



วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13

OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND CONTROL 13 JOURNAL

ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 ม.ค.-เม.ย. 2559 Volume 20 No.2 Jan.-Apr. 2016

สารบัญ (Contents)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)	หน้า (Pages)
☆ การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ ของศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพฯ The development of infectious waste management in hospitals in the services area of Regional Health Promotion Center 1, Bangkok ฉัตรลดา กาญจนสุทธิแสง	1
☆ ประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้านต่อการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลปทุมธานี The effectiveness of home visits to care HIV / AIDS patients in Pathumthani Hospital ธัญญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์	12
☆ รูปแบบการมีส่วนร่วมในการเขียนโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยประชาชนด้วยประชาชน : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท The model of the participation in health problem by people with people: A case study of Hadarsa Sub-district Municipality, Sapphaya District, Chainat Province วารภรณ์ อึ้งพานิชย์	23
☆ การสำรวจเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประมาณการณ์โรค และปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ สคร.1 ปี พ.ศ. 2558 Stroke Medical Record Survey: Morbidity, Mortality and Risk Factor Estimation in ODPC1 Area, 2558 อมรชัย ไตรคุณากรวงศ์	32
☆ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน ในเขตรับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี Factors Associated with the Knowledge for Disease Prevention and Control of the People in Responsibility Area of the Office of Disease Prevention and Control 4, Ratchaburi Province วิจิตรา ฤทธิ์ประภา	41
☆ ระบบสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2556-2558 Health System in Bangkok, 2013-2015 นางแสงจันทร์ ชาติประสิทธิ์	49

สารบัญ (Contents)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)	หน้า (Pages)
☆ ศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี: ศึกษากรณีตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุดและอัตราป่วยต่ำสุด The Comparative Study of Community Participation for Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control of People in Pakkred District, Nonthaburi Province : Study of District with Highest and Lowest Rates of Morbidity ประพัฒน์ ประคอง	61
☆ การศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนจังหวัดปทุมธานี ปี 2558 The Study of Behaviors Related to HIV Infections in Students, Pathumthani Province, 2015 ทรศน์พร ไหมสมบุญ1	74

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพฯ

The development of infectious waste management in hospitals

in the services area of Regional Health Promotion Center 1, Bangkok

ฉัตรลดา กาญจนสุทธิแสง¹, จิฎา ไกรวัฒนพงศ์¹, ทิพย์วัลย์ ปราบคะเซ็น¹,เบญจวรรณ จันทพล¹, กนกอร ศรีจันทวงษ์¹, เพียงไผท ชำนาญคำ¹¹ศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพฯChatrada Kanchanasuttisang¹, Thida Kraiwattanapong¹, Tippawan Prabhksen¹,Benjawan Jantapol¹, Kanokorn Srichanthawong¹, Piangphatai Chamnanka¹¹ Regional Health Promotion Center 1, Bangkok

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อหารูปแบบการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพฯ กลุ่มเป้าหมาย คือ โรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี อ่างทองและพระนครศรีอยุธยา รวมทั้งสิ้น 37 แห่ง ประเมินผลการพัฒนาจากการผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาลของกรมอนามัย ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2556 ถึง เดือน กันยายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษาได้รูปแบบการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลและถูกต้องตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 โดยใช้กระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินตนเอง 2) การพัฒนาศักยภาพ 3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนา 4) การสื่อสารกับผู้บริหาร 5) การพัฒนาต้นแบบ พบว่าก่อนการพัฒนา โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 16.22 (6 แห่ง)ผ่านแบบมีเงื่อนไข ร้อยละ 59.46 (22 แห่ง) และไม่ผ่าน ร้อยละ 24.32 (9 แห่ง) หลังการพัฒนา พบว่าโรงพยาบาลผ่านการประเมินเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 89.19 (33 แห่ง) สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะกิจกรรมลงเยี่ยมโรงพยาบาล โดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการพัฒนา ทำการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์และคืนข้อมูล สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อพร้อมทั้งผลการประเมินและข้อเสนอแนะในการพัฒนาให้แก่ผู้บริหาร เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลประสบความสำเร็จ

คำสำคัญ: การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ , โรงพยาบาล, การประเมินคุณภาพ

Abstract

This research was Action Research that aim to study the model development of infectious waste management in hospitals in the service area of Regional Health Promotion Center 1 Bangkok. Samples were total 37 hospitals in four provinces including Nonthaburi, Pathumthani, Angthong and Phra Nakhon Si Ayutthaya. Evaluating the development was done by using criteria to assess the quality

of infectious waste management for hospitals conducted by The Department of Health between October 2013 and September 2015. Descriptive statistics applied in the analyses were frequency, percentage and mean. Study results reviewed evidence of the development of infectious waste management in hospitals of region 1 model, according to the 2002 Ministry of Public Health's Regulation of infectious waste management. The process of development applied five steps 1) self-assessment, 2) development, 3) participation in development, 4) communication with director, and 5) prototype development. The initial assessment of infectious waste management showed that 16.22% (6 hospitals) passed the evaluation, 59.46% (22 hospitals) conditional pass, and 24.32% (9 hospitals) failed the evaluation. After the development, the success (passed) rate increased to 89.19% (33 hospitals). Conclusions and recommendations: hospital visit and engaging hospital staff in the development process including data collection, analysis and feed back with up-to-date situation of infectious waste management to hospital executive team were the keys of success for the development of infectious waste management in hospitals.

Keywords : Infectious waste management, Hospital, Quality

บทนำ

โรงพยาบาลเป็นสถานบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ กิจกรรมต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ทำให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการให้บริการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัย การให้ภูมิคุ้มกันโรค รวมถึงการศึกษาวินิจฉัยที่ดำเนินการทั้งในมนุษย์และสัตว์ ถ้าหากมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล อาจทำให้เกิดความเสี่ยงเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้มาใช้บริการ และส่งผลกระทบต่อภาวะสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในชุมชนรอบข้าง

สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อของประเทศไทย⁽¹⁾ ปี 2556 กรมควบคุมมลพิษ พบว่า ประเทศไทยมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ รวม 50,481 ตันต่อปี แบ่งเป็นมูลฝอยติดเชื้อจากโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 57 โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 17 คลินิก ร้อยละ 19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและสถานีนานามัย ร้อยละ 6 ส่วนสถานพยาบาลสัตว์และห้องปฏิบัติการติดเชื้ออันตราย ร้อยละ 0.6

โรงพยาบาลเป็นแหล่งผลิตของเสียที่เป็นมูลฝอยติดเชื้อในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น มูลฝอยจากสถานพยาบาลเหล่านี้จัดเป็นของเสียอันตรายเนื่องจากมีทั้งมูลฝอยติดเชื้อที่สามารถแพร่เชื้อโรคได้ โรงพยาบาลหลายแห่งยังมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยวิธีการที่ไม่ถูกสุขลักษณะและไม่มีประสิทธิภาพ ขาดมาตรฐานและเกณฑ์ปฏิบัติที่ชัดเจนในการดำเนินงานตั้งแต่การคัดแยก การเก็บขนย้าย และการกำจัดทำลายจากการดำเนินงานดังกล่าวมีความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะสุขภาพอนามัยของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเก็บขนย้ายหรือผู้ทำงานในสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ เป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ⁽²⁾ เช่น โรคตับอักเสบ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคพยาธิโรคเอดส์ ฯลฯ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกกฎกระทรวง ว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 โดยกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และมาตรการควบคุม กำกับดูแลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของราชการส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุขและห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย ให้มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ให้ถูกสุขลักษณะโรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามกฎกระทรวงรวมถึงราชการส่วนท้องถิ่น ต้องควบคุมดูแลและบริหารจัดการให้เป็นไปตามกฎหมาย

ปี 2557 จากการสำรวจ พบว่าสถานการณ์การเกิดมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่เขต 1 ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยาและอ่างทอง มีโรงพยาบาลรวม 37 แห่ง มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อรวม 2,881.82 กิโลกรัมต่อวัน มีรายละเอียดดังนี้ จังหวัดนนทบุรี มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ 344.23 กิโลกรัมต่อวัน อัตราการเกิดขยะติดเชื้อ 0.49 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน ปทุมธานีมีมูลฝอยติดเชื้อ 321.1 กิโลกรัมต่อวัน อัตราการเกิดขยะติดเชื้อ 0.52 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน พระนครศรีอยุธยามีปริมาณขยะติดเชื้อ 1,886 กิโลกรัมต่อวัน อัตราการเกิดขยะติดเชื้อ 1.63 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน และอ่างทองมีปริมาณขยะติดเชื้อ 330.49 กิโลกรัมต่อวัน อัตราการเกิดขยะติดเชื้อ 0.53 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน นอกจากนี้โรงพยาบาลบางแห่งมีการดำเนินการด้วยวิธีการที่ไม่ถูกสุขลักษณะและไม่มีประสิทธิภาพทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดการปนเปื้อนของสิ่งแวดล้อมและความเสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่พนักงานเก็บขนย้าย รวมทั้งสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วไป ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะดำเนินการวิจัยเรื่อง การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 1 เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่เขต 1 ให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ วิธีการ มาตรฐานและเป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มประชากรโรงพยาบาลเป้าหมาย 37 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในพื้นที่เขต 1 ทำการศึกษาและพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลตั้งแต่

เดือน ตุลาคม 2556 ถึง เดือนกันยายน 2558 มีรายละเอียดดังนี้

ปี 2556-2557

1. ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ศึกษาข้อมูลของกฎกระทรวง ว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 และเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาลของกรมอนามัย (ตุลาคม-ธันวาคม 2556)

2. ดำเนินการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล 37 แห่ง มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การประเมินตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อสารและส่งไปรษณีย์ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด ขอความร่วมมือในการสำรวจข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลทุกแห่ง โดยให้โรงพยาบาลประเมินตนเองตามแบบประเมินคุณภาพการจัดการขยะติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาลของกรมอนามัย ซึ่งเนื้อหาในแบบประเมินบรรจุข้อมูลจากกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านบุคลากร 2) การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ 3) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ 4) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 5) ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 6) สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ 7) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

เมื่อโรงพยาบาลส่งแบบประเมินตนเองกลับมา ศูนย์อนามัยที่ 1 จะดำเนินการตรวจสอบแบบประเมินที่ตอบกลับมา รวบรวมบันทึก สรุปข้อมูลนำไปวางแผนการดำเนินงานต่อไป (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2557)

2) การพัฒนาศักยภาพของผู้รับผิดชอบการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล 37 แห่ง และผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด 4 จังหวัดในพื้นที่เขต 1 มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพูดคุย จัดให้มีวงสนทนา เรื่องเล่าการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลตนเอง แต่ละ

โรงพยาบาลจะเล่ากระบวนการจัดการขยะติดเชื้อ ปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ไขที่ได้ดำเนินการ หลังจากนั้นผู้วิจัยและคณะจะให้ความรู้เรื่องการจัดจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ต้องตามกฎหมายว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 สุดท้ายจะมีการสื่อสารให้โรงพยาบาลทราบว่าทีมผู้วิจัยจะลงพื้นที่เยี่ยมทุกโรงพยาบาลและประเมินรับรองในโอกาสต่อไป (มีนาคม 2557)

3) การมีส่วนร่วมในการพัฒนา และประเมินคุณภาพครั้งที่ 1 ทีมผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดลงพื้นที่ ประสานให้ผู้รับผิดชอบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลตามแบบประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยและคณะดำเนินการสำรวจและถ่ายภาพสถานที่ ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ในแต่ละจุด เช่น วิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อทั้งที่เป็นน้ำ สารคัดหลั่งและมูลฝอยติดเชื้อทั่วไปที่ห้องฉุกเฉิน ในแผนกผู้ป่วยนอก ดูการดำเนินงานที่แผนกผู้ป่วยใน ห้องพักรวมมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งดูลักษณะของรถเข็น ฯลฯ ผู้รับผิดชอบงานดังกล่าวมีส่วนร่วมคิด ร่วมเสนอแนวทางการแก้ไขและพัฒนา พร้อมทั้งทีมผู้วิจัยให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการพัฒนาในสิ่งที่ยังดำเนินการไม่ถูกต้อง จากนั้นโรงพยาบาลดำเนินการพัฒนา แก้ไขปรับปรุงตามผลการประเมิน (เมษายน-มิถุนายน 2557)

4) การสื่อสารกับผู้บริหาร นำข้อมูลที่สำคัญพร้อมภาพถ่ายมาวิเคราะห์ ค้นข้อมูลสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของแต่ละโรงพยาบาล สรุปผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน และกฎหมายว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 กรณีดำเนินการได้ถูกต้องจะให้การรับรองผ่านการประเมิน กรณีมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องจะไม่ผ่านการประเมิน และมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ทั้งสองกรณีจะแจ้งเป็นหนังสือราชการส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่ง (กรกฎาคม-สิงหาคม 2557)

5) การพัฒนาต้นแบบ ทีมผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีการปฏิบัติที่ดี สนับสนุนให้มีการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลต้นแบบ เพื่อเป็นที่ศึกษาดูงานของโรงพยาบาลอื่นต่อไป (กันยายน 2557)

ปี 2558

เป็นการพัฒนาต่อเนื่องในครั้งที่ 2 ดังนั้นจึงลดขั้นตอนการประเมินตนเองเหลือเพียง 4 ขั้นตอน คือ

1) การพัฒนาศักยภาพ จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยให้โรงพยาบาลต้นแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ เป็นวิทยากร เล่าวิธีการบริหารจัดการที่นำไปสู่การผ่านเกณฑ์การประเมินและได้เป็นต้นแบบ มีการคืนข้อมูลผลการประเมินให้ผู้เข้าร่วมประชุมรับทราบ เพื่อกลับไปพัฒนาในส่วนที่รับผิดชอบ รวมทั้งทีมผู้วิจัยมีการสื่อสารให้โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เมื่อปี 2557 ให้ทราบว่าปี 2558 จะมีการลงเยี่ยม และประเมินรับรองครั้งที่ 2 (มีนาคม 2558)

2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนา และประเมินรับรองครั้งที่ 2 ทีมผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดลงพื้นที่ โดยประสานให้ผู้รับผิดชอบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อนำเสนอข้อมูลสถานการณ์และความก้าวหน้าในการดำเนินการของโรงพยาบาลตนเองเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามแบบประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ หลังจากนั้นผู้วิจัยและคณะดำเนินการสำรวจและถ่ายภาพสถานที่ ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ในแต่ละจุด เช่นเดียวกับปี 2557 ในขณะเดียวกันได้ให้ผู้รับผิดชอบงานดังกล่าวมีส่วนร่วมคิด ร่วมเสนอแนวทางการแก้ไขและพัฒนา พร้อมทั้งทีมผู้วิจัยให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการพัฒนาในสิ่งที่ยังดำเนินการไม่ถูกต้อง (เมษายน-มิถุนายน 2558)

3) การสื่อสารกับผู้บริหาร นำข้อมูลที่สำคัญพร้อมภาพถ่ายมาวิเคราะห์ ค้นข้อมูลสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของแต่ละโรงพยาบาล สรุปผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน และกฎหมายว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 กรณีดำเนินการ

ได้ถูกต้องจะให้การรับรองผ่านการประเมิน กรณีมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องจะไม่ผ่านการประเมิน และมีข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ทั้งสองกรณีจะแจ้งเป็นหนังสือราชการส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่ง (กรกฎาคม-สิงหาคม 2558)

เนื่องจากในปี 2558 การจัดการขยะติดเชื้อเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่จังหวัดต้องรายงานในการตรวจราชการ จึงมีการนำผลงานการพัฒนางานจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินและไม่ผ่าน รวมทั้งโรงพยาบาลที่สามารถเป็นต้นแบบ นำเสนอต่อที่ประชุมคณะผู้ตรวจราชการและผู้บริหาร ซึ่งผู้ตรวจราชการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง ได้ร่วมรับทราบสถานการณ์ ปัญหา ข้อเสนอแนะทางการแก้ไข และผู้บริหารร่วมเสนอแนะแนวทางการพัฒนา

4) การพัฒนาต้นแบบ มีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่ดำเนินการได้ดีเป็นโรงพยาบาลต้นแบบ เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติและเป็นที่ศึกษาดูงานของโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป (สิงหาคม-กันยายน 2558)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง รวมทั้งสิ้นจำนวน 37 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 86.49 (32 แห่ง) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 8.11 (3 แห่ง) และโรงพยาบาลศูนย์ฯ ร้อยละ 5.4 (2 แห่ง)

1. สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่เขต 1 ก่อนและหลังการพัฒนา (ปี 2557 และ 2558) รายละเอียดในตารางที่ 1

สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี 2557 ก่อนการพัฒนา พบว่าโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีการบริหารจัดการและดำเนินการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่มีการจัดตั้งคณะกรรมการมาตรฐานด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาล โดยมีคณะกรรมการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในกรรมการชุดนี้ด้วย มีเพียงบางแห่งที่มีเฉพาะ คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อ แต่การทำงานของคณะกรรมการยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เป็นเพียงมอบหมายให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการ ขาดการพัฒนาศักยภาพ และควบคุมกำกับติดตาม ประเมินผล ทำให้ในภาพรวมมีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินน้อยมากเพียง ร้อยละ 16.22 (6 แห่ง) ผ่านการประเมินแบบมีเงื่อนไข ร้อยละ 59.46 (22 แห่ง) และไม่ผ่าน ร้อยละ 24.32 (9 แห่ง) มีเพียง 2 จังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คุณภาพการประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อคือ ปทุมธานี ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 25.00 (2 แห่ง) และพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ 25.00 (4 แห่ง)

ปี 2558 หลังการพัฒนา พบว่าทั้งโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน มีการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นระบบมากขึ้น ในภาพรวมมีความก้าวหน้าของการพัฒนาโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 89.19 (33 แห่ง) และไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 10.81 (4 แห่ง) โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านการประเมินทั้ง 4 แห่ง อยู่ระหว่างการพัฒนาและปรับปรุงคือ มีการก่อสร้างอาคารและปรับปรุงห้องพักรวมมูลฝอยติดเชื้อจังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มากที่สุดคือ ปทุมธานี ร้อยละ 100 (8 แห่ง) รองลงมาเป็นจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ 93.75 (15 แห่ง)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบโรงพยาบาลในพื้นที่เขต 1 ที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ก่อนและหลังการพัฒนา จำแนกรายจังหวัด : แห่ง (ร้อยละ)

