้านบวกที่มีน้ำหนักมากกว่าด้านลบ แต่ทุกคนก็รับรู้ได้ถึงผลเสียต่อสุขภาพตลอดจนความเสี่ยงต่อโรคติดต่อไวรัสโควิด-19 อย่างไรก็ตามเมื่อทุกครั้งที่ถูกกล่าวถึงมุมมองด้านลบ ทุกคนจะพยายามมองข้ามแล้วให้น้ำหนักในด้านบวกมากกว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาของวรวิภา คาโดชาว่า⁽¹⁰⁾ ว่าความรู้สึกเชิงลบที่ผู้ให้สัมภาษณ์บางคนรู้สึกต่อการสูบ คือ ความระคายคอกขณะสูบ แต่บางคนพยายามมองข้ามความรู้สึกลบแล้วชั่งน้ำหนักกับความรู้สึกบวก ดังจะเห็นจากคำพูดของผู้ให้ข้อมูลว่า จะพยายามเลิกสูบเมื่อเรียนใกล้จบ หรือแม้แต่จะลดการสูบลองเพราะค่าใช้จ่ายมาก แต่ยังไม่มีการให้ข้อมูลคนใดกล่าวว่าเลิกสูบไปในขณะนี้ เพียงแต่จะเลือกใช้วิธีการต่างๆ เพื่อลดรายจ่ายในการจัดหาสูบเช่น วิธีการแชร์ในรูปแบบต่างๆ เป็นต้น รวมทั้งการหาวิธีการลดความเสี่ยงต่อโรคติดต่อไวรัสโควิด ทั้งนี้เพราะคิดว่าได้รับคุณค่าจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า รู้สึกว่าตนเองมีตัวตนในกลุ่มเพื่อน ซึ่งเรื่องอิทธิพลของเพื่อนมีความสำคัญอย่างมากในกลุ่มวัยรุ่น

ส่วนประเด็นบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งผิดกฎหมายในประเทศไทยนั้น หากเป็นการบังคับใช้กฎหมายตามปัจจุบันบุหรี่ไฟฟ้าถือเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ตามประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่องกำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าต้องห้ามในการนำเข้าในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 และเป็นสินค้าที่ห้ามขาย หรือให้บริการ ตามคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่ 9/2558 ที่มีการกำหนดโทษผู้ประกอบการธุรกิจในฐานะผู้ผลิต ผู้ส่ง หรือผู้ที่นำเข้ามา

แต่ไม่มีการกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560⁽¹⁵⁾ จึงทำให้วัยรุ่นสามารถหาซื้อได้ง่ายทางสังคมออนไลน์ และนำมาสูบบุหรี่ได้อย่างเปิดเผยในทุกแห่งรวมทั้งห้องเรียน ซึ่งสอดคล้องกับผลส่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญ์เนตร เรชะวิชยดิษฐ์⁽¹⁶⁾ พบว่ามาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ของประเทศไทยปัจจุบันยังไม่สามารถรองรับการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าได้ เนื่องจากการกำหนดนิยามของคำว่า “ผลิตภัณฑ์ยาสูบ” ไม่สามารถครอบคลุมบุหรี่ไฟฟ้าได้ทุกชนิด สำหรับมาตรการในการควบคุมผลิตภัณฑ์ยังไม่มีกำหนดรายละเอียดที่จะใช้เพื่อควบคุมมาตรฐานของบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างเหมาะสม ในส่วนของการโฆษณามีเพียงการกำหนดความผิดหากมีเจตนากระทำเพื่อประโยชน์ทางการค้าเท่านั้น ยังไม่มีการกำหนดให้เป็นความผิดแก่บุคคลที่เป็นผู้ซื้อหรือผู้รับการให้ที่อายุไม่ครบเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งมาตรการทางกฎหมายในการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่มีการกำหนดนิยามของคำว่า “สูบบุหรี่” จะต้องเกิดจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ จึงทำให้คำนิยามของคำว่าสูบบุหรี่ไม่สามารถครอบคลุมไปถึงการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ทุกชนิด และเขตปลอดบุหรี่ที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้น มีการกำหนดที่ไม่เหมาะสมประกอบกับมาตรการทางกฎหมายขาดการบังคับใช้อย่างเข้มงวดเด็ดขาดแต่อย่างใด