จังหวัด/แห่ง	ผ่านเกณฑ์		ผ่านเกณฑ์แบบมีเงื่อนไข		ไม่ผ่านเกณฑ์	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
นนทบุรี /6	-	5 (83.33)	3 (50.00)	-	3 (50.00)	1 (16.67)
ปทุมธานี /8	2 (25.00)	8 (100.0)	5 (62.50)	-	1 (12.50)	-
พระนครศรีอยุธยา /16	4 (25.00)	15 (93.75)	8 (50.00)	-	4 (25.00)	1 (6.25)
อ่างทอง /7	-	5 (71.43)	6 (85.71)	-	1 (14.29)	2 (28.57)
รวม 4 จังหวัด /37	6 (16.22)	33 (89.19)	22 (59.46)	-	9 (24.32)	4 (10.81)

2. การพัฒนาใน 7 องค์ประกอบตามคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ผลจากการตรวจเยี่ยมและประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ บุคลากร การคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย ลักษณะของรถเข็น ลักษณะของที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 2 โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำแนกตาม 7 องค์ประกอบ แยกรายจังหวัด /ปี 2557 ก่อนการพัฒนา : แห่ง (ร้อยละ)

องค์ประกอบ	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ ปี 2557 ก่อนการพัฒนา : แยกรายจังหวัด				รวม
	นนทบุรี	ปทุมธานี	พระนครศรีอยุธยา	อ่างทอง	
1. บุคลากร	5 (83.33)	8 (100.0)	10 (62.50)	6 (85.71)	29 (78.38)
2. การคัดแยก	6 (100.0)	8 (100.0)	16 (100.0)	7 (100.0)	37 (100.0)
3. การเก็บรวบรวม	5 (83.33)	6 (75.00)	12 (75.00)	4 (57.14)	27 (72.97)
4. การเคลื่อนย้าย	2 (33.33)	7 (87.50)	13 (81.25)	5 (71.43)	27 (72.97)
5. ลักษณะของรถเข็น	2 (33.33)	4 (50.00)	9 (56.25)	2 (28.57)	17 (45.95)
6. สถานที่พักรวม	2 (33.33)	7 (87.50)	12 (75.00)	7 (100.0)	28 (75.68)
7. กำจัดมูลฝอย	6 (100.0)	7 (87.50)	10 (62.50)	4 (57.14)	27 (72.97)

ปี 2558 หลังการพัฒนา พบว่า ทุกองค์ประกอบสามารถพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ได้ ร้อยละ 100 (37 แห่ง) ยกเว้น สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ที่ผ่านการประเมิน ร้อยละ 89.19 (33 แห่ง) เนื่องจาก

ปี 2557 ก่อนการพัฒนา พบว่าองค์ประกอบที่ผ่านการประเมินน้อยที่สุด คือ ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 45.95 (17 แห่ง) รองลงมาคือ ด้านการเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้ายมูลฝอยและการกำจัดมูลฝอย ร้อยละ 72.97 (27 แห่ง) เท่ากัน ส่วนองค์ประกอบที่ผ่านการประเมินมากที่สุดคือ การคัดแยก ร้อยละ 100 (37 แห่ง) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

โรงพยาบาล 4 แห่ง กำลังอยู่ระหว่างการก่อสร้างสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ข้อมูลของการประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ปี 2558 หลังการพัฒนา ทั้ง 7 องค์ประกอบ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำแนกตาม 7 องค์ประกอบ แยกรายจังหวัด /ปี2558 หลังการพัฒนา : แห่ง (ร้อยละ)

องค์ประกอบ	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ในปี 2558 หลังการพัฒนา : แยกรายจังหวัด				รวม
	นนทบุรี	ปทุมธานี	พระนครศรีอยุธยา	อ่างทอง	
1.บุคลากร	6 (100)	8 (100)	16 (100)	7 (100)	37 (100)
2.การคัดแยก	6 (100)	8 (100)	16 (100)	7 (100)	37 (100)
3.การเก็บรวบรวม	6 (100)	8 (100)	16 (100)	7 (100)	37 (100)
4.การเคลื่อนย้าย	6 (100)	8 (100)	16 (100)	7 (100)	37 (100)
5.ลักษณะของรถเข็น	6 (100)	8 (100)	16 (100)	7 (100)	37 (100)
6.สถานที่พักรวม	5 (83.33)	8 (100)	15 (93.75)	5 (71.43)	33 (89.19)
7.กำจัดมูลฝอย	6 (100)	8 (100)	16 (100)	7 (100)	37 (100)

ผลจากการพัฒนามีความก้าวหน้าตามองค์ประกอบในการจัดการมูลฝอย 7 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

1) บุคลากรก่อนการพัฒนาพบว่า มีบุคลากรผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 78.38 (29 แห่ง) หลังพัฒนา มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่วุฒิการศึกษาปริญญาตรี สาขาวิทยาศาสตร์ เป็นผู้ควบคุม กำกับ ดูแล การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 (37 แห่ง) ปัญหาที่พบบางโรงพยาบาลจ้างพนักงานทำความสะอาด /คนงานจากบริษัทภายนอก (out source) ทำให้มีการเปลี่ยนตัวพนักงานบ่อยและส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรม หลังการพัฒนาโรงพยาบาลมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่พนักงานที่เข้าใหม่ทุกคน จัดให้มีพี่เลี้ยงสอนงาน และหัวหน้างานควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล

2) การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ทั้งก่อนและหลังพัฒนา การคัดแยก ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 (37 แห่ง) โดยคัดแยกตั้งแต่จุดกำเนิดมูลฝอย และแยกประเภทเป็นวัสดุมีคมและไม่มีคม ปัญหาที่พบคือ ยังมีการทิ้งมูลฝอยไม่ถูกต้องบ้าง เช่น นำมูลฝอยทั่วไปทิ้งปะปนในถังมูลฝอยติดเชื้อ ทำให้ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสูงกว่าความเป็นจริง และทำให้เสียเงินค่ากำจัดมากขึ้น หลังการพัฒนา จัดให้มีระบบการตรวจสอบและการสื่อสาร เพื่อช่วยลดปริมาณขยะที่ทิ้งผิดประเภท

3) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ ก่อนการพัฒนา ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 72.97 (27 แห่ง) โรงพยาบาลเลือกใช้ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้อง แต่ปัญหาที่พบคือเมื่อใช้นาน ๆ ภาชนะเหล่านั้นชำรุด แตก รั่วซึม และยังไม่ได้เปลี่ยนถังใหม่ หลังการพัฒนา ผู้บริหารในโรงพยาบาลเห็นความสำคัญและอนุมัติงบประมาณในการจัดซื้อ เพื่อเปลี่ยนที่ชำรุดและจัดให้มีเพียงพอต่อการใช้งาน จึงผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 (37 แห่ง)

ส่วนการติดป้ายชื่อโรงพยาบาล แผนกที่ผลิตมูลฝอยติดเชื้อ และวันเดือนปีเกิดของมูลฝอยติดเชื้อ ที่ถูกแดงพบว่ามีโรงพยาบาลที่ไม่ติดป้าย ร้อยละ 67.57 (25 แห่ง) มีแผนการแก้ไขติดเป็นป้ายกระดาษหรือสติ๊กเกอร์

4) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ก่อนการพัฒนา ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 72.97 (27 แห่ง) หลังการพัฒนา ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 (37 แห่ง) พบว่า มีการใช้รถเข็น มีการสวมชุดป้องกันอันตรายส่วนบุคคล มีการกำหนดเวลาและเส้นทางการเคลื่อนย้ายที่แน่นอน ปัญหาที่พบคือ บริเวณห้องพักรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่มีอ่างล้างมือ หรือมีอ่างล้างมือแต่ไม่มีสบู่ ทำให้ไม่ถูกต้องสำหรับการปฏิบัติงาน รวมทั้งบางแห่งท่อใต้อ่างชำรุด น้ำเสียที่อ่างล้างมือรั่วไม่ลงระบบบำบัด และบริเวณล้างรถเข็น พบว่าน้ำเสียจากการล้าง

รถเข็นไม่เชื่อมลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย การพัฒนามีการซ่อมแซมแก้ไข

5) ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ก่อนการพัฒนา ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 45.95 (17 แห่ง) เป็นองค์ประกอบที่ผ่านการประเมินน้อยที่สุด หลังการพัฒนา พบว่าผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 (37 แห่ง) ปัญหาที่พบมาก คือไม่มีอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับเก็บมูลฝอยติดเชื้อในกรณีมูลฝอยตกหล่น หรือถุงแตกรั่วระหว่างขนย้าย รองลงมาคือไม่มีข้อความ “รถเข็นมูลฝอยติดเชื้อ ห้ามนำไปใช้ในกิจการอื่น” หลังการพัฒนามีการปรับปรุงแก้ไข และปัญหาอื่น ๆ ที่รถเข็นไม่ได้มาตรฐาน เช่น การประยุกต์ใช้รถเข็นนั่งของผู้ป่วย (wheel chair) บางแห่งใช้รถเข็นของเล็ก 4 ล้อ วางถังพลาสติกที่มีฝาปิด 2 ถัง บางแห่งใช้รถเข็นคันเดียวบรรทุกทั้งมูลฝอยทั่วไปและมูลฝอยติดเชื้อ ผู้ปฏิบัติงานให้ข้อมูลว่าต้องการจัดซื้อรถเข็นมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน แต่มักไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ หลังการพัฒนามีโรงพยาบาล 12 แห่ง ที่ผู้บริหารอนุมัติงบประมาณให้จัดซื้อรถเข็นที่ได้มาตรฐาน จากการพูดคุยพบว่าเจ้าหน้าที่รู้สึกมีความสุขและดีใจที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญ

6) สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ ก่อนการพัฒนา ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75.68 (28 แห่ง) หลังการพัฒนา ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 89.19 (33 แห่ง) ปัญหาที่พบมากคือ ไม่มีกุญแจล็อก ไม่มีระบบป้องกันบุคคลทั่วไปไม่ให้อาสาสมัครเข้าถึงที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อได้ ปัญหาเรื่องรางระบายน้ำเสียจากการล้างห้องพักขยะไม่เชื่อมต่อกับระบบบำบัดน้ำเสีย บางโรงพยาบาลไม่ได้ติดชื่อ “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ” หรือป้ายชื่อเก่าชำรุด บางโรงพยาบาลห้องพักรวมมูลฝอยติดเชื้อไม่สะอาด และฝาผนังที่เป็นมุงลวดหลุดชำรุด เปิดช่องให้ทั้งคน สัตว์ แมลงนำโรคเข้าได้ บางโรงพยาบาลห้องพักรวมมูลฝอยติดเชื้อมีขนาดเล็กไม่เพียงพอต่อการรองรับมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลที่เพิ่มอัตราการครองเตียงสูงขึ้น หลังการตรวจเยี่ยมและแจ้ง

สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ผลการประเมินรวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนา พบว่าบางโรงพยาบาลมีการก่อสร้างห้องพักรวมมูลฝอยติดเชื้อใหม่เพื่อให้มีขนาดเหมาะสมและมีคุณลักษณะที่ได้มาตรฐาน

7) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ก่อนการพัฒนา ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 72.97 (27 แห่ง) หลังการพัฒนา ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 (37 แห่ง) วิธีส่งกำจัดส่วนใหญ่ร้อยละ 97.30 (36 แห่ง) มีการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดนอกโรงพยาบาล และร้อยละ 2.70 (1 แห่ง) กำจัดโดยการใส่เตาเผาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่วนใหญ่จ้างบริษัทเอกชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำไปเผากำจัด ปัญหาที่พบบางบริษัทพนักงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อไม่ใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันตนเอง รถเก็บขนมูลฝอยมาเก็บไม่ตรงตามเวลา

การใช้เอกสารกำกับการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อพบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่รับผิดชอบงานมูลฝอยติดเชื้อไม่เข้าใจวิธีการใช้เอกสารดังกล่าว จึงพบปัญหาดังนี้ บางโรงพยาบาลไม่ได้รับเอกสารกำกับการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ (manifest) ฉบับ ตช.01/2 สำหรับผู้ขนส่ง และเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ฉบับสำหรับโรงพยาบาล (ตช.01/1) ปกติจะมีเพียงลายเซ็นของผู้ขนส่งเท่านั้น แต่บางโรงพยาบาลมีลายเซ็นของทั้งผู้ขนส่งและผู้กำจัด มีการสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจ

สำหรับโรงพยาบาลที่มีเตาเผามูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลและยังใช้งานได้ดี คือโรงพยาบาลหนองเสือ มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ดีทั้ง 7 องค์ประกอบ แต่ไม่มีการตรวจอากาศเสียผ่านมาตรฐานควบคุมการปล่อยอากาศเสียจากเตาเผามูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหรือไม่ ทางโรงพยาบาลใช้วิธีการต่อปล่องควันให้สูงขึ้นไปในอากาศ เพื่อลดผลกระทบจากมลพิษควันและอากาศเสียจากการเผาดังกล่าว แนะนำให้ตรวจคุณภาพอากาศเสีย

3. โรงพยาบาลต้นแบบในการจัดการมูลฝอย
ติดเชื้อ

ผลจากการพัฒนาทำให้ได้โรงพยาบาล
ต้นแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ดังนี้

จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ 1.รพ.พระนั่งเกล้า
2. รพ.ไทรน้อย

จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ 1.รพ.คลองหลวง
2.รพ.ลำลูกกา

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ 1.รพ.ท่าเรือ
2. รพ.เสนา 3. รพ.มหาราช 4.รพ.พระสังฆราช 5.รพ.อุทัย
จังหวัดอ่างทอง ได้แก่ รพ.วิเศษชัยชาญ

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในอดีต
ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติและประกาศใช้
กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ตั้งแต่
ปี 2545 ถึงปัจจุบัน 13 ปีที่ผ่านมายังคงพบปัญหา
ต่าง ๆ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลอยู่
เสมอ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบ
การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล
กลุ่มเป้าหมายคือ โรงพยาบาล 4 จังหวัดในพื้นที่เขต
1 โดยปี 2557 ก่อนการพัฒนาที่วิจัยใช้กระบวนการ
พัฒนา 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินตนเอง
2) การพัฒนาศักยภาพ 3) การมีส่วนร่วมในการ
พัฒนา และประเมินรับรองฯ 4) การสื่อสารกับ
ผู้บริหาร 5) การพัฒนาด้านแบบ มีการประชุมและ
ชี้แจงให้โรงพยาบาลประเมินตนเอง และพัฒนา
ศักยภาพ สำหรับในขั้นตอนที่ 3 เป็นการสร้างการ
มีส่วนร่วมและประเมินรับรองฯ ไปด้วย โดยพิจารณา
จากเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติด
เชื้อสำหรับโรงพยาบาลของกรมอนามัย พบว่า
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินเพียง ร้อยละ
16.22 (6 แห่ง) เนื่องจากโรงพยาบาลยังไม่ได้
ดำเนินการพัฒนาตามผลการประเมินตนเอง และ
ผลการประเมินรับรองฯ หลังจากนั้นโรงพยาบาล
ดำเนินการพัฒนาปรับปรุงแก้ไข และที่วิจัยดำเนินการ

ต่อในขั้นตอนที่ 4 และ 5 สำหรับในปี 2558 หลังการ
พัฒนา เหลือกระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ
1) การพัฒนาศักยภาพ 2) การมีส่วนร่วมในการ
พัฒนาและประเมินรับรองฯ 3) การสื่อสารกับผู้บริหาร
4) การพัฒนาด้านแบบ ผลการประเมินรอบ 2 พบว่า
หลังการพัฒนา มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน
เพิ่มขึ้นคิดเป็น ร้อยละ 89.19 (33 แห่ง)

ในกระบวนการพัฒนา ทีมผู้วิจัยเริ่มต้นจาก
การให้โรงพยาบาลประเมินตนเอง (self-assessment)
เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทบทวนงานที่ปฏิบัติอยู่ ค้นหา
จุดอ่อนที่ต้องพัฒนา และสามารถนำข้อมูลไปวางแผน
ปรับปรุงงานได้ การจัดกิจกรรม การประชุม พัฒนา
ศักยภาพ เสริมความรู้ความเข้าใจ ทำให้มีการปฏิบัติ
ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้ตั้งขึ้นผ่านเกณฑ์การประเมิน
สอดคล้องกับอภินันท์ สุขบท⁽³⁾ ที่พบว่า การอบรม
สัมมนา มีอิทธิพลต่อบทบาทของบุคลากรในการ
จัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ 0.05

การสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ทีม
ผู้วิจัยมีการลงพื้นที่ทุกโรงพยาบาล ทำให้พบประเด็น
ที่ต้องปรับปรุง พัฒนาโดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่
การมีส่วนร่วมของผู้รับผิดชอบ ทำให้มีการสื่อสาร
และเกิดความเข้าใจ ได้แนวทางการพัฒนาที่สามารถ
ทำได้จริง ปัญหาบางอย่าง เช่น รถเข็นเคลื่อนย้าย
มูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ได้มาตรฐาน ป้ายชื่อห้องพักรวม
มูลฝอยเก่า ชำรุด ไม่มีอุปกรณ์ติดรถเข็น สาเหตุส่วน
หนึ่งเกิดจากการขาดการสนับสนุนงบประมาณ
สอดคล้องกับจอมจันทร์ นทีวัฒนา⁽⁴⁾ ที่พบว่า ปัญหา
เกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในหน่วยงาน
ได้แก่ การขาดงบประมาณ และบุคลากรในสถาน
พยาบาลภาครัฐยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง
หลังจากมีการสื่อสาร ค้นข้อมูลสถานการณ์การจัดการ
มูลฝอยติดเชื้อและผลการประเมินให้ผู้บริหารและ
ผู้ปฏิบัติ พร้อมทั้งมีข้อเสนอแนะและแนวทางการ
พัฒนา ทำให้เกิดความร่วมมือ มีการสนับสนุนงบ
ประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ตัวอย่างเช่น ได้รับงบประมาณ

ในการจัดซื้อรถเข็นที่ได้มาตรฐาน มีการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ มีป้ายข้อความถูกต้องตามมาตรฐาน การสื่อสารกับผู้บริหารช่วยกระตุ้นให้ผู้บริหารได้รับรู้ปัญหา มีความสนใจและให้การสนับสนุนมากขึ้น นอกจากนี้มีการพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบ ทำให้โรงพยาบาลที่มีการปฏิบัติงานที่ดีถูกต้องตามมาตรฐาน ได้รับการเชิดชูเกียรติ และเป็นต้นแบบให้โรงพยาบาลอื่นในพื้นที่ได้ศึกษาดูงาน

อย่างไรก็ตาม การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่ร้อยละ 97.30 (36 แห่ง) มีการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัดนอกโรงพยาบาล และ ร้อยละ 2.70 (1 แห่ง) กำจัดโดยใช้เตาเผาในโรงพยาบาล ส่วนการกำจัดนอกโรงพยาบาลใช้วิธีจ้างบริษัทเอกชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำไปเผากำจัด ปัญหาที่พบคือ บางบริษัทพนักงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อไม่ใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันตนเอง รถเก็บขนมูลฝอยไม่ได้มาตรฐาน มาไม่ตรงตามเวลา ฯลฯ การว่าจ้างผู้ประกอบการให้ขนส่งขยะติดเชื้อไปกำจัดเป็นเรื่องสำคัญที่โรงพยาบาล (ต้นทาง) จะต้องทราบว่า ขยะติดเชื้อของโรงพยาบาลถูกนำไปด้วยขั้นตอนการขนส่งที่ถูกต้อง ไม่ตกหล่นไปที่ใด และนำไปกำจัดตามวิธีการที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ จึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรจ้างบริษัทที่พนักงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อมีความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ โดยต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร “การป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ” ตามหลักสูตรและระยะเวลาตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา และต้องเน้นการใช้เอกสารกำกับกำกับการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest) ผู้บริหารหรือคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลควรมีนโยบายที่ชัดเจนและสื่อสารให้บุคลากรได้ทราบถึงนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อให้การจัดการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ควรมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดการขยะติดเชื้อไว้เป็นการเฉพาะ และมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป คือ การศึกษารูปแบบการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน โรงพยาบาลสัตว์ คลินิกรักษาสัตว์ ห้องปฏิบัติการติดเชื้อ มูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการเสริมความงาม การสักในสถานประกอบการ ในห้างสรรพสินค้าและในวัด และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เพราะสถานที่เหล่านี้เป็นแหล่งก่อกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กรมอนามัยควรมีนโยบายในการขยายงานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ครอบคลุมไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลสังกัดหน่วยราชการทุกกระทรวง รวมถึงโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน โรงพยาบาลสัตว์ และคลินิกรักษาสัตว์ ตลอดจนหน่วยงานที่มีการจ้างเหมาหน่วยงานภายนอกในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ และมีมาตรการตรวจสอบว่ามีการขนย้ายและกำจัดได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดหรือไม่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ฉัตรลดา กาญจนสุทธิแสง, ฐิฎา ไกรวัฒนพงศ์, ทิพย์วัลย์ ปราบคะเซ็น, เบญจวรรณ จันทพล, กนกอร ศรีจันทวงษ์, เพียงไพบ ชำนาญค้า. การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 1 กรุงเทพฯ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ 2559;20(1):หน้า.

Suggested Citation for this Article

Kanchanasuttisang C, Kraiwattanapong T, Prabkhasen T, Jantapol B, Srichanthawong K, Chamnanka P, The development of infectious waste management in hospitals in the services area of Regional Health Promotion Center 1, Bangkok. ODPC13 Bangkok Journal 2016;20(1) : page.

เอกสารอ้างอิง

1. ระพีศักดิ์ มาลัยรุ่งสกุล. บทบาทของภาคเอกชน ในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ: ในวีระชัย สิทธิปิยะสกุล, บรรณาธิการ. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อภาคเหนือประจำปี 2557; 2557. หน้า 10.
2. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553. หน้า 1-64
3. อภินันท์ สุขบท. บทบาทของบุคลากรในการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีศึกษา: โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม; 2547.
4. จอมจันทร์ นทีวัฒนา. ความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลภาครัฐ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2555; 5(3):47-56

ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านต่อการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลปทุมธานี

The effectiveness of home visits to care HIV / AIDS patients in Pathumthani Hospital

ธัญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์¹¹โรงพยาบาลปทุมธานีThanyapat Soontaranurak¹¹Pathumthani Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลปทุมธานีก่อนและหลังได้รับการเยี่ยมบ้าน เพื่อเปรียบเทียบปริมาณ CD4 ก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ต่อการกดปริมาณไวรัสเอชไอวี (viral load suppression) กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาที่คลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลปทุมธานีและได้รับการเยี่ยมบ้านในช่วงเดือนตุลาคม 2556 ถึงกันยายน 2557 จำนวน 31 คน โดยศึกษาจากบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนสมุดบันทึกการรักษาเอชไอวี และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมานด้วยการทดสอบ pair t-test และ chi-square test ที่ความเชื่อมั่น 95% confidence interval

ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.30 อายุเฉลี่ย 45 ปี มีสถานภาพการสมรสเป็นโสด ร้อยละ 74.20 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 74.00 สิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 54.84 ปริมาณไวรัสเอชไอวีน้อยกว่า 50 copies/ml ร้อยละ 83.9 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นวันโรคร่วมกับเอชไอวี ร้อยละ 32.30 สูตรยาที่ได้รับมากที่สุดคือ tenofovir lamivudine และ Efavirenz ร้อยละ 45.20 ผู้ป่วยมีผู้ดูแลที่บ้าน ร้อยละ 77.40 วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ติดตามเยี่ยมอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 87.10 และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขาดนัด ร้อยละ 12.90 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ร้อยละ 87.10 รองลงมา เยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง ร้อยละ 9.70 และเยี่ยมบ้านสูงสุด 3 ครั้ง ร้อยละ 3.20 เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการเยี่ยมบ้าน พบว่ามีความร่วมมือในการกินยามากขึ้นกว่าก่อนได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (95% CI 2.62–4.94) เมื่อได้รับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีปริมาณ CD4 มากขึ้นกว่าก่อนได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.005$ (95% CI 23.80–119.04) ในส่วนของการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของสูตรยากับ viral load suppression พบว่าผู้ติดเชื้อที่กินยา tenofovir lamivudine และ Efavirenz กดปริมาณไวรัสเอชไอวีได้ตามเป้าหมาย คือ น้อยกว่า 50 copies/ml แตกต่างจากสูตรยาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.016$

คำสำคัญ : ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยเอดส์, เยี่ยมบ้าน

Abstract

This study was a retrospective descriptive study. The study objectives were to compare drug adherence of HIV/AIDS patients at Pathumthani Hospital before and after the home visit, to compare CD4 concentration before and after home visit, to analyze relationships between various factors and viral load suppression. The study population is patients with HIV/AIDS who received antiretroviral treatment at clinic of Pathumthani Hospital and obtained a home visit during October 2013 to September 2014. The numbers of patients were 31. Data available in the medical record, HIV treatment log book and a home visit record were used for study. Descriptive statistics were mean, standard deviation, frequencies and percentages. Inferential statistics used in the analysis were paired t-test and chi-square test with 95% confidence interval (95%CI). The study results showed that 61.30% of the patients were female, mean age was 45 years, and 74.20% of patients were single. The majority of patients were employee (74.00%) 54.84% had universal coverage program, 83.90% had HIV viral load less than 50 copies / ml., and 32.30% were diagnosed TB with HIV/AIDS. Most of drugs they get were tenofovir, lamivudine and Efavirenz, taken by 45.20% of patients and 77.40% of patients had caregiver at home. The purposes of the home visit were to visit patients to assess their illness (87.10%) and to visit those lost to follow-up (12.90%).

Most patients who obtained home visits one-time (87.10%), followed by two times (9.70%), and up to highest at three times (3.20%). Drug adherence of patients after home visits was significantly higher than that before the visits, $p < 0.001$. CD4 concentration of patients after home visits was also significantly greater than that before the visits, $p=0.005$. In comparison of regimens with viral load suppression, it was found that patients taking tenofovir, lamivudine and Efavirenz could effectively control HIV viral load to be less than 50 copies/ml., better than other regimens ($p=0.016$).

Keyword: HIV, AIDS patient, Home visit

บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อปัญหาภาวะสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจเป็นอย่างมากจากรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก ในปี 2557 ขององค์การอนามัยโลกพบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จำนวน 1.2 ล้านคน⁽¹⁾ แสดงถึงปัญหาโรคเอดส์ยังคงเป็นภัยคุกคามและเป็นปัญหาเรื้อรังที่สะท้อนให้เห็นความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มากยิ่งขึ้นถึงแม้ประเทศไทยจะมีนโยบายเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาที่เร็วขึ้นและสะดวกมากขึ้นกว่าในอดีตก็ตาม ยังพบว่าผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มหนึ่งยังไม่สามารถถึงเป้าหมายการรักษาได้เนื่องจากมีปัญหาในด้านต่างๆ ซึ่งผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องให้ความสนใจและช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้ดีขึ้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องปรับหรือพัฒนาระบบการดูแลให้มีลักษณะครบถ้วนของสภาพปัญหาต่าง ๆ โดยดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกช่วงเวลา ทั้งด้านการดำเนินโรค จัดระบบการดูแลครอบครัว สังคม ชุมชน สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง หากผู้ป่วยสามารถรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีได้อย่างครบถ้วนทั้งหมด ยาต้านไวรัสเอชไอวีก็จะมีประสิทธิภาพในการลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม

ผู้ป่วยที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีได้น้อยกว่าร้อยละ 95 ของยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา จะไม่สามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในเลือดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นความถูกต้องครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (adherence) จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งทั้งในด้านความสามารถในการลดปริมาณไวรัสเอชไอวี การเพิ่มระดับและคุณภาพของภูมิคุ้มกันของร่างกาย ตลอดจนคงไว้ซึ่งการรักษาให้ได้ผลอย่างยาวนาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽²⁾ ผู้ให้บริการคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลปทุมธานีได้ปรับระบบการบริการเป็น One Stop Service เพื่อลดขั้นตอนยุ่งยากในการมารับการรักษา มีเป้าหมายการรักษามุ่งเน้นกับการตอบสนองทางไวรัสวิทยาและการเพิ่มปริมาณของ CD4 ตามระยะเวลาการกินยาให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยความล้มเหลวทางไวรัสวิทยา ต้องให้การวินิจฉัยให้รวดเร็ว โดยไม่รอนจนผู้ป่วยมีผลการรักษาล้มเหลวทางภูมิคุ้มกัน และการล้มเหลวทางคลินิก ซึ่งถือว่าวินิจฉัยล่าช้าเกินไป เพราะจะทำให้เกิดการสะสมของเชื้อื้อยาจนทำให้ดื้อต่อยาอื่น ๆ รวมทั้งยาใหม่ในกลุ่มยานั้นได้ จึงมุ่งเน้นการวินิจฉัยการล้มเหลวทางไวรัสวิทยาให้ได้อย่างรวดเร็ว⁽³⁾ ปัจจัยที่จะป้องกันการเกิดความล้มเหลวทางการรักษาคือ ความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำนวนหนึ่งมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและต้องประสบปัญหาทั้งสภาวะจิตใจที่ท้อแท้ และสภาพสังคมที่ไม่เปิดรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผู้วิจัยได้นำกระบวนการเยี่ยมบ้านเป็นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กินยาได้สม่ำเสมอ⁽⁴⁾ มีความเป็นอยู่ที่ดีและมุ่งหวังให้ผลการดูแลผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงและช่วยเหลือตนเองได้ วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความสม่ำเสมอในการกินยาและ CD4 ในผู้ป่วยเอชไอวี ก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน และวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลให้การรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย

นิยามคำศัพท์

1. การเยี่ยมบ้าน คือ รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทีมเยี่ยมบ้านของคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และสมาชิกชมรมบ้านประสานใจ

2. ข้อบ่งชี้การเยี่ยมบ้านคลินิกโรคติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลปทุมธานี คือ ติดตามอาการเจ็บป่วยที่ยังไม่บรรเทา ไม่มีผู้ดูแล ติดตามผลข้างเคียงหรืออาการแพ้ยาจากการกินยา และผู้ป่วยขาดนัด

3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย แต่ยังไม่มีการป่วยที่เข้าได้กับโรคเอดส์

4. ผู้ป่วยเอดส์ คือ ผู้ที่มีเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกาย และมีการป่วยที่เข้าได้กับโรคเอดส์

5. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (adherence) คือความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย การพิจารณาว่าผู้ป่วยแต่ละรายมี adherence ดีหรือไม่นั้น สามารถประเมินได้จากความคลาดเคลื่อนในการรับประทานยาโดยไม่ต้องไม่ก่อนเวลาหรือเกินเวลาที่กำหนด 30 นาที และไม่จำเป็นต้องคำนึงว่ายาที่ผู้ป่วยรับประทานนั้นมีค่าครึ่งชีวิตสั้นหรือยาว เพื่อนำมาผลการประเมินมาใช้อ้างอิงในภาพรวมได้ เมื่อได้ผลการวัด สามารถคำนวณ % adherence

$$\% \text{adherence} = \frac{\text{จำนวน dose ยาที่ผู้ป่วยใช้จริง}}{\text{จำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยควรใช้}}$$

Good adherence > 95% แสดงว่าผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอเป็นส่วนใหญ่

Poor adherence < 95% แสดงว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีประวัติขาดยา มีประวัติมาตรวจตามนัด ไม่ได้นำยาเก่ามานับหรือคำนวณ

6. CD4 คือ เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่เป็นตัวกำจัดและควบคุมเชื้อโรค การตรวจ CD 4 คือการตรวจเลือดเพื่อนับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ในเลือด 1 ไมโครลิตร

7. ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (viral load) หมายถึง ปริมาณไวรัสในเลือด ในที่นี้หมายถึงไวรัสเอชไอวี

ในเลือด ผลการตรวจหาปริมาณไวรัสจะแสดงเป็นจำนวน copies ของ HIV RNA ต่อ มิลลิลิตร ตรวจ viral load หลังการรักษาด้วยยา ARV 6 เดือนขึ้นไป ตรวจ 1 ครั้ง/ปี กรณีไม่มีข้อบ่งชี้พิเศษ

8. การรักษาล้มเหลวทางไวรัสวิทยา (virologic failure) คือ มีปริมาณ HIV RNA ในเลือด (viral load) มากกว่า 200 copies/ml ในขณะที่กินยาต้านไวรัสอยู่อย่างน้อย 6 เดือน⁽²⁾

9. viral load suppression คือ ในขณะที่รับประทานยาต้านไวรัสอยู่ปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีน้อยกว่า 50 copies/ml

10. อักษรย่อของยาต้านไวรัส AZT คือ Zidovudine, 3TC คือ Lamivudine, D4T คือ stavudine, EFV คือ Efavarence , NVP คือ Nevirapine, LPV/rt คือ Lopinavir/ritonavir

11. การรักษาล้มเหลวทางภูมิคุ้มกันหรือทางภูมิคุ้มกัน (immunological failure) คือ การให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีแล้วผลตอบสนองของ CD4 ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย การศึกษาในระยะหลังพบว่า การใช้วิธีนี้ไม่มีความแม่นยำพอในการวินิจฉัยแยกการรักษาล้มเหลว เพราะอาจทำให้การวินิจฉัยว่ามีการรักษาล้มเหลวซ้ำเกินไปจนมีการสะสมการดื้อยาเพิ่มขึ้น จึงไม่แนะนำให้ใช้วิธีนี้ในการวินิจฉัยการรักษาล้มเหลว

12. เป้าหมายการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คือ เพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดให้ต่ำสุด (น้อยกว่า 50 copies/ml) และนานที่สุด รวมถึงให้ระดับ CD4 กลับสู่ระดับปกติมากที่สุด⁽²⁾

13. ยาต้านไวรัสเอชไอวี หมายถึง ยาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รับประทานเพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด

14. กลุ่มบัวบานประสานใจ คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีจิตอาสาช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วยเอชไอวีด้วยกัน ในอำเภอเมืองปทุมธานี

15. ประสิทธิภาพของการเยี่ยมบ้าน หมายถึง การเยี่ยมบ้านส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective study)

กลุ่มประชากรคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี โรงพยาบาลปทุมธานี และได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ (แพทย์พยาบาล และกลุ่มบัวบานประสานใจ) ในช่วงเดือนตุลาคม 2556 ถึงกันยายน พ.ศ. 2557 จำนวน 31 ราย โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์
- 2) ผู้ป่วยรับการรักษาที่คลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีของโรงพยาบาลปทุมธานี
- 3) ผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 ถึงกันยายน 2557

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 1) เมื่อทีมเยี่ยมบ้านไปเยี่ยมตามที่อยู่ของผู้ป่วยให้ไว้ แล้วไม่พบผู้ป่วยและไม่สามารถติดต่อได้
- 2) ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนที่จะได้รับการเยี่ยมบ้าน
- 3) ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนการเจาะตรวจระดับเม็ดเลือดขาวในเลือด (CD4) ปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด (viral load)
- 4) ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น
- 5) แบบบันทึกผลการติดตามการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สูญหาย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับการรักษาที่คลินิก ได้รับการเยี่ยมบ้านจำนวน 55 คน เข้าเกณฑ์การคัดออกจำนวน 24 คน เนื่องจากย้ายที่อยู่ติดตามไม่ได้ เสียชีวิตก่อนเจาะ CD4 หรือ viral load แบบบันทึกผลการติดตามการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สูญหาย และผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่อื่น มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าและได้รับการเยี่ยมบ้านจำนวนทั้งหมด 31 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

แบบบันทึก/แบบประเมิน มี 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา ไรคร่วมของผู้ป่วย โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ดูแลผู้ป่วย

2. ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย จำนวน ครั้งการเยี่ยมบ้าน วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน และองค์ประกอบของทีมเยี่ยมบ้าน

3. แบบประเมินภาวะทางการแพทย์ ได้แก่ น้ำหนักตัว ความดันโลหิต ปริมาณเม็ดเลือดขาวในเลือด (CD4) ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (viral load) ความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัส (adherence)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาจาก

ก. เวชระเบียน - รายงานประวัติการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่อยู่ในโครงการเยี่ยมบ้านของคลินิกยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีในช่วงเดือน ตุลาคม 2556 ถึง กันยายน 2557

ข. สมุดบันทึกการรักษาของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์

ค. แบบบันทึกเยี่ยมบ้านโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ตามข้อบ่งชี้ของการเยี่ยมบ้าน

2. ศึกษารายละเอียดและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป/ภาวะสุขภาพ/ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน และแบบประเมินทางการแพทย์ ได้แก่ ปริมาณเม็ดเลือดขาว (CD4) ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (viral load) ความสม่ำเสมอในการกินยา

3. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบ ปริมาณเม็ดเลือดขาว (CD4) ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (viral load) ความสม่ำเสมอในการกินยาก่อนได้รับการเยี่ยมบ้านและหลังได้รับการเยี่ยมบ้าน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ ทดสอบหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับ CD4 และความสม่ำเสมอในการกินยาก่อนและหลังจากได้รับการเยี่ยมบ้าน ด้วยการ

ทดสอบ paired t-test และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำให้ผลการรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย โดยการทดสอบข้อมูลใช้ chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p < 0.05$ โดยใช้โปรแกรม SPSS version 16

ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรทั้งหมด 31 คน มีลักษณะพื้นฐานดังนี้ พบอายุสูงสุด 77 ปี ต่ำสุด 17 ปี อายุเฉลี่ยคือ 45 ปี ผู้ป่วยอายุระหว่าง 15-30 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 19.40) อายุระหว่าง 31-45 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 35.50) อายุระหว่าง 46-60 ปี 6 คน (ร้อยละ 19.40) อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 25.80) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 คน (ร้อยละ 61.30) เป็นเพศชาย 12 คน (ร้อยละ 38.70) สถานภาพ-สมรส 7 คน (ร้อยละ 22.60) หย่า 1 คน (ร้อยละ 3.20) และโสด 23 คน (ร้อยละ 74.20) สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 17 คน (ร้อยละ 54.84) ประกันสังคมจำนวน 6 คน (ร้อยละ 19.35) สิทธิผู้สูงอายุ 8 คน (ร้อยละ 25.81) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง 23 คน (ร้อยละ 74.20) รองลงมาเป็นค้าขายจำนวน 6 คน (ร้อยละ 19.40) แม่บ้าน 1 คน (ร้อยละ 3.20) นักเรียน 1 คน (ร้อยละ 3.20) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลจำนวน 24 คน (ร้อยละ 77.42) ไม่มีผู้ดูแลจำนวน 7 คน (ร้อยละ 22.58)

วัตถุประสงค์ในการไปเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ติดตามอาการเจ็บป่วย 27 คน (ร้อยละ 87.10) ติดตามหลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขาดนัด 4 คน (ร้อยละ 12.90) จำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านได้รับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งจำนวน 27 คน (ร้อยละ 87.10) ได้รับการเยี่ยมบ้าน 2 ครั้งจำนวน 3 คน (ร้อยละ 9.70) ได้รับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งจำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.20) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

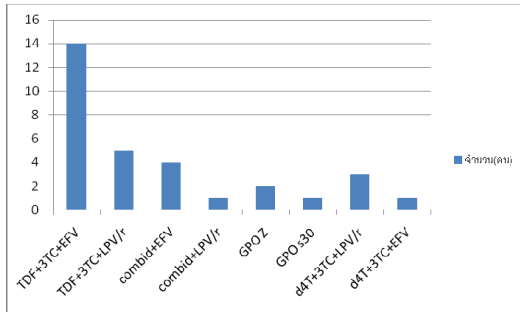
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
15-30 ปี	6	19.40
31-45 ปี	11	35.50
46-60 ปี	6	19.40
มากกว่า 60 ปี	8	25.80
เพศ		
- หญิง	19	61.30
- ชาย	12	38.70
สิทธิการรักษา		
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	17	54.84
- ประกันสังคม	6	19.35
- ผู้สูงอายุ	8	25.81
อาชีพ		
- รับจ้าง	23	74.20
- ค้าขาย	6	19.40
- แม่บ้าน	1	3.20
- นักเรียน	1	3.20
สถานภาพสมรส		
- แต่งงาน	7	22.60
- หย่า	1	3.20
- โสด	23	74.20
ผู้ดูแล		
- มีผู้ดูแล	24	77.42
- ไม่มีผู้ดูแล	7	22.58
วัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน		
- ติดตามอาการเจ็บป่วย	27	87.10
- ติดตามหลังจากผู้ติดเชื้อ	4	12.90
ขาดนัด		
จำนวนครั้งเยี่ยมบ้าน	27	87.10
- เยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง	3	9.68
- เยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง	1	3.23
- เยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง		

ผลการตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือด พบว่าปริมาณไวรัสที่น้อยที่สุดคือ น้อยกว่า 20 copies ส่วนระดับไวรัสที่มากที่สุดคือ 592 copies ระดับไวรัสที่น้อยกว่า 50 copies ซึ่งเป็นระดับไวรัสเป้าหมายของการรักษา มีจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 83.90

และพบว่าระดับไวรัสในกระแสเลือดมากกว่า 50 copies จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.10 พบว่าผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ เป็นวัณโรคร่วมด้วย 10 คน (ร้อยละ 32.30)

สูตรยาต้านไวรัสที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด คือ TDF 3TC EFV จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 45.20 ส่วนรายการอื่นๆ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงสูตรยาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับ



การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการลดปริมาณไวรัสเอชไอวี น้อยกว่า 50 copies/ml ได้แก่ ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส สูตร tenofovir lamivudine และ Efavirenz อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.016$ ในส่วนของสิทธิการ รักษา อาชีพ สถานภาพการสมรสผู้ดูแล จำนวนครั้ง การเยี่ยมบ้าน ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับเป้าหมายทางไวรัสวิทยา

ปัจจัย	Viral load < 50 copies/ml	Viral load > 50copies/ml	p-value
สิทธิการรักษา			
- ประกันสุขภาพ	17	4	0.637
- ถ้วนหน้า	5	1	
- ประกันสังคม	4	0	
- ผู้สูงอายุ			
อาชีพ			
- รับจ้าง	6	0	0.557
- ค้าขาย	18	5	
- แม่บ้าน	1	0	
- นักเรียน	1	0	
สถานภาพสมรส			
- แต่งงาน	6	1	0.888
- หย่า	1	0	
- โสด	19	4	
ยา			
- TDF+3TC+EFV	14	0	0.016*
- combid+EFV	4	0	
- TDF+3TC+LPV/r	3	2	
- GPO Z	2	0	
- GPO S	1	0	
- d4T+3TC+LPV/r	1	2	
- combid+LPV/r	0	1	
- d4T+3TC+EFV	1	0	

ปัจจัย	Viral load < 50 copies/ml	Viral load > 50copies/ml	p-value
ผู้ดูแล			
- มีผู้ดูแล	20	4	0.880
- ไม่มีผู้ดูแล	6	1	
จำนวนครั้งการเยี่ยมบ้าน			
- เยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง	23	4	0.643
- เยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง	2	1	
- เยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง	1	0	

ผลการเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการกินยา ก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน

ผลการเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการกินยา ก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน พบว่าความสม่ำเสมอในการ

กินยาเฉลี่ยก่อนเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 95.87 และความสม่ำเสมอในการกินยาเฉลี่ย หลังเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 99.65 $p=0.00$ (95% CI 2.62-4.94) แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสม่ำเสมอในการกินยาเปรียบเทียบก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน (ตาราง 3,4 ตัด 95%CI ได้ครบ เพราะไม่มีความหมายในที่นี้ หากตัด 95%CI แล้ว ให้ตัดตัวหนังสือในบทความด้วยครับ)

การเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการกินยา	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	Std. Deviation	p-value	95% CI
- ความสม่ำเสมอในการกินยา ก่อนเยี่ยมบ้าน	31	95.87	3.75	<0.001	2.62-4.94
- ความสม่ำเสมอในการกินยา หลังเยี่ยมบ้าน	31	99.65	1.80		

ผลการเปรียบเทียบระดับ CD4 ก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน

ผลการเปรียบเทียบปริมาณ CD4 ก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน พบว่าเมื่อเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 31 คน ปริมาณ CD4 ก่อนเยี่ยม

บ้านเฉลี่ย 178.13 cells/mm³ และปริมาณ CD4 หลังเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 249.55 cells/mm³ $p = 0.005$ (95% CI 23.80-119.04) แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงปริมาณ CD4 เปรียบเทียบก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน (ตาราง 3,4 ตัด 95%CI ได้ครบ เพราะไม่มีความหมายในที่นี้ หากตัด 95%CI แล้ว ให้ตัดตัวหนังสือในบทความด้วยครับ)

การเปรียบเทียบระดับ CD4 ในเลือด	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	Std. Deviation	P-value	95% CI
CD4 ก่อนเยี่ยมบ้าน	31	178.13	133.63	0.005	23.80-119.04
CD4 หลังเยี่ยมบ้าน	31	249.55	142.90		

ผู้ป่วยเมื่อได้รับการเยี่ยมบ้านพบว่า มีความร่วมมือในการกินยามากขึ้นกว่าก่อนได้รับการเยี่ยมบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีปริมาณ CD4 มากขึ้นกว่าก่อนได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของปัจจัย

ที่ทำให้เกิดปริมาณไวรัสเอชไอวีน้อยกว่า 50 copies/ml พบว่าผู้ป่วยที่กินยา tenofovir lamivudine และ Efavirenz เกิดปริมาณไวรัสเอชไอวีได้ตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

ประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านการเจ็บป่วยทั้งไวรัสเอชไอวีเอง และจากโรคอื่น ๆ ที่มีข้อบ่งชี้ต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน หรือเป็นผู้ป่วยที่ขาดนัด ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดการกินยาไม่สม่ำเสมอและส่งผลถึงการรักษาที่อาจเกิดความล้มเหลวต่อการรักษาสูง และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับเป็นวัณโรคร่วมด้วย ร้อยละ 32.30 เนื่องจากไวรัสเอชไอวีทำลายภูมิคุ้มกัน cell-mediated immunity ให้ลดน้อยลง ทำให้เชื้อวัณโรคที่ร่างกายรับเข้าไปในครั้งแรกและสงบนิ่งเป็นเวลานาน กลับกำเริบก่อให้เกิดการป่วยเป็นวัณโรคขึ้นมา และเชื้อวัณโรคที่ได้รับครั้งแรกก็สามารถก่อให้เกิดการป่วยเป็นวัณโรคได้ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีปริมาณ CD4 ที่ต่ำ⁽⁵⁾ เมื่อต้องกินยามาเชื้อวัณโรคร่วมกับยาต้านไวรัสเอชไอวี ทำให้ผู้ป่วยต้องกินยาต่อวันเป็นจำนวนมาก อาจจะทำให้เกิดความท้อแท้ในการกินยา รวมทั้งวัณโรคเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายสูงสุดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากวัณโรคจะมีผลเร่งให้การดำเนินโรคของเอชไอวีลุกลามสู่ระยะเอดส์เร็วขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเชื้อวัณโรคจะกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อต่อสู้กับเชื้อโรค แต่ผลเสียกลับทำให้เกิดการกระตุ้นการแบ่งตัวของไวรัสเอชไอวีด้วย⁽⁶⁾

การเยี่ยมบ้านสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการกินยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้^(7,8) เนื่องจากเป็นกระบวนการให้การดูแลทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม เพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อที่จะให้เกิดผลดีต่อการดูแลสุขภาพทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งความเอาใจใส่ตลอดจนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจเป็นอย่างดีกำลังใจจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน จะช่วยกระตุ้นให้เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตและการดูแลตนเอง และต้องผสมผสานกลยุทธ์มากกว่า 1 วิธีในการดูแลผู้ป่วย ให้มีการกินยาอย่างสม่ำเสมอ⁽⁹⁾ ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่าปัจจัยที่มีผลต่อ

พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คือการได้รับการยอมรับจากสังคม การมีสมาชิกครอบครัวช่วยเหลือในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี⁽¹⁰⁾ และพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์^(11, 12, 13) ซึ่งก็จะมีประสิทธิภาพในการกดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีจนน้อยกว่า 50 copies/ml³ ตามเป้าหมายในงานวิจัยนี้ได้เปรียบเทียบปริมาณ CD4 ก่อนและหลังเยี่ยมบ้านร่วมด้วย เนื่องจากมีงานวิจัยหนึ่งพบว่า ปริมาณ CD4 และระยะของโรคเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้⁽¹⁴⁾ และการตรวจหาจำนวน CD4 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีวัตถุประสงค์เพื่อการพยากรณ์โรค การตัดสินใจในการให้ยาต้านไวรัสและยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ พร้อมทั้งการติดตามการดูแลและประเมินผลการรักษา⁽²⁾ สูตรยาที่สัมพันธ์กับ viral load suppression มากที่สุดในงานวิจัยนี้ คือ tenofovir lamivudine และ Efavirenz เนื่องจากเป็นสูตรที่ได้ผลในการควบคุมไวรัสได้ดี มีผลข้างเคียงน้อยและใช้วันละครั้ง ทำให้เกิดความสะดวกในการกิน⁽³⁾ ซึ่งส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการกินยามากกว่าสูตรอื่น จึงทำให้กดปริมาณไวรัสได้ตามเป้าหมาย ในส่วนของผู้ป่วยแต่ละรายได้รับจำนวนครั้งการเยี่ยมบ้านต่างกัน โดยจำนวนครั้งของการเยี่ยมบ้านขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้และภาวะเร่งด่วนของแต่ละราย แสดงถึงผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมากกว่า มีความรุนแรงของโรคหรือปัญหา มากกว่าผู้ได้รับการเยี่ยมบ้านน้อย ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 12.91 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยของคลินิกต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและเฝ้าระวังความล้มเหลวของการรักษาต่อไป

การวิจัยนี้พบว่า การเยี่ยมบ้านสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ดีขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

ข้อจำกัดการวิจัย

1. ผู้วิจัยไม่ได้เปรียบเทียบปริมาณไวรัสเอชไอวีก่อนและหลังเยี่ยมบ้าน เนื่องจากการเจาะปริมาณไวรัสจะทำการเจาะปีละ 1 ครั้งในกรณีที่ไม่มีข้อบ่งชี้พิเศษ ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จึงมีข้อมูลปริมาณไวรัสไม่ครบถ้วนที่จะนำมาแปลผลได้

2. การวิจัยนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง ทำให้มีข้อจำกัดในความครบถ้วนของข้อมูล

3. การประเมินความสม่ำเสมอในการกินยา ผู้วิจัยใช้แบบรายงานจากผู้ป่วย (self report) และการนับเม็ดยา (pill count) ซึ่งวิธี self report จะมีข้อจำกัดในเรื่องขาดความแม่นยำ เนื่องจากผู้ป่วยจำไม่ได้ ผลการประเมินมักจะสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยเกรงว่าจะถูกตำหนิ ส่วนวิธีนับเม็ดยา (pill count) มีข้อจำกัด ไม่สามารถบอกได้แม่นยำว่าผู้ป่วยมีการกินยาสม่ำเสมอหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยอาจจะเททิ้งหรือแบ่งยาให้ผู้อื่นกินได้ บอกไม่ได้ว่ากินยาตรงเวลาหรือไม่

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ธัญญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์. ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านต่อการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลปทุมธานี.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ 2559;20(1):หน้า.

Suggested Citation for this Article

Soontaranurak T. The effectiveness of home visits to care HIV/AIDS patients in PathumThani Hospital. ODPC13 Bangkok Journal 2016;20(1):page.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global summary of AIDS epidemic 2014. WHO HIV department[serial on the Internet]. 2015 July [cited 2015 Oct 28] Available from: http://www.who.int/hiv/data/epi_core_july2015.png?ua=1

2. Sharon Mannheimer. The Consistency of Adherence to Antiretroviral Therapy Predicts Biologic Outcomes for Human Immunodeficiency Virus-Infected Persons in Clinical Trials. CID 2002;34:1115-21.

3. สุเมธ องค์กรบรรณคดี, ชีวันันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, รังสิมา โล่ห์เลขา, เอกจิตรา สุขกุล, บรรณาธิการ. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2557. หน้า 65-77.

4. Virginia M. Berrien, Juan C. Salazar, Elaine Reynolds, et al. Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Pediatric Patients Improves with Home-Based Intensive Nursing Intervention. AIDS Patient Care and STDs. 2004,18(6): 355-63.

5. จุรี ปุณโณทก. วัณโรคในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์. ใน: จุรี ปุณโณทก, สุขุม กาญจนพิมาย, วิพรรณ สังคหะพงศ์, ชลรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย, ดารณี วิริยกิจจา, เจริญ ชูโชติถาวร, ยุทธิชัย เกษตรเจริญ, เลขา นุ่มน้อย, บรรณาธิการ. หนังสือที่ระลึกครบรอบ 80 ปี สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ พ.ศ.2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2558. หน้า 87.

6. Lynn Morris, Desmond J Martin, Helba Bredell et al. Human immunodeficiency virus-1 RNA levels and CD4 lymphocyte counts, during treatment for active tuberculosis, in South African patients. J Infect Dis 2003; 187: 1967-71.

7. ประพนธ์ บุญไชย. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรง

- สนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรม
สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบุรณทริก
จังหวัดอุบลราชธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].ขอนแก่น:
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
8. Jane M. Simoni, Pamela A. Frick, David W. Pantalone et al. Antiretroviral adherence inter-ventions: a review of current literature and ongoing studies. *International AIDS Society* 2003; 11(6):185-98.
 9. ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, รัตติยา ทองอ่อน, เพ็ญศิริ ดำรงภาคภกร. กลยุทธ์ในการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2556; 3 :13-24.
 10. พรพล เหล่าวิทวัส. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์. *วารสารขอนแก่นเวชสาร* 2013. 37;15-23.
 11. ดวงเนตร ธรรมกุล, ศิริพร ครุทกาศ, อุษณีย์ เทพวรชัย, เขาวรัตน์ อินทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยโรคเอดส์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2553; 2:1-11.
 12. พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล, ประณีต ส่งวัฒนา, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้กลุ่มระดับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. *วารสารสภาการพยาบาล* 2547;2:1-3.
 13. องค์กร ประจันทร์เขต, ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2551;2:56-68.
 14. พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี, ประกอบชันทอง. คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2554; 1:19-27.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

รูปแบบการมีส่วนร่วมในการเขียนโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยประชาชนด้วยประชาชน :

กรณีศึกษาเทศบาลตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

The model of the participation in health problem by people with people:

A case study of Hadarsa Sub-district Municipality, Sapphaya District, Chainat Province

วารภรณ์ อึ้งพานิชย์¹, อุไรวรรณ โท่กุ่ม², สุเพ็ญณี พร้อมทอง³¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี²,

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดอาษา จังหวัดชัยนาท,

³เทศบาลตำบลหาดอาษา จังหวัดชัยนาทVaraporn Aengpanich¹, Uraiwan Hookui², Supenne Promthong³¹Office of Disease Prevention and Control, region 4 Saraburi.²Hadarsa District Health Promoting Hospital, Chainat Province.³Hadarsa Sub-district Municipality, Chainat Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมในการเขียนโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยประชาชนด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชน : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มบุคคลเป้าหมายหลัก ได้แก่ แกนนำชุมชน 2) กลุ่มนักพัฒนา ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น/นักวิชาการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 3) กลุ่มนักวิจัย ได้แก่ นักวิชาการจากศูนย์วิชาการในพื้นที่ วิธีศึกษามี 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการ ระยะปฏิบัติการ และระยะติดตามประเมินผลการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากบันทึกข้อสังเกตและการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แบบมีส่วนร่วมจากกระบวนการเรียนรู้แต่ละขั้นตอน รวมถึงข้อสังเกตจากการเข้าไปอยู่และปฏิบัติตนให้เป็นส่วนหนึ่งของพื้นที่ที่ศึกษา ซึ่งเป็นการสังเกตข้อมูลจากผู้วิจัยเอง จากการเข้าร่วมกิจกรรมและจากการอนุมัติโครงการที่เสนอโดยแกนนำชุมชนต่อกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลในพื้นที่

ผลการศึกษาพบว่า แกนนำชุมชนเทศบาลหาดอาษาสามารถเขียนโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จำนวน 9 โครงการ/9 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน เริ่มต้นจากการเตรียมทีมนักวิจัย ทีมนักพัฒนา และทีมแกนนำชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์ชุมชน ร่วมกันสร้างภาพฝันด้านสุขภาพของชุมชน เรียนรู้กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การกำหนดกิจกรรมที่ควรพัฒนา และเขียนในรูปแบบโครงการแก้ไขปัญหา จากการสร้างรูปแบบดังกล่าวส่งผลให้เกิดนวัตกรรมในชุมชน เช่น สบู่ป้องกันยุง เป็นต้น ข้อเสนอแนะ หน่วยงานภาครัฐควรปรับบทบาทใหม่จากการเป็นผู้ชี้แนะ เป็นผู้เสริมพลังชุมชน และเป็นผู้ร่วมออกแบบกระบวนการ เพื่อให้ชุมชนเกิดแนวคิดที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อสุขภาพตนเอง และเพื่อความยั่งยืนของชุมชน หน่วยงานวิชาการควรเน้นการสร้างชุมชนต้นแบบ เพื่อเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ในชุมชนและสนับสนุนให้เกิดการนำเสนอผลงานผ่านเวทีวิชาการต่างๆ เพื่อการเรียนรู้และขยายผลสู่พื้นที่อื่นต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการมีส่วนร่วม, ปัญหาสุขภาพ, การเขียนโครงการ

Abstract

The purpose of this research was to build a model for developing a health problem solving project by citizens with an emphasize on community participation: A Case study of Hadarsa Sub-district Municipality, Sapphaya District, Chainat Province. A participatory action research was applied. Study populations were purposively selected and they consisted of 30 participants from 3 groups: 1) main target group, i.e., community leaders, 2) developer group, i.e., local administrators, officers of subdistrict health promotion hospitals, and 3) researcher group, i.e., technocrats from regional office of technical departments. Three phases of the study included preparation, implementation, and monitoring & evaluation. Data collection, recording and content analysis were done following participant observation by engaging researchers as a part of the local team in the development process in the study area and success in project approval to use sub-district health fund.