กล่าวโดยสรุปของผลของการศึกษาประสบการณ์สูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นหญิง ในมุมมองด้านบวกว่าเป็นของแปลกใหม่มีความทันสมัยของผู้ที่สูบบุหรี่แท้ มีความเท่เทียมทางเพศ เป็นสิ่งที่ทำให้มีตัวตนในสังคมรอบข้างและมีภาพลักษณ์ทันสมัยของอุปกรณ์บุหรี่ไฟฟ้านำมาใช้

และซื้อหารวมทั้งน้ำยาที่มีกลิ่นหอมหลากหลายในรสชาติสามารถสูดได้ทุกแห่งเป็นประสบการณ์ที่อยากลอง อยากเลียนแบบ ส่วนมุมมองด้านลบว่าทำให้จ่ายเงินแพงขึ้นมีค่าใช้จ่ายมากขึ้น อาจจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 และเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายหากมีไว้ครอบครอง และรับรู้ถึงผลเสียต่อสุขภาพแต่ทุกคนยังไม่มีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากบุหรี่ไฟฟ้า ดังนั้นประสบการณ์ในด้านบวกจึงมีมากกว่าด้านลบ

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย

1. ผู้ที่เกี่ยวข้องในเส้นทางของวัยรุ่นหญิงตั้งแต่ครอบครัว บุคลากรสุขภาพและหรือสถานศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ควรร่วมมือกันจัดทำหลักสูตรที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โดยเน้นในผลเสียที่เกิดต่อสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาวให้มีความแตกต่างกันในแต่ละระดับ เพื่อให้นักเรียนหรือนักศึกษามีความตระหนักถึงความเสี่ยงและตกเป็นเหยื่อของการประชาสัมพันธ์ให้ชื่อน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าที่มีกลิ่นและรสชาติใหม่ๆ ซึ่งเป็นสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อร่างกายในระยะยาวของผู้สูบ หรือแม้แต่ผู้รับไอมือสอง รวมทั้งจัดกิจกรรมต่างๆที่เป็นแนวทางให้วัยรุ่น โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงมีความรู้ตระหนักแล้วเกิดความยับยั้งชั่งใจเชื่อมั่นตนเองในการเข้าสู่เส้นทางสูบบุหรี่ไฟฟ้า กระทั่งลด ละและเลิกไปในที่สุด ประการสำคัญคือกำหนดมาตรการและมีกฎระเบียบบังคับใช้อย่างเข้มงวดในสถานศึกษา ตั้งแต่การจัดหาจัดซื้อ มีความเข้มงวดในสถานที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักเรียนนักศึกษา

2. ควรมีกฎหมายที่นำมาบังคับใช้อย่างเข้มงวดที่เกี่ยวข้องทั้งผู้สูบและผู้ขาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทางสื่อออนไลน์ เช่น ควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ให้คำนิยามผลิตภัณฑ์ยาสูบครอบคลุมถึงบุหรี่ไฟฟ้าทุกชนิด การควบคุมการจำหน่ายและการบริโภค ควรกำหนดให้ต้องมีการแสดงหลักฐานของบุคคลที่จะทำการซื้อเสมอและกำหนดความผิดแก่ผู้ซื้อควรกำหนดมาตรฐานเฉพาะของผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า เพื่อให้บุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัย และให้มี

มาตรการในการชักจูงใจพนักงานเจ้าหน้าที่ และเป็นเงินสินบนให้แก่ผู้แจ้งข้อมูล เป็นค่าปรับที่ได้จากการกระทำผิดเป็นเงินรางวัล เป็นต้น ซึ่งเป็นการป้องกันการสูญเสียทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นเยาวชนของประเทศได้ในอนาคต โดยดำเนินให้เป็นไปดังเช่นความสำเร็จของกิจกรรมที่ทำให้ภาพลักษณ์ด้านลบของการสูบบุหรี่แบบมวนธรรมดาที่ประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในสังคมไทยในทุกสถานที่

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อให้มีจำนวนงานด้านวิชาการที่มีข้อมูลของบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้นในหลายมุมมอง
2. ควรมีวิธีวิจัยที่มีความหลากหลายมากขึ้น ในเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งจะทำให้รู้ถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งด้านผู้สูบ เช่น กลุ่มอายุและอาชีพต่างๆ แนวโน้มการใช้ต่อไปในอนาคต ในด้านผู้ขายที่เจาะลึกถึงวิธีการตลาดเข้าถึงผู้ซื้อ และด้านระเบียบวิธีวิจัย เช่น การสำรวจออนไลน์กับผู้ซื้อหรือผู้ขาย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Pearson J, Richardson A, Niaura R, Vallone D, Abrams D. E-cigarette awareness use and harm perception in US adults. *American Journal of Public Health* 2012; 102(17): 58-66.
2. ชนิกา เจริญจิตต์กุล. บุหรี่ไฟฟ้า: ภัยเงียบของวัยรุ่น E-cigarette: Silent Dangers to Youth. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2557; 15(3): 149-54.
3. สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจ ศศินทร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. โครงการศึกษาผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้าที่มีต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเทศไทยและข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการจากภาครัฐ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaitobacco.or.th/th/wp-content/uploads/2015/07/140305_ECIG-Report-Template_V28.pdf
4. กันยพัชร เศรษฐโชฎีก. บุหรี่ไฟฟ้า: ภัยคุกคามสุขภาพของวัยรุ่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2559; 25(6):1076.
5. นภรัตน์ อมรพุดิสถาพร. บุหรี่ไฟฟ้าเสี่ยงโรคปอดอักเสบ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://news.thaibps.or.th/content/284391?readmeta=%7B%22label%22%3A%22articlepage_number%22%2C%22group%22%3A%22NA%22%7D.
6. จิธิมา โกศลวิตร. วัยรุ่นหญิงไทยกับความเห็นเกี่ยวกับบุหรี่และการสูบบุหรี่ในผู้หญิง [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์และการพัฒนา]. จังหวัดอุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2549.
7. อธิรุทธ หล้าคำภา. ปัจจัยที่ส่งผลให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า: กรณีศึกษานักศึกษาของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น [การวิจัยในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน]. จังหวัดขอนแก่น: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร; 2563.
8. พงศ์ธร นาออก. การให้ความหมายต่อทัศนคติและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นหญิงในสถานศึกษาจังหวัดขอนแก่น [การวิจัยในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน]. จังหวัดขอนแก่น: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร; 2563.
9. ประไพพิมพ์ สุธีวสินนท์, ประสบชัย พสุนนท์. กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารปาริชาติ* 2559; 29(2): 37.
10. วรกิจ คาโตชาว่า. ควินจากน้ำ : ทัศนคติและการบริโภคเชิงสัญลักษณ์ของผู้บริโภคต่อนิโคตินไฟฟ้า [การค้นคว้าอิสระหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
11. อัญญา ปลดเปลื้อง. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา, Data Analysis in Phenomenology Studies. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2556; 23(2): 1-10.

12. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.; 2013.
13. กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความเสมอภาคระหว่างเพศ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: ricd.go.th/plugins/includes/download.
14. Piñeiro B, Correa JB, Simmons VN, Harrell PT, Menzie NS, Unrol M, et al. Gender Differences in Use and Expectancies of E-Cigarettes: Online Survey Results. Addictive Behaviors [Internet]. 2016 [Cited 18 October 2020]. Available from: [Sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460315300174via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460315300174via%3Dihub).
15. กมลพร ยศนันท์. มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า. วารสารบัณฑิตศึกษานิติศาสตร์ 2563; 3(4): 446-7.
16. พิชญ์เนตร เรชะวิชยดิษฐ์. มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า [วิทยานิพนธ์หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขากฎหมายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม คณะนิติศาสตร์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.