The study result found that the community leaders in Hadarsa Sub-district Municipality successfully wrote the project proposals by themselves. The 9 projects proposed from 9 villages were approved by the sub-district health fund committee. This success was attributable to community participation learning process, starting from preparing teams of researchers, developers and community leaders, community diagnosis, a developing shared vision of desired community health, learning sub-district strategic map, selecting appropriate activities, project proposal writing. This model resulted in innovation, e.g., soap for mosquitoes prevention in the community. Recommendations: Government agencies should modify their role from conductor to facilitator and engage in the process of community development for better health and sustainability. Technical offices should focus on building community development model to be learning center of community and support villagers to present project outcomes at seminars for knowledge sharing and scaling-up in different areas.

Keywords : Participation model, Health problem, Project proposal writing

บทนำ

การมีส่วนร่วมของประชาชน ถือเป็นหลักสากลที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญและจำเป็น มีกฎหมายหลายฉบับประกันสิทธิของประชาชนด้านการมีส่วนร่วมและกำหนดหน้าที่ของภาครัฐในการเปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วม เช่น พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน พ.ศ. 2548 เป็นต้น โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การมีส่วนร่วม

ของประชาชน ถือเป็นหัวใจสำคัญ ในการกำหนดวิถีชีวิตและอนาคตของชุมชนโดยคนในชุมชน⁽¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่มีแนวคิดเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกระดับในระบบสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า⁽²⁾ จากสถานการณ์ที่ผ่านมาพบว่า ชุมชนยังไม่เข้มแข็งพอที่จะพึ่งพาตนเองได้ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง สิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชนยังคงเคยชินกับการเสนอปัญหาและรอคอยการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ภายนอกชุมชน ทั้งๆที่ในชุมชนเองนั้นมีทุนต่างๆ อยู่

มากมาย เช่น ภูมิปัญญาชาวบ้าน ทูตทางการประกอบอาชีพ ทูตทางวัฒนธรรม ทูตทางทรัพยากรธรรมชาติ รวมถึงทุนที่ได้จากหน่วยงานราชการต่างๆ ที่นำไปส่งเสริมชุมชน ทั้งงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในชุมชน ที่มีอย่างต่อเนื่อง แต่เป็นลักษณะแยกส่วน ตามภารกิจของหน่วยงาน ขาดการบูรณาการงาน ทั้งที่มีการทำงานเป้าหมายเดียวกันและเชื่อมต่อกัน ส่งผลทำให้ชุมชนไม่สามารถเชื่อมโยงกิจกรรมการแก้ไขปัญหาในชุมชนได้ รวมถึงการนำทุนต่างๆ ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มประสิทธิภาพ⁽³⁾

ดังนั้น การพัฒนาระบบงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำเป็นต้องดำเนินการไปพร้อมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงจะเกิดการเสริมพลังซึ่งกันและกัน หากทำได้ก็จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนในพื้นที่อย่างมหาศาล ต้องอาศัยกลไกสำคัญคือ ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อม และสังคมได้ด้วยตนเอง ซึ่งตรงกับวิสัยทัศน์ของแผนที่ยุทธศาสตร์⁽⁴⁾ โดยอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสู่ชุมชน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนยังไม่สามารถดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง ยกตัวอย่างเช่น การสำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชนพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มองคิดว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ในพื้นที่ เนื่องจากที่ผ่านมาบุคลากรเหล่านั้นทำหน้าที่สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย รวมถึงการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำให้ชาวบ้าน⁽⁵⁾ จึงเกิดความเคยชินและรอคอยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลทำให้การสร้างสุขภาพและการป้องกันโรคควบคุมโรคในชุมชนไม่คืบหน้าเท่าที่ควร เนื่องจากประชาชนขาดแนวคิดการพัฒนาระบบการทำงาน ความยั่งยืนไม่เกิด เริ่มต้นตั้งแต่การจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้เขียนโครงการ

แก้ไขปัญหาชุมชน ซึ่งเป็นความคิดและความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองที่อยากจะแก้ไขปัญหา และให้แกนนำชุมชนนำไปเสนอต่อกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อขออนุมัติและจัดทำเป็นแผนสุขภาพตำบล ซึ่งอาจไม่ตรงกับความต้องการของชุมชนที่แท้จริง ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและขาดผู้รับผิดชอบในการดำเนินการ หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหยุดปฏิบัติงาน ประชาชนในชุมชนก็หยุดทำ เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญและไม่ได้เกิดจากความตั้งใจที่จะทำด้วยตนเอง ด้วยเหตุนี้ความเข้มแข็งในชุมชนจึงไม่เกิดขึ้น

จากสภาพปัญหาดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้เกิดแนวคิดที่จะสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการขับเคลื่อนงานในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมในการเขียนโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยประชาชนด้วยประชาชน : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท และได้คัดเลือกเทศบาลตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ผู้บริหารท้องถิ่นและบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับแนวทางและสนับสนุนให้เกิดการกระบวนกรมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ประชากรตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มบุคคลเป้าหมาย คือแกนนำชุมชนและสมาชิกทีมแกนนำเทศบาลตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท รวม 45 คน 2) กลุ่มนักพัฒนา คือ นายกเทศบาล/ปลัดเทศบาล/นักวิชาการจากเทศบาลตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท นักวิชาการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำนวน 4 คน

3) กลุ่มนักวิจัย คือ นักวิชาการจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี /นักวิชาการจากศูนย์อนามัยที่ 4 จังหวัดสระบุรี และนักวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท จำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกผลกระบวนการเรียนรู้ตามกระบวนการเรียนรู้แต่ละขั้นตอน

2. แบบสัมภาษณ์เจาะลึกอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

3. แบบบันทึกการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้

การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การเตรียมการ (ธันวาคม 2554 - กุมภาพันธ์ 2555) ประกอบด้วย

1.1 เตรียมทีมวิจัย/ทีมพัฒนาเพื่อวางแผนแนวทางในการดำเนินงาน

1.2 เตรียมพื้นที่ดำเนินการ พบปะประชาชนในพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจและสร้างความคุ้นเคยกับชาวบ้านในหมู่บ้าน รวมถึงแกนนำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. เป็นต้น เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และประกาศรับสมัครแกนนำชุมชน

1.3 ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและบทบาทหน้าที่ของแกนนำชุมชน จำนวน 27 คนอย่างเป็นทางการ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (กุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2555)

2.1 ขั้นตอนการทำความเข้าใจปัญหา

- ให้ความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญในพื้นที่ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และวิธีการเขียนโครงการแก่แกนนำชุมชน เพื่อนำไปสู่กระบวนการให้แกนนำชุมชนสามารถนำความรู้มาใช้ในเขียนโครงการแก้ไขปัญหาชุมชน

- วิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการดังนี้สำรวจข้อมูลภาคสนามชุมชน กำหนดภาพฝันที่ชุมชนอยากเห็นในอนาคตวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่พบในชุมชน จากนั้นจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

- กำหนดรูปแบบแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยแกนนำคัดเลือกปัญหา เพื่อร่วมกันเรียนรู้ ฝึกทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และการเขียนโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

จากนั้นแกนนำร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นปัญหา ค้นหาสาเหตุ และร่วมกำหนดภาพฝันของชุมชนที่พึงปรารถนาในอนาคต ร่วมกันจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กำหนดกิจกรรมที่ควรพัฒนา และเขียนในรูปโครงการ

2.2 ขั้นตอนดำเนินการ

- แกนนำประชุมสมาชิกในหมู่บ้าน และดำเนินการ ดังนี้

1) วิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

- กำหนดภาพฝันที่ชุมชนอยากเห็นในอนาคต

- วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของหมู่บ้าน

- จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2) กำหนดรูปแบบแนวทางการแก้ไขปัญหา

- เลือกปัญหาที่ต้องเร่งรัดแก้ไขในหมู่บ้าน

1 ประเด็น

- แกนนำหมู่บ้านร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ ด้วย Mind map และร่วมกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา

- แกนนำร่วมกันจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์กำหนดกิจกรรมที่ควรพัฒนาและเขียนในรูปโครงการแก้ไขสุขภาพ

- การจัดการความรู้ในชุมชน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนอย่างเป็นทางการ โดยมีปลัดเทศบาลหาดอาษาเป็นประธานและทีมแกนนำชุมชน ทั้ง 9 หมู่บ้านนำเสนอปัญหาของหมู่บ้าน ด้วยแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กิจกรรมการแก้ไขสุขภาพสุขภาพในหมู่บ้าน

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผล
(กรกฎาคม - ธันวาคม 2555)

3.1 ติดตามจากการนำเสนอโครงการของ
แกนนำชุมชน

3.2 ความสำเร็จของโครงการที่เสนอและ
ได้รับอนุมัติ รวมถึงการประเมินความพึงพอใจของ
แกนนำชุมชน และการประเมินเชิงคุณภาพ

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึก แบบ
สัมภาษณ์ แบบประเมิน การสังเกตจากผู้ศึกษา และ
โครงการที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน
หลักประกันสุขภาพสุขภาพตำบลที่สนับสนุนการสร้าง
เสริมสุขภาพการป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในพื้นที่
และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (content anal-
ysis) จากการตรวจสอบจากหลักฐานผลงานที่ปรากฏ

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การเตรียมการ

- มีการจัดเตรียมทีมวิจัย/ทีมพัฒนาและ
พื้นที่ดำเนินการ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน

- มีการกำหนดบทบาทของแกนนำ โดยได้
ข้อเสนอจากทีม คือ แกนนำมีความรู้เกี่ยวกับการ
ป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญในพื้นที่ รู้จักวิธีการ
วิเคราะห์ปัญหาชุมชน แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ชุมชน
และวิธีการเขียนโครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชน

- มีการกำหนดวิธีการคัดเลือกแกนนำ โดย
ได้ข้อเสนอจากทีมงาน คือ บุคคลที่จะได้รับการคัด
เลือกให้เป็นแกนนำ ต้องมีความพร้อมและสมัครใจ
ร่วมกิจกรรม เป็นที่ยอมรับของคนส่วนใหญ่ในหมู่บ้าน
มีอำนาจในการตัดสินใจ มีความตั้งใจทำงาน เป็นผู้
เสียสละ มีน้ำใจ สุภาพอ่อนโยน มีเหตุผล รับฟังความ
คิดเห็นของผู้อื่น สามารถปรับเปลี่ยนแนวคิดวิธีการ
ตามความเหมาะสม เป็นนักประสานและการพูด
โน้มน้าว

- มีการกำหนดระยะเวลาการเข้าสู่ชุมชนชน
ครั้งแรกในช่วงวันมาฆบูชาซึ่งเป็นวันพระ มีชาวบ้านมา

ร่วมทำบุญจำนวนมาก และประกาศรับสมัครแกนนำ
ชุมชนด้วยความสมัครใจและแสดงวิสัยทัศน์ที่อยากจะ
พัฒนาหมู่บ้านตนเองอย่างไร

- แกนนำที่ได้รับการคัดเลือกส่วนใหญ่เป็น
ผู้นำชุมชน ตำแหน่งผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และ
อสม.เป็นหลัก รวมทั้งสิ้น 27 คน ข้อค้นพบจาก
กระบวนการเรียนรู้ครั้งนี้ คือ ต้องมีการกำหนด
วัตถุประสงค์/เป้าหมาย/ผลที่คาดว่าจะได้รับการ
ดำเนินงานชัดเจน มีความเข้าใจตรงกัน และมีการ
ปึกธงร่วมกันระหว่างทีมนักวิจัย ทีมนักพัฒนา และทีม
แกนนำ เพื่อเกิดความเชื่อถือไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมถึง
การสร้างควมศรัทธาจากผู้บริหารท้องถิ่นเสริมให้ชาว
บ้านเกิดความเชื่อมั่นและศรัทธาในทีมวิจัยมากขึ้น

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ

2.1 ขั้นตอนการทำความเข้าใจปัญหา

การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยทีม
นักวิจัย ทีมนักพัฒนา และทีมแกนนำ ร่วมกันสำรวจ
และเรียนรู้บริบทชุมชน เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับ
ประชาชนในชุมชน ผู้บริหารเทศบาลตำบลหาดอาษา
แนะนำทีมนักวิจัยว่าเป็นหน่วยงานที่จะมาร่วมกัน
พัฒนาชุมชน ผลการสำรวจและวิเคราะห์ชุมชนพบว่า
เทศบาลตำบลหาดอาษาตั้งอยู่บนฝั่งตะวันออกของ
แม่น้ำเจ้าพระยา ระยะทางห่างจากที่ว่าการอำเภอ
สรรพยาจังหวัดชัยนาทประมาณ 1 กิโลเมตร ประกอบด้วย 9 หมู่บ้าน 2,148 ครัวเรือน มีเนื้อที่ 29.49 ตาราง
กิโลเมตร หรือ 18,431.25 ไร่ เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำ
เจ้าพระยาและคลองมหาสาไหลผ่าน ส่วนใหญ่เป็น
พื้นที่ทำการเกษตร ลักษณะพื้นที่เป็นกึ่งเมืองกึ่งชนบท
ประชาชนตั้งบ้านเรือนเรียงรายเลียบริมฝั่งแม่น้ำ
เจ้าพระยา และบางส่วนตั้งบ้านเรือนเรียงรายตามถนน
สายหลักในพื้นที่ การคมนาคมสะดวกมีถนนตัดผ่าน
ทุกซอยในหมู่บ้าน บางช่วงเป็นถนนลูกรัง การสัญจร
ไปมาในเมืองส่วนใหญ่ใช้รถยนต์ส่วนตัว เช่น
รถจักรยานยนต์หรือรถยนต์เป็นหลัก มีโรงงาน
อุตสาหกรรมขนาดใหญ่ 4 แห่ง โรงสีข้าว 3 แห่ง วัด
3 แห่ง คือ วัดหาดอาษา วัดยางศรีเจริญ และ

วัดศรีมงคล โรงเรียนประถมศึกษา 3 แห่ง โรงเรียนระดับมัธยม (ขยายโอกาส) 1 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 แห่ง สถานพยาบาล 3 แห่ง ระบบการสื่อสารเกือบทุกรุ่นเรือนมีเครื่องมือการสื่อสาร มีระบบประปาและไฟฟ้า นอกจากนี้พบว่าชุมชนมีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง มีความตั้งใจที่จะพัฒนาชุมชนให้ดีขึ้น ชุมชนทั้ง 9 หมู่บ้าน มีต้นทุนทางสังคมสูงและครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ดังนี้

หมู่ที่ 1 บ้านหาดอาษา เป็นหมู่บ้านปลูกพืชผักปลอดสารพิษ

หมู่ที่ 2 บ้านตึก เป็นหมู่บ้านทำขนมหวานขนมชั้น

หมู่ที่ 3 บ้านบางตาเถร เป็นหมู่บ้านจักสานงานฝีมือเส้นสายพลาสติก

หมู่ที่ 4 บ้านบางตาสุข เป็นหมู่บ้านการเกษตรและทำไบโอดีเซล

หมู่ที่ 5 บ้านท่าทราย เป็นหมู่บ้านจักสานผักตบชวาและทำปุ๋ยอัดเม็ด

หมู่ที่ 6 บ้านศรีมงคล เป็นหมู่บ้านทำโรงสีข้าวและจักสานผักตบชวา

หมู่ที่ 7 บ้านเขาดิน เป็นหมู่บ้านเย็บจักรอุตสาหกรรม เสื้อผ้า

หมู่ที่ 8 บ้านลำห้วย เป็นหมู่บ้านจักสานผักตบชวาและทำปุ๋ย

หมู่ที่ 9 บ้านศาลาแดง เป็นหมู่บ้านจักสานผักตบชวา

สิ่งที่เป็นปัญหาในชุมชนคือการประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง การกำจัดขยะทำให้ชุมชนสะอาด ยาเสพติดรายได้ในชุมชนประชาชนขาดการตรวจสุขภาพประจำปี การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) และไข้เลือดออก

การให้ความรู้แก่แกนนำชุมชน จำนวน 27 คน เพื่อนำไปสู่กระบวนการที่แกนนำชุมชนสามารถนำความรู้มาใช้ในการเขียนโครงการแก้ไขปัญหาชุมชนทักษะที่เพิ่มให้แกนนำ มีดังต่อไปนี้

1) การป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญในพื้นที่

ได้แก่โรคไข้เลือดออกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอาหารปลอดภัย เป็นต้น

2) ร่วมกันเรียนรู้และฝึกทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กำหนดกิจกรรมที่ควรพัฒนา เริ่มตั้งแต่การสร้างภาพฝันตำบลที่แกนนำชุมชนปรารถนาในอนาคต คือ “เกษตรกรก้าวหน้าประชาชนมีสุข” แกนนำร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชนโดยใช้บัตรคำ พบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ ได้แก่ โรคไข้เลือดออกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคฉี่หนู ยาเสพติด ท้องก่อนวัยอันสมควร เป็นต้น จากนั้นจึงร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และคัดเลือกโรคฉี่หนูเป็นประเด็นการเรียนรู้ร่วมกันด้วยกระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เริ่มจากการเรียนรู้การใช้ Mind map วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา จากนั้นจึงร่วมกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุม ในมิติประชาชนต้องทำอะไร มิติภาคีเครือข่ายในพื้นที่ต้องทำอะไร มิติกระบวนการที่ต้องทำอะไรบ้าง และมิติพื้นฐานที่ต้องเร่งพัฒนาอะไรบ้าง จากนั้นนำผลจากทั้ง 4 มิติมาสร้างเป็นแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหา และนำสู่การเขียนกิจกรรมว่าจะทำอะไรให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ

3) ร่วมกันเรียนรู้และฝึกวิธีการเขียนโครงการตามแบบทั่วไป เริ่มด้วยวิธีการเขียนชื่อโครงการ หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ เป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย วิธีการดำเนินงานโครงการ (กิจกรรม เป้าหมาย ระยะเวลา งบประมาณ ผู้รับผิดชอบ) การประเมินผลและผลที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อค้นพบจากกระบวนการเรียนรู้ครั้งนี้ คือ การศึกษาไม่ใช่อุปสรรคต่อการเรียนรู้ และพัฒนากระบวนการเรียนรู้ด้วยภาษาชาวบ้านง่ายๆ จะเสริมให้ชาวบ้านเข้าใจมากขึ้น นอกจากนั้นการทบทวนพูดซ้ำๆ จะทำให้แกนนำเข้าใจและปฏิบัติได้ รวมถึงการจัดกิจกรรมสัมพันธ์กันเวลาระหว่างการเรียนรู้ จะทำให้แกนนำรู้สึกผ่อนคลายเกิดความเป็นกันเองและความพร้อมที่จะเรียนรู้

การขยายผลสู่หมู่บ้าน แก่นนำชุมชนในแต่ละหมู่บ้านชักชวนแก่นนำหมู่บ้านอย่างน้อย 2 คน ต่อ 1 หมู่บ้าน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาหมู่บ้าน และคัดเลือกปัญหาที่สำคัญของหมู่บ้าน 1 ประเด็น เพื่อจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กำหนดกิจกรรมเพื่อพัฒนา และเขียนในรูปโครงการแก้ไขปัญหาลำดับในหมู่บ้าน

ข้อค้นพบจากกระบวนการเรียนรู้ครั้งนี้ คือ การแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของทีมนักวิจัย ทีมนักพัฒนา และทีมแก่นนำ ส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานให้เกิดความต่อเนื่อง และบรรลุตามเป้าหมาย

การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนอย่างเป็นทางการ โดยมีแก่นนำจำนวน 45 คน มีปลัดเทศบาลหาดอาษาเป็นประธานและแก่นนำชุมชนทั้ง 9 หมู่บ้านนำเสนอปัญหาของหมู่บ้าน ด้วยแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ กิจกรรมการแก้ไขปัญหามิใช่โครงการ ดังนี้

หมู่ที่ 1 โครงการร่วมใจเพื่อประชาชนหุนดี
หมู่ที่ 2 โครงการร่วมใจต้านภัยไข้เลือดออก
หมู่ที่ 3 โครงการร่วมใจต้านภัยไข้เลือดออก
หมู่ที่ 3 โครงการแม่บ้านสมองไวไร้ไขมัน
ส่วนเกิน

หมู่ที่ 4 โครงการอาหารดีมีสุข
หมู่ที่ 5 โครงการห่วงใยใส่ใจครอบครัว ไม่กลัวเบาหวาน

หมู่ที่ 6 โครงการเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
หมู่ที่ 7 โครงการหมู่ 7 สุขใจ ไร้พุง
หมู่ที่ 8 โครงการพร้อมใจต้านภัยเบาหวาน
ความดันโลหิตสูง

หมู่ที่ 9 โครงการห่วงใยเบาหวาน ความดันสูง
ข้อค้นพบจากกระบวนการเรียนรู้ครั้งนี้ คือ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้แก่นนำได้แสดงบทบาทความเป็นเจ้าของชุมชน และทำให้เกิดการแข่งขัน ส่งผลให้เกิดการกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาได้เร็วขึ้น

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผล

จากการติดตามกระบวนการเรียนรู้แบบมี

ส่วนร่วมแต่ละขั้นตอน พบว่าแก่นนำสามารถวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา และกิจกรรมที่ต้องพัฒนา เขียนในรูปโครงการแก้ไขปัญหาคือหมู่บ้านละ 1 โครงการ

โครงการแก้ไขปัญหามิใช่โครงการพัฒนาของหมู่บ้านได้รับการอนุมัติจากกองทุนประกันสุขภาพตำบล และพบว่าแก่นนำชุมชนและสมาชิกหมู่บ้านจำนวน 45 คน มีความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแต่ละขั้นตอน ร้อยละ 100

ผลการประเมินด้านคุณภาพพบว่า

1. แก่นนำชุมชนในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลหาดอาษา ได้แสดงความเป็นเจ้าของชุมชน จากการร่วมวิเคราะห์ปัญหาชุมชน และวางแผนแก้ไขปัญหามิใช่โครงการแก้ไขปัญหามิใช่โครงการพัฒนา โดยชุมชน รวมถึงเกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ในชุมชน เช่น สบู่ป้องกันยุง เป็นต้น

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดอาษา ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาปัญหาสุขภาพในชุมชน เน้นการสร้างสุขภาพในชุมชนเชิงรุก

3. เทศบาลตำบลหาดอาษา สามารถอนุมัติงบประมาณภายใต้กองทุนสุขภาพตำบลได้อย่างมั่นใจ ตรงกับปัญหาและความต้องการของชุมชน

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ศูนย์อนามัยที่ 4 จังหวัดสระบุรี และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรีสามารถสนับสนุนงานตามภารกิจผ่านลงพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบ

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ มีรายละเอียดที่ค้นพบสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ พบว่าขั้นตอนการสร้างหุ้นส่วนการทำงานระดับทีมงาน ทีมนักวิจัยต้องมีทักษะที่ดีด้านการเป็นผู้นำทางความคิด การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ตลอดจนวิธีการพูดโน้มน้าว เพื่อให้ผู้ร่วมงานเกิดความร่วมมือและความไว้วางใจในการทำงานร่วมกัน พร้อมทั้งจะเดินตามภาพฝันที่สร้างร่วม

กัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของฌ็อง-ฌัก เซอร์นันทน์ ที่กล่าวว่าความสัมพันธ์ที่ตระหนักรู้เพื่อนร่วมงาน เป็นปัจจัยในการทำงานและประสานงานระหว่างกัน อย่างสร้างสรรค์ รวมถึงการสละเวลาในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมทีม ทั้งก่อนและระหว่างการปฏิบัติงานเป็นทีม ล้วนมีความสำคัญต่ออนาคต และความจำเป็นของทีม⁽⁶⁾ ดังนั้นทีมนักวิจัยต้องมีความหลากหลายในด้านองค์ความรู้และการสร้างกิจกรรมสัมพันธ์ เนื่องจากสภาพปัญหาในชุมชนแตกต่างกัน และต้องอาศัยศักยภาพการทำงานที่แตกต่างกัน เพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะขั้นตอนการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในชุมชน เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในชุมชน ต้องทำตนเองให้เสมือนคนในชุมชน แสดงถึงความตั้งใจจริงที่จะช่วยพัฒนาชุมชน

2. ระเบียบปฏิบัติการในพื้นที่ พบว่าขั้นตอนการสร้างหุ้นส่วนการทำงานระดับแกนนำชุมชน บทเรียนที่ได้จากขั้นตอนนี้ คือ การกำหนดคุณสมบัติของแกนนำที่สำคัญ แกนนำต้องมีใจอยากช่วยพัฒนาชุมชน เป็นนักประสาน และสมาชิกในชุมชนให้การยอมรับเป็นทุน ในส่วนขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน บทเรียนที่สำคัญ คือ วิธีการอบรมเนื้อหาต้องกระชับ ภาษาที่ใช้ต้องง่ายต่อการจดจำ ต่อการปฏิบัติให้ความสำคัญกับกลุ่มบุคคลเป้าหมาย (แกนนำ) ไม่ปิดกั้นความคิดเห็น “ความคิดทุกคนมีค่าอย่าฆ่าทิ้ง” มีความเป็นกันเอง แบบพี่สอนน้อง และระหว่างฝึกอบรมต้องมีการแทรกกิจกรรมสนทนาการทุกครั้งช่วงพัก เพื่อที่จะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมไม่เบื่อหน่าย สำหรับขั้นตอนการจัดการความรู้ในชุมชน หากเสริมพลังโดยผู้บริหารท้องถิ่น จะทำให้ได้รับประโยชน์ทั้งชุมชนและตัวผู้บริหารท้องถิ่น เพราะนอกจากจะสะท้อนภาพและการแก้ไขปัญหาหารือร่วมกันแล้ว ยังเป็นการเสริมสร้างความสามัคคีและเสริมพลังชุมชน ข้อค้นพบคือผู้บริหารสามารถเข้าใจปัญหาของชุมชนมากขึ้น และเกิดแนวคิดที่จะช่วยเหลือสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในชุมชน เกิดความร่วมมือที่จะพัฒนา

ชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมาร์ควาร์ดท์ (Marquardt) ที่กล่าวว่า การแข่งขันประสพการณ์ ความรู้แรงบันดาลใจ และแบบแผนความคิดร่วมกันของสมาชิกในองค์การ การสนทนา แลกเปลี่ยนประสพการณ์เป็นทักษะหนึ่ง ที่จำเป็นของบุคคลในการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ และทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด⁽⁷⁾

3. ระยะเวลาติดตามและประเมินผลลัพธ์ กระบวนการ พบว่าผู้ที่มีบทบาทสำคัญคือ ทีมงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเทศบาลตำบล ต้องทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดกิจกรรมในชุมชนแบบต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดแกนนำชุมชนมากที่สุด เมื่อชุมชนเกิดข้อสงสัย จะเป็นผู้ที่หาคำชี้แนะแก่ชุมชน ส่งผลให้แกนนำทุกหมู่บ้านสามารถเขียนโครงการแก้ไขปัญหาหมู่บ้านได้ หมู่บ้านละ 1 โครงการ แกนนำเกิดความมั่นใจต่อการตอบคำถามคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบล ส่งผลให้โครงการผ่านการอนุมัติและแกนนำมีความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแต่ละขั้นตอน ร้อยละ 100

จากการวิจัยครั้งนี้เมื่อคำนึงถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน พบว่า

1. สามารถลดระยะเวลาของขั้นตอนการอนุมัติโครงการ จากที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้เขียนโครงการเสนอในนามของแกนนำชุมชน และเมื่อคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลพบข้อสงสัย แกนนำชุมชนที่เป็นผู้เสนอโครงการไม่สามารถตอบข้อซักถามได้ทำให้ต้องเลื่อนเวลาในการพิจารณาอนุมัติโครงการ แต่รูปแบบที่ได้จากการศึกษา แกนนำชุมชนสามารถตอบข้อสงสัยของคณะกรรมการกองทุนสุขภาพตำบลได้ทันที

2. หน่วยงานวิชาการสามารถลดระยะเวลาการถ่ายทอดองค์ความรู้ได้ โดยอาศัยรูปแบบการศึกษาจากชุมชนต้นแบบหรือศูนย์การเรียนรู้และถ่ายทอดให้แก่ชุมชนข้างเคียงและจังหวัดอื่น ๆ ได้

3. ผู้บริหารในพื้นที่สามารถใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือปรับทิศทางของงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ การวางแผนงบประมาณ

และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ ตลอดจนการพัฒนากำลังคนในการแก้ไขปัญหาพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. บทบาทของหน่วยงานภาครัฐควรปรับบทบาทใหม่เป็นผู้ชี้แนะ ผู้เสริมพลัง และผู้ออกแบบกระบวนการ เพื่อให้ชุมชนเกิดแนวคิดที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อตนเอง เพื่อความยั่งยืน

2. หน่วยงานวิชาการควรเน้นการสร้างชุมชนต้นแบบมากขึ้น เพื่อเป็นศูนย์การเรียนรู้ทางวิชาการในชุมชน และควรส่งเสริมสนับสนุนชุมชนต้นแบบได้นำเสนอผลงานผ่านเวทีวิชาการต่างๆ เพื่อเกิดการเรียนรู้และขยายงานสู่พื้นที่อื่นๆต่อไป

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

วารสารณ อังพานิชย์, อุไรวรรณ โห่งกุ่ม, สุเพ็ญณี พร้อมทอง. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการเขียนโครงการแก้ไขปัญหাসุภาพโดยประชาชนด้วยประชาชน : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลหาดอาษา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ 2559;20(1):หน้า.

Suggested Citation for this Article

Aengpanich V, Hookui U, Promthong S. The model of the participation in health problem by people with people: A Case study of Hadarsa Sub-district Municipality, Sapphaya District, Chainat Province. ODPC13 Bangkok Journal 2016;20(1):page.

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันพระปกเกล้า. คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนสำหรับผู้บริหารท้องถิ่น กรุงเทพฯ: ส.เจริญ การพิมพ์ ; 2552
2. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.วันที่ 19 มีนาคม 2550. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก.
3. อมร นนทสุด. แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์. วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง 2552; 24(1):13-31.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือหลักสูตรนวัตกรรมการจัดการสุขภาพชุมชน การสร้างและการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรปฏิบัติการ.ม.ป.ท.2551.
5. รอยฮาน เจ๊ะหะ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษา ตำบลเขาตุม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี. วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา 2011; 6(10): 129-141.
6. ัญฐพันธ์ เขจรนนท์. การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ.กรุงเทพฯ:เอ็กซ์เปอร์เน็ท; 2545.
7. Marquardt M. Building the learning organization. New York: McGraw-Hill ; 1996.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

**การสำรวจเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อประมาณการณ์โรค
และปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ สคร.1 ปี พ.ศ. 2558**
**Stroke Medical Record Survey: Morbidity, Mortality and Risk Factor
Estimation in ODPC1 Area, 2558**

อมรชัย ไตรคุณากรวงศ์ วท.ม., วนิดา ดิษฐวิเศษ วท.บ.,
อัจฉราพรรณ อินต๊ะสุวรรณ วท.บ. และจุลจิลา หินจำปา วท.บ.
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ กรมควบคุมโรค
Amornchai Trikunakornwong M.Sc., Wanida Ditwiset B.Sc.,
Autcharapan Intasuwan B.Sc., and Junjila Hinjampa B.Sc.

Office of Disease Prevention and Control 1, Bangkok, Department of Disease Control

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable diseases: NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั้งสองเพศในประเทศไทยมากที่สุด โดยพบว่ากลุ่มโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิต การสำรวจเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงสถานการณ์โดยรวมของโรคและผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยการสุ่มสำรวจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2553, 2555, 2556 และ 2557 ของจังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี และพระนครศรีอยุธยา รวมจำนวนทั้งสิ้น 3,530 คน เป็นเพศชาย 1,982 คน (ร้อยละ 56.15) เพศหญิง 1,548 คน (ร้อยละ 43.85) อายุเฉลี่ยเพศชายและเพศหญิงมีค่าใกล้เคียงกัน คือ 64.10 ± 44.18 ปี และ 64.11 ± 44.16 ปี ตามลำดับ เพศชายมีประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำก่อนป่วยอย่างน้อย 1 ปี มากกว่าเพศหญิง คิดเป็น 11.35 และ 10.74 เท่าตามลำดับ โดยเพศชายและเพศหญิงที่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 91.88 และ 8.12 ตามลำดับ สำหรับเพศชายและเพศหญิงที่ดื่มสุราคิดเป็นร้อยละ 91.51 และ 8.49 ตามลำดับ ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีประวัติการทานยาแอสไพรินมาก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยอย่างน้อย 1 ปี เป็นสัดส่วนเท่าๆ กัน ร้อยละ 55.63 และ 52.37 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจขาดเลือด ร้อยละ 72.15, 29.20 และ 6.01 ตามลำดับ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 เป็นต้นมาพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและตัน จำนวน 3,121 คน (ร้อยละ 88.41) และโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 409 คน (ร้อยละ 11.59) พบความชุกของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่อุบัติการณ์ของโรคมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย พบว่าภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และหัวใจขาดเลือดมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 3.19, 1.96 และ 1.82 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ โดยยังคงคาดคะเนได้อีกว่าถ้าผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจขาดเลือด จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง ร้อยละ 52.04, 18.21 และ 3.02 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ข้อมูลด้านอายุ อัตราป่วย และอัตราตายที่ได้จากการศึกษา

นี้สามารถนำไปใช้ในการประมาณการณ์อุบัติการณ์มาตรฐานและอัตราตายมาตรฐาน (Direct standardization) ของประเทศไทย รายปี พ.ศ.2550-2557 ได้โดยร่วมกับฐานข้อมูลในการสำรวจโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อ, หลอดเลือดสมอง, ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์

Abstract

Noncommunicable diseases, or NCDs, are by far the leading cause of death in Thai population and the main types of those is stroke. The medical chart survey of patients who was impacted by stroke in area response of the Office of Disease Prevention and Control 1, Bangkok was occurred to investigate the risk factors and co-morbidity that contribute to stroke patients by the year 2010, 2012, 2013, and 2014 from *Nonhaburi*, Pathumthani, and *Pranakorn Sri-Ayutthaya* province. The 3,530 samples from chart review composed with 1,982 males (56.15%) and 1,548 females (43.85%). The closely average age of male and female was 64.10 ± 44.18 and 64.11 ± 44.16 years, respectively. The evidence showed that the effects of tobacco smoking and the harmful use of alcohol at least 1 year ago in males was higher than female, significantly by 11.35 time for smoking and 10.74 time for alcohol consumption, respectively. The aspirin treatment within 1 year was very closely ratio between male and female by which 55.63 and 52.37%, respectively. Almost of patients were often associated with hypertension, diabetes, and ischemic heart disease with 72.15, 29.20 and 6.01%, respectively. The total amount of stroke patients as infarction and hemorrhagic were 3,121 (88.41%) and 409 (11.59%), respectively. In addition to information about prevalence of stroke-related morbidity data was found to elevate in every year, meanwhile incidence of this disease slightly increase. We found hypertension, diabetes, and ischemic heart disease was the risk factors of stroke by 3.19, 1.96, and 1.82 time, respectively, when compare with none of those diseases by significantly with $p\text{-value} < 0.05$. The population attributable fraction (AFp) for stroke was 52.04, 18.21, and 3.02 by hypertension, diabetes, and ischemic heart disease, respectively with $p\text{-value} < 0.05$. That mean, the proportional reduction of stroke in population would occur if those co-morbid were reduced. The results of age, morbidity, and mortality from this study can be used to standardize the data for incidence and mortality rate estimation from year 2007-2014 by comparing with stroke survey in other regions in Thailand.

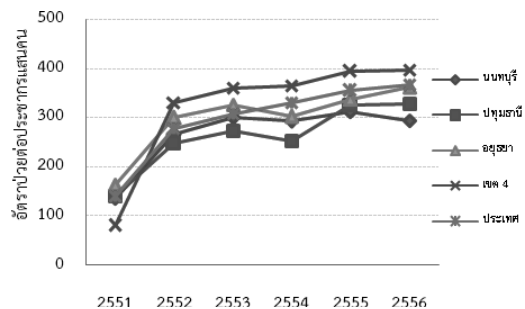
Key words: noncommunicable diseases, stroke, risk ratio

บทนำ

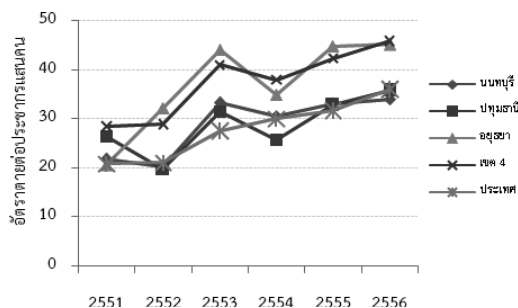
ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาปัญหาโรคไม่ติดต่อ NCDs เป็นกลุ่มโรคที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมระดับโลก เนื่องจากกลุ่มโรคดังกล่าวคร่าชีวิตประชากรโลกถึง 36 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ใน พ.ศ. 2551 มากกว่าสาเหตุอื่นๆ ทุกสาเหตุรวมกัน ในขณะที่ประเทศไทยนั้นกลุ่มโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึง 314,340 คน หรือร้อยละ 73.0 ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดใน พ.ศ. 2552 และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรไทยในแทบทุกกลุ่มอายุทั้งสองเพศ โดยพบอีกว่ากลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคเบาหวาน รวมกันแล้วเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 52.8⁽¹⁾ กลุ่มโรค NCDs ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) มากถึงร้อยละ 73.4 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดใน พ.ศ. 2552 (ประมาณ 7.5 ล้าน DALYs จากทั้งหมด 10.2 ล้าน DALYs)⁽²⁾ จากผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 ระดับเขตสุขภาพ (1-12) ของกระทรวงสาธารณสุข (Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS) พบว่าเกือบหนึ่งในสามหรือร้อยละ 30.5 ของประชากรอายุ 15-79 ปี เป็นผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI มากกว่า 25.0 kg/m²)⁽³⁾ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสำคัญนี้ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรงของปัญหาโรคไม่ติดต่อมากขึ้นในอนาคต เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ในผู้ที่สูบบุหรี่จัดมากกว่า 40 มวนต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 2 เท่าของผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน⁽⁴⁾ และผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาasเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 1.5 เท่าของคนไม่สูบบุหรี่⁽⁵⁾ พบความชุกผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและเบาหวานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาในพื้นที่เขตสุขภาพ (1-12) เท่ากับ 74.1 และ 8.3 ตามลำดับ โดยผู้หญิงมีความชุกมากกว่าผู้ชายทุกกลุ่มอายุทั้ง

สองโรค⁽³⁾ ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 1 ของกลุ่มโรค NCDs และเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญเป็นอันดับที่ 2 รองจากอายุ⁽⁶⁾ เป็นทั้งตัวโรคในตัวเองและยังเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ โดยเฉพาะ 3 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ และโรคหลอดเลือดสมองแตก⁽⁷⁾

พบข้อมูลการเสียชีวิตของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2552 ด้วยโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นอันดับ 1 ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งเพศหญิงมีจำนวนการเสียชีวิตมากกว่าเพศชาย 1.4 เท่า⁽¹⁾ นอกจากนี้ รายงานการศึกษาภาระโรคของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2552 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่เป็นสาเหตุที่สำคัญอันดับ 1 ทั้งในชายและหญิงของการสูญเสียปีสุขภาวะ⁽⁸⁾ การรายงานอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากข้อมูลที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปีต่างๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2551-2556 โดยจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีอัตราป่วยและอัตราตายมากที่สุด ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ (สคร.ที่ 1 กรุงเทพฯ) โดยเฉพาะอัตราตายใกล้เคียงกับพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 4 แต่มากกว่าอัตราตายในระดับประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในรูปที่ 1 และ 2 ตามลำดับ



รูปที่ 1 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน โรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่รับผิดชอบ สคร.ที่ 1 กรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2551-2556



รูปที่ 2 อัตราตายต่อประชากรแสนคน โรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่รับผิดชอบ สคร.ที่ 1 กรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2551-2556

ในประเทศไทย ได้มีการสำรวจพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรไทย อายุ 15-74 ปี โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ใน พ.ศ. 2548, 2550, และ 2553 พบว่า คนไทย สูบบุหรี่ร้อยละ 22.3, 21.5, 18.7 ตามลำดับ และมีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 11.5 โดยอายุเฉลี่ยของผู้ที่ทราบว่าเป็นความดันโลหิตสูงครั้งแรกคือ 48.4 ปี อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่วัดความสัมพันธ์หรือผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁹⁾ การสำรวจเฉพาะเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการประมาณการความชุกและอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองรายปี พ.ศ. 2550-2557 ศึกษาผลกระทบของปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคร่วม และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่างๆ และเพื่อศึกษาสถานการณ์การตายของโรคหลอดเลือดสมองได้ รวมถึงผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในแต่ละช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงปริมาณทำการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี และจังหวัด

พระนครศรีอยุธยา โดยเลือกโรงพยาบาลที่จะทำการศึกษาดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่งในจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งในจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (90 เตียงขึ้นไป) จำนวนไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (30 - 60 เตียง) จำนวนไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจังหวัด โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม ใน พ.ศ. 2553, 2555, 2556 และ 2557 ประชากรที่ทำการศึกษ ได้แก่ ผู้ป่วยรายใหม่ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลในระยะเวลาที่ทำการศึกษา และได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิด (ICD-10-TM I60 - I69 และ G45) ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ณ วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก โดยรวบรวมประวัติโรคร่วมทุกประเภททั้งที่เกิดขึ้นและหลังการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดที่ทำการศึกษ ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Cluster survey⁽¹⁰⁾ โดยอาศัยสัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่/ผู้ป่วยสะสมของโรคหลอดเลือดสมองปี 2557 จากรายงาน 21 แพ้ม, Desired level of absolute precision กำหนดให้เท่ากับ 0.08 และ Design effect กำหนดให้เท่ากับ 2 ดังนั้นจำนวนเฉพาะเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการสำรวจเท่ากับ 242 รายต่อจังหวัดต่อปี ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่ซ้ำกัน วิเคราะห์หาความชุก อุบัติการณ์ relative risk (RR) และ attributable fraction among population (AFp) โดยเปรียบกับข้อมูลที่ได้จาก BRFSS ปี 2558 การประมวลผลทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนา เช่น การประมวลผล จำนวนร้อยละ อัตรามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน-มาตรฐาน เป็นต้น และสถิติวิเคราะห์สำหรับ RR และ AFp โดยใช้โปรแกรม R เวอร์ชัน 3.1.2

ผลการศึกษา

จากการสำรวจเฉพาะเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 7 โรงพยาบาล จังหวัดปทุมธานี จำนวน

5 โรงพยาบาล และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 8 โรงพยาบาล พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายใหม่ในปี พ.ศ. 2553, 2555, 2556 และ 2557 ของจังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี และพระนครศรีอยุธยา รวมจำนวนทั้งสิ้น 3,530 คน เป็นเพศชาย จำนวน 1,982 คน (ร้อยละ 56.15) เพศหญิง จำนวน 1,548 คน (ร้อยละ 43.85) อายุเฉลี่ยเพศชายและเพศหญิง มีค่าเท่ากับ 64.10 ± 44.18 ปี และ 64.11 ± 44.16 ปี ตามลำดับ มีประวัติสูบบุหรี่ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 554 คน เป็นเพศชาย 509 คน (ร้อยละ 14.42) เพศหญิง 45 คน (ร้อยละ 1.27) ไม่สูบบุหรี่จำนวน 1869 คน เป็นเพศชาย 838 คน (ร้อยละ 23.74) เพศหญิง 1,031 คน (ร้อยละ 29.21) ที่เหลืออีก 1,107 คน (คิดเป็นร้อยละ 31.36 ของตัวอย่างทั้งหมด) ไม่แสดงประวัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ประวัติดื่มสุราก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 377 คน เป็นเพศชาย 345 คน (ร้อยละ 9.77) เพศหญิง 32 คน (ร้อยละ 0.91) ไม่ดื่มสุรารวม 1,964 คน เป็นเพศชาย 930 คน (ร้อยละ 26.35) เพศหญิง 1,034 คน (ร้อยละ 29.29) ที่เหลืออีก 1,189 คน (คิดเป็นร้อยละ 33.68 ของตัวอย่างทั้งหมด) ไม่แสดงประวัติเกี่ยวกับการดื่มสุรา ประวัติ

ทานยาแอสไพรินก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 302 คน เป็นเพศชาย 168 คน (ร้อยละ 4.76) เพศหญิง 134 คน (ร้อยละ 3.80) ไม่มีประวัติทานยาแอสไพรินจำนวน 380 คน เป็นเพศชาย 199 คน (ร้อยละ 5.64) เพศหญิง 181 คน (ร้อยละ 5.13) ที่เหลืออีก 2,848 คน (คิดเป็นร้อยละ 80.68 ของตัวอย่างทั้งหมด) ไม่แสดงประวัติเกี่ยวกับการใช้ยาแอสไพริน เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2,547 คน เป็นเพศชาย 1,392 คน (ร้อยละ 39.43) เพศหญิง 1,155 คน (ร้อยละ 32.72) เป็นโรคเบาหวานจำนวน 1,031 คน เป็นเพศชาย 481 คน (ร้อยละ 13.63) เพศหญิง 550 คน (ร้อยละ 15.58) เป็นโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 212 คน เป็นเพศชาย 101 คน (ร้อยละ 2.86) เพศหญิง 111 คน (ร้อยละ 3.14) มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง 28 คน เป็นโรคเบาหวาน 45 คน และเป็นโรคหัวใจขาดเลือด 3 คน

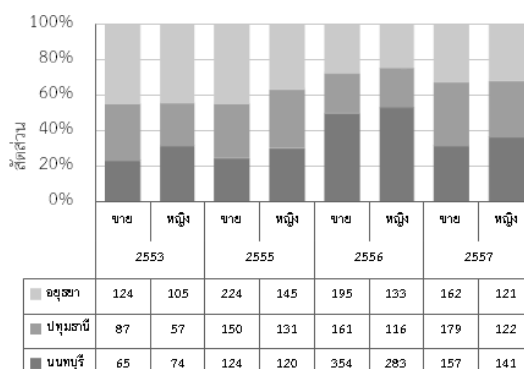
จากตัวอย่างทั้งหมดพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ 3,121 คน เป็นเพศชาย 1,761 คน (ร้อยละ 49.89) เพศหญิง 1,351 คน (ร้อยละ 38.27) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 409 คน เป็นเพศชาย 218 คน (ร้อยละ 6.18) เพศหญิง 191 คน (ร้อยละ 5.41) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายละเอียดโดยทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการสำรวจเวชระเบียน

รายละเอียด	เพศชาย		เพศหญิง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ	1,982	56.15	1,548	43.85
อายุ (mean±SD)	64.10±44.10	-	64.11±44.16	-
สูบบุหรี่	509	14.42	45	1.27
ไม่สูบบุหรี่	838	23.74	1,031	29.21
ดื่มสุรา	345	9.77	32	0.91
ไม่ดื่มสุรา	930	26.35	1,034	29.29
ทานยาแอสไพริน	168	4.76	134	3.80
ไม่ทานยาแอสไพริน	199	5.64	181	5.13
เป็นโรคความดันโลหิตสูง	1,392	39.43	1,155	32.72

รายละเอียด	เพศชาย		เพศหญิง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เป็นโรคหัวใจ	101	2.86	111	3.14
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง	12	-	16	-
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	20	-	25	-
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ	3	-	-	-
เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ	1,761	49.89	1,351	38.27
เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก	218	6.18	191	5.41

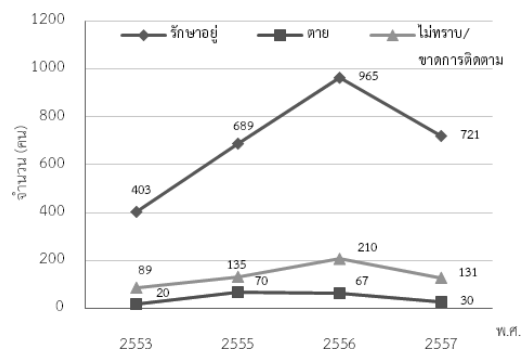
จากข้อมูลการสำรวจพบสัดส่วนการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแยกตามเพศในปี พ.ศ. ต่าง ๆ คือ พ.ศ.2553, 2555, 2556 และ 2557 ของจังหวัดปทุมธานี และพระนครศรีอยุธยา พบจำนวนป่วยของเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่จังหวัดนนทบุรีจำนวนป่วยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (รูปที่ 3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในระบบการรักษา และเพิ่ม



รูปที่ 3 สัดส่วนการป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ ในพื้นที่รับผิดชอบ สคร.ที่ 1 กรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2553-2557

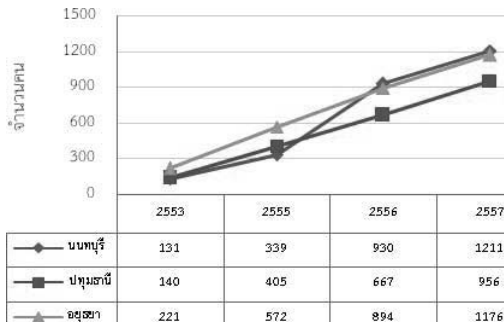
พบความชุกของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี (รูปที่ 5) ในขณะที่อุบัติการณ์ของโรคมียการเปลี่ยนแปลงโดยเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลง โดยจังหวัดปทุมธานี

จำนวนมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2553-2556 และเริ่มลดจำนวนลงตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 ผู้ป่วยที่เสียชีวิตเพิ่มจำนวนมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2553-2556 และเริ่มลดจำนวนลงตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 โดยประวัติของผู้ป่วยจำนวนหนึ่งขาดการติดตามและบันทึกอย่างเป็นรายลักษณะอักษรดังรูปที่ 4



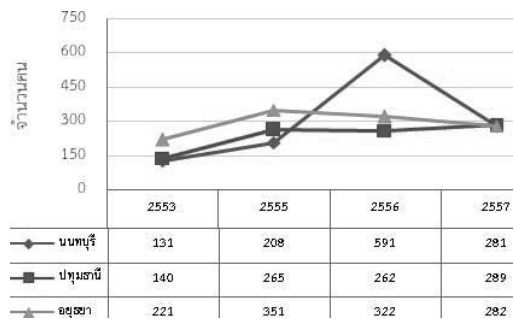
รูปที่ 4 ผลการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแยกรายปี ในพื้นที่ รับผิดชอบ สคร.ที่ 1 กรุงเทพฯ ปี 2553-2557

มีจำนวนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2557 ยกเว้นจังหวัดนนทบุรีมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในปี พ.ศ. 2556 และลดลงเป็นอย่างมากในปี พ.ศ. 2557 (รูปที่ 6)



รูปที่ 5 ความชุกโรคหลอดเลือดสมองจากการสำรวจในพื้นที่รับผิดชอบ สคร.ที่ 1 กรุงเทพฯ ปีพ.ศ. 2553-2557

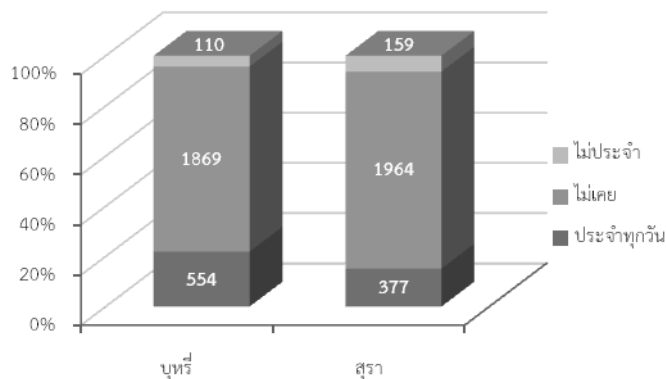
ผู้ป่วยมีภาวะ/โรคร่วมหลายประเภท คือ atrial fibrillation, CKD, COPD, dyslipidaemia, hyperlipidaemia, hypercholesterolaemia, hyperglyceridaemia, lipoprotein metabolism, hyperkalemia, hypokalemia, hemiparesis, epilepsy, angina pectoris, BPH, Parkinson, pneumonia, ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, หัวใจขาดเลือด และโรคอ้วน แต่โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด เกิดขึ้นก่อนได้รับการวินิจฉัย



รูปที่ 6 อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองจากการสำรวจในพื้นที่รับผิดชอบ สคร.ที่ 1 กรุงเทพฯ ปีพ.ศ. 2553-2557

ว่าป่วยด้วยโรคหลอดเลือด

สัดส่วนและจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา แบบเป็นประจำทุกวัน แบบไม่ประจำทุกวัน และแบบไม่สูบบุหรี่หรือไม่ดื่มสุรามีค่ามากที่สุด (73.79 และ 78.56% ตามลำดับ) รองลงมาคือสูบบุหรี่หรือดื่มสุราเป็นประจำ (21.87 และ 15.08% ตามลำดับ) และน้อยที่สุดคือไม่ประจำ (4.34 และ 6.36% ตามลำดับ) ดังรูปที่ 7



รูปที่ 7 สัดส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูบบุหรี่และดื่มสุราแบบไม่ประจำ ประจำทุกวัน และไม่เคย

จากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม และปัจจัยโรคร่วมที่มีผลต่อโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อนำมาพิจารณาโดยเทียบกับประชากรทั่วไปจากข้อมูล BRFSS ของจังหวัดนนทบุรี ปี พ.ศ. 2558 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูง มีค่า Risk Ratio (RR) เท่ากับ 3.19, 95% CI (2.61, 3.91) และมีค่า Attributable fraction among Population (AFp) เท่ากับ 52.04 ปัจจัยเสี่ยงจากโรคเบาหวาน มีค่า RR เท่ากับ 1.96, 95% CI (1.63, 2.36) และมีค่า AFp เท่ากับ 18.21 สำหรับปัจจัยเสี่ยงจากโรคหัวใจขาดเลือด มีค่า RR เท่ากับ 1.82, 95% CI (1.23, 2.68) และมีค่า AFp เท่ากับ 3.02 ปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ต่อโรคหลอดเลือดสมองในเพศชาย มีค่า RR เท่ากับ 0.39, 95% CI (0.29, 0.52) และมีกลับเป็นค่าประสิทธิภาพในการป้องกันโรค (Protective efficacy) เท่ากับ 60.7 สำหรับในเพศหญิง มีค่า RR เท่ากับ 0.48, 95% CI (0.38, 0.6) และมีค่า Protective efficacy เท่ากับ 52.5 ปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ต่อโรคความดันโลหิตสูง ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศชาย มีค่า RR เท่ากับ 1.03, 95% CI (0.96, 1.10) และมีค่า Attributable fraction among Population (AFp) เท่ากับ 1.22 สำหรับในเพศหญิง มีค่า RR เท่ากับ 1.06, 95% CI (0.86, 1.30) และมีค่า Attributable fraction among Population (AFp) เท่ากับ 0.25 ดังแสดง

สรุปผลการศึกษา

จากผลการสำรวจพบว่าภาวะของโรคหลอดเลือดสมองยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากความชุกของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปีด้วยความชัน ถึงแม้อุบัติการณ์ของโรคจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างเล็กน้อย ยกเว้นจังหวัดนนทบุรีที่มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในปี พ.ศ.2556 แต่ก็ลดลงเป็นอย่างมากในปี พ.ศ.2557 ซึ่งเป็นไปได้ว่ามีมาตรการในการดูแลคนไข้ถึงในระดับชุมชน โดยบุคลากรทางการแพทย์ ภายในพื้นที่ โดยมีการตั้งเป็นชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรม

ดูแลผู้สูงอายุ ชมรมรักสุขภาพ เป็นต้น พบว่าโรคร่วมทั้ง 3 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 3.19, 1.96 และ 1.82 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับคนไม่เป็นโรคทั้งสามดังกล่าว โดยยังคงคาดคะเนได้อีกว่าถ้าผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และหัวใจขาดเลือด จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง ร้อยละ 52.04, 18.21 และ 3.02 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมการสูบบุหรี่จากการสำรวจในครั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สูบบุหรี่จาก BRFSS เฉพาะจังหวัดนนทบุรีพบว่าผู้ชายมีแนวโน้มในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการสูบบุหรี่เป็น 0.39 เท่าของผู้ชายที่ไม่สูบบุหรี่สำหรับผู้หญิงมีค่าเป็น 0.48 เท่าของผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่ ส่งผลให้การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยป้องกันต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งในเพศชายและเพศหญิง เท่ากับ 60.7 และ 52.5 ตามลำดับ คล้ายกับว่าการสูบบุหรี่ไม่อาจจะเป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากว่าข้อมูลส่วนหนึ่งเกือบร้อยละ 50 เป็นเพศหญิงซึ่งไม่สูบบุหรี่ โดยการที่ข้อมูลจากการสูบบุหรี่ดังกล่าวเป็น Protective efficacy อาจเนื่องจากว่าข้อมูลผู้ป่วยที่ทางโรงพยาบาลทำการสุ่มมาให้เห็นไม่มีการกระจายตัวที่ดีพอ ผิดกับการนำข้อมูล BRFSS จากเฉพาะจังหวัดนนทบุรีในปี พ.ศ.2558 เท่านั้นมาทำการเปรียบเทียบเป็นข้อมูลที่น้อยเกินไปสำหรับการวิเคราะห์ อีกประการหนึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่ในวาระเขียนผู้ป่วยจำนวนมาก ไม่ได้ระบุถึงสถานะของการสูบบุหรี่อย่างชัดเจนถึงร้อยละ 28.47

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการสำรวจในครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น จึงทำให้การคำนวณค่าปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ไม่อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงโรคร่วม

ต้องอาศัยข้อมูลประชากรทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดสมองจากฐานข้อมูล BRFSS โดยล่าสุดคือปี พ.ศ. 2558 เช่น ข้อมูลการสูบบุหรี่ ต้มสุรา ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด โดยเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเฉพาะพื้นที่จังหวัดนนทบุรีเท่านั้น จึงทำให้การคำนวณดังกล่าวถูกจำกัดเพียงข้อมูลผู้ป่วยจากพื้นที่จังหวัดนนทบุรี และประการสำคัญข้อมูลปัจจัยเสี่ยงโรคร่วมในฐานข้อมูล BRFSS ไม่สัมพันธ์กับข้อมูลโรคร่วมที่ได้จากการสำรวจในครั้งนี้ จึงทำให้การนำปัจจัยเสี่ยงโรคร่วมจาก BRFSS มาใช้ในการคำนวณเป็นได้เพียงบางโรคเท่านั้น ส่งผลให้การหา incidence ของปัจจัยเสี่ยงโรคร่วมจากการสำรวจในครั้งนี้มีได้เพียงบางโรค ซึ่งอาจจะมีผลของปัจจัยเสี่ยงโรคร่วมอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

เอกสารอ้างอิง

1. ทักษพล ธรรมรังสี. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. นนทบุรี: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ (สวน.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2557.
2. วิชัย เอกพลากร, สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. สกตรอยปัญหาเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2550.
3. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 (ระดับเขตสุขภาพ). สำนักโรคไม่ติดต่อ. <http://brfss.thaincd.com>.
4. นิตยา พันธุ์เวทย์, ลินดา จำปาแก้ว. ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี พ.ศ. 2557 (ปีงบประมาณ 2558). สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2558.
5. Wolf PA. Cigarettes, alcohol and stroke. N Eng J Med. 1986;315:1087-1089.
6. Global status report on noncommunicable disease 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
7. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2555.
8. สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. บริษัทอาร์ท ควอลิตี้ จำกัด; 2557.
9. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค <http://brfss.thaincd.com>.
10. นภดล สุชาติ. Sample size สำหรับ prevalence study (cross-sectional descriptive study) และ screening test. <https://www.gotoknow.org/posts/584396>.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน
ในเขตรับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

Factors Associated with the Knowledge for Disease Prevention and Control of the People
in Responsibility Area of the Office of Disease Prevention and Control 4, Ratchaburi Province

วิจิตรา ฤทธิประภา¹ Vijitra Ritprapa¹

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

¹Office of Disease Prevention and Control 4, Ratchaburi Province

บทคัดย่อ

การศึกษาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชน จำนวน 800 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชายและหญิงจำนวนเท่ากัน อายุเฉลี่ย 42.5 ปี น้อยสุด 15 ปี มากสุด 90 ปี รายได้เฉลี่ย 8,847.7 บาท การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.3 รองลงมา มัธยมศึกษา/ปวช./เทียบเท่า ร้อยละ 34.8 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 23.1 รองลงมา เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 22.2, 21.9 และ 12.2 ตามลำดับ ความรู้ของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรค ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดี ร้อยละ 71.6 คะแนนเฉลี่ย 34.9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 55 คะแนน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน คือ อายุ การศึกษา และอาชีพ (p - value < 0.001, 0.038 และ 0.024 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการส่งเสริมความรู้อย่างจริงจัง ใช้อีการในการสื่อสารที่เหมาะสมกับประชาชนผู้รับสารในแต่ละกลุ่ม ด้วยสื่อที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ เช่น วิทยุชุมชน ควรมีการศึกษาต่อว่าประชาชนที่มีระดับความรู้ที่ต่างกันมีการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคอย่างไร เหมาะสมหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบในการเผยแพร่ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพและมีการปฏิบัติที่แท้จริง ซึ่งจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของบุคคลและชุมชน

คำสำคัญ: ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรค, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, ประชาชน

Abstract

This cross-sectional analytic study aimed to examine factors associated with the knowledge for disease prevention and control of the people living in responsibility area of the Office of Disease Prevention and Control 4, Ratchaburi Province. The samples consisted of 800 respondents. Data were

collected by using a questionnaire, during May – June 2012. Descriptive statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, and standard deviation and inferential statistic, e.g., chi-square test.

The results revealed that the samples were equal in number between male and female, mean age was 42.5 years old, ranged from 15 to 90 years old, mean income was 8847.7 THB, primary school education accounted for 39.3% and secondary school 34.8%. Their occupations were trading career/business 23.1%, followed by agriculture, labor, civil servant/ government enterprises (22.2, 21.9 and 12.2% respectively). Most people (71.6%) had good knowledge for disease prevention and control with an average score of 34.9 out of 55 points. The factors associated with disease prevention and control knowledge were age, education and occupation (p – value < 0.001, 0.038 and 0.024, respectively).

Recommendations include a measure of knowledge improvement by relevant agencies, appropriate tools and channels of communication, e.g., community radio for each target populations. A further study of differences in educations and their practice of disease prevention and control should be done to guide public relation and risk communication about improving knowledge and actual practice by citizens that will affect the health of individuals and communities.

Keywords: Disease prevention and control knowledge, Associated factors, People

บทนำ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ในการนำวิชาการและเทคโนโลยีต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โรคอุบัติใหม่ การบังคับใช้กฎหมายด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบถึงการเฝ้าระวังโรคภัย โดยทำงานทั้งเชิงรับและเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่นและชุมชน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาค ที่เชื่อมโยงการควบคุมโรคให้เหมาะสมกับพื้นที่ ตอบสนองต่อปัญหาของชุมชน/ประชาชน ตามรายงานของสำนักกระบาดวิทยา และสำนักโรคไม่ติดต่อ ประจำปี 2553 พื้นที่เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 4 จังหวัดที่มีความเสี่ยงต่อโรคตามนโยบายกรมควบคุมโรคสูงสุดได้แก่จังหวัดราชบุรี มีความเสี่ยงต่ำที่สุดได้แก่จังหวัดกาญจนบุรีในพื้นที่เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 ได้แก่ จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดเพชรบุรีตามลำดับ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรค ของประชาชนในเขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Cross – sectional analytic study กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 800 คนในพื้นที่จังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร และจังหวัดเพชรบุรี จังหวัดละ 200 คน ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่มตามสภาพสังคม ได้แก่ กลุ่มสังคมเมือง และกลุ่มสังคมชนบท เท่ากัน คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ดำเนินการตั้งแต่ 1 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2555 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistic Package for the Social Science, SPSS) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi – square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชายและหญิงจำนวนเท่ากัน อายุเฉลี่ย 42.5 ปี น้อยสุด 15 ปี มากสุด 90 ปี รายได้เฉลี่ย 8847.7 บาท การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.3 รองลงมา มัธยมศึกษา/ปวช./เทียบเท่า ร้อยละ 34.8 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 23.1 รองลงมา เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 22.2, 21.9 และ 12.2 ตามลำดับ

ความรู้ของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรค ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับดี ร้อยละ 71.6 คะแนนเฉลี่ย 34.9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 55 คะแนน ส่วนความรู้ระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 28.4

ผลการศึกษาพบว่าความรู้ระดับต้องปรับปรุงของประชาชน มีตัวอย่างเช่น

- ร้อยละ 62.5 เข้าใจว่าการใช้น้ำซึ่งใส่ทรายที่มีฟอสจะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

- ร้อยละ 72.6 ยังเข้าใจว่ายุ้งลายกัดคนเวลากลางคืน

- ร้อยละ 25.1 เข้าใจว่าคนที่เรามองว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีอาจเป็นคนที่ติดเชื้อ HIV ในร่างกายได้

- ร้อยละ 70.0 ไม่ตระหนักว่าโรคอ้วนเป็นสาเหตุเสี่ยงที่ทำให้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

- ร้อยละ 78.0 ไม่เข้าใจว่าความเครียดและการรับประทานอาหารเค็มมีผลต่อความดันโลหิตสูง

- ร้อยละ 60.9 มองว่าการรับควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของผู้อื่น ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจขาดเลือด

- ร้อยละ 73.6 ไม่เชื่อว่าการถ่ายอุจจาระลงแม่น้ำลำคลอง พื้นดิน สามารถทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค

- ร้อยละ 70.5 ยังคงเข้าใจว่าชยะมีพิษสามารถทิ้งหรือกำจัดในที่รองรับชยะทั่วไปได้

ตารางที่ จำนวน ร้อยละของความรู้เรื่องการป้องกันควบคุมโรค จำแนกตามการตอบ

ข้อความถาม	ตอบถูกต้อง		ตอบผิด		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ยุ้งลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก ชอบวางไข่ตามภาชนะที่มีน้ำขังเน่าเหม็น	581	72.6	206	25.8	13	1.6
2. การกำจัดลูกน้ำยุ้งลายให้ได้ผลดี ควรทำเป็นประจำทุกสัปดาห์	766	95.7	20	2.5	14	1.8
3. หากใช้น้ำที่ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำจะทำให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	173	21.6	500	62.5	127	15.9
4. อาการสำคัญในระยะแรกๆ ของโรคไข้เลือดออก คือมีไข้สูงลอยซึม เบื่ออาหาร	685	85.6	62	7.8	53	6.6
5. ยุ้งลายส่วนใหญ่ชอบกัดคนในเวลากลางวัน	163	20.4	581	72.6	56	7.0
6. วัคซีนโรคสามารถติดต่อได้ทางระบบทางเดินหายใจ โดยการไอและจาม	749	93.6	17	2.1	34	4.3
7. ผู้ป่วยวัณโรคจะมีอาการ ไอเรื้อรังนานเกิน 2 สัปดาห์ มีไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด	709	88.6	18	2.3	73	9.1
8. วัคซีนโรคสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยการรับประทานยาติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 เดือน	561	70.1	48	6.0	191	23.9
9. วิธีป้องกันวัณโรคไม่ให้ติดต่อกับผู้อื่น โดยการปิดปากและจุมูกเวลาไอจาม	757	94.6	12	1.5	31	3.9

ข้อความถาม	ตอบถูกต้อง		ตอบผิด		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี (เอชไอวี) เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้	749	93.6	17	2.1	34	4.3
11. การสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคเอชไอวีได้	719	89.9	45	5.6	36	4.5
12. การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถติดเชื้อโรคเอชไอวีได้	744	93.0	20	2.5	36	4.5
13. คนที่เรามองว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอชไอวีได้	201	25.1	522	65.3	77	9.6
14. โรคเบาหวานไม่สามารถป้องกันได้	649	81.1	60	7.6	91	11.4
15. อาการสงสัยว่าเป็นโรคเบาหวานได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กินจุกว่าเดิม แต่น้ำหนักลด	719	89.9	45	5.6	36	4.5
16. อ้วนเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดโรคเบาหวาน	198	24.7	520	65.0	82	10.3
17. โรคเบาหวานมักเป็นในเด็ก	97	12.1	591	73.9	112	14.0
18. โรคเบาหวานจะเกิดเฉพาะผู้ที่มีพ่อแม่พี่น้องท้องเดียวกันเป็นเบาหวาน	308	38.5	327	40.9	165	20.6
19. ค่าความดันโลหิตที่เริ่มเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 120/80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป	443	55.4	205	25.6	152	19
20. การมีความเครียดทำให้ความดันโลหิตดี กระป๋องเป่า	102	12.8	624	78.0	74	9.3
21. การรับประทานอาหารเค็มไม่ส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	175	21.9	487	60.9	138	17.3
22. การเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและอัมพาต	646	80.8	38	4.8	116	14.5
23. การออกกำลังกายเล็กน้อย ช่วยลดความดันโลหิตสูง	617	77.1	86	10.8	97	12.1
24. โรคหัวใจขาดเลือด จะเป็นในผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป	368	46.0	126	15.8	306	38.3
25. โรคหัวใจขาดเลือดป้องกันได้โดยการเลือกรับประทานอาหารลดความหวาน ไขมัน เค็มลง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และไม่สูบบุหรี่	654	81.8	37	4.6	109	13.6
26. อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก เป็นการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือด	619	77.4	23	2.9	158	19.8
27. การได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นเป็นประจำ ไม่ส่งผล ให้เป็นโรคหัวใจขาดเลือด	123	15.4	534	66.8	143	17.9
28. การนั่งทำงานหรือนั่งดูโทรทัศน์นาน ๆ เคลื่อนไหวร่างกายน้อย ไม่ทำให้เกิด โรคหัวใจขาดเลือด	155	19.4	457	57.1	188	23.5
29. อาการของโรคไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ ปวดศีรษะ มีไข้ หนาวสั่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไอเจ็บคอ น้ำมูกไหล	756	94.5	10	1.3	34	4.3

ข้อความคำถาม	ตอบถูกต้อง		ตอบผิด		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
30. โรคไขหวัดใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส สามารถติดต่อกันได้โดยการไอจามรดกัน หรือสัมผัสสัมผัสเชื้อไวรัส แล้วนำมาขยี้ตาหรือนำเข้าปาก	742	92.8	17	2.1	41	5.1
31. ผู้ป่วยไขหวัดใหญ่สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้มากที่สุดในช่วงป่วย 10 วันแรก	598	74.8	40	5.0	162	20.3
32. ผู้ที่ต้องระมัดระวังมิให้ป่วยเป็นไขหวัดใหญ่ ได้แก่ หญิงมีครรภ์ คนอ้วน ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ผู้พิการทางสมอง เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี	682	85.3	35	4.4	83	10.4
33. การกินอาหารที่สุกใหม่ และอุ่นอาหารที่ค้างมือให้ร้อนก่อนกิน สามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้	761	95.1	9	1.1	30	3.8
34. ดื่มน้ำสะอาดที่ผ่านการกรองแล้วโออาร์เอส เมื่อมีอาการอุจจาระร่วงจะช่วยป้องกันและรักษาภาวะขาดน้ำ	733	91.6	13	1.6	54	6.8
35. การถ่ายอุจจาระในที่สาธารณะ เช่น แม่น้ำลำคลอง พื้นดินเป็นการแพร่โรคอุจจาระร่วง	164	20.5	598	73.6	47	5.9
36. ผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายเหลวเป็นเนื้อปนน้ำ ควรได้รับการรักษาด้วยการกินยาหยุดถ่าย	271	33.9	433	54.1	96	12.0
37. ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับบุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปี บริบูรณ์	613	76.6	157	19.6	30	3.8
38. ห้ามขายและห้ามดื่มแอลกอฮอล์ ในสวนสาธารณะของทางราชการ	754	94.3	23	2.9	23	2.9
39. ห้ามขายและห้ามดื่มแอลกอฮอล์ในปั้มน้ำมัน ปั้มแก๊ส และปั้มหลอด	595	74.4	123	15.4	82	10.3
40. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น มะเร็ง ตับแข็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ	762	95.3	12	1.5	26	3.3
41. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้นิสัยและพฤติกรรมเปลี่ยนไปในทางก้าวร้าว นำไปสู่การทะเลาะวิวาท	776	97.0	13	1.6	11	1.4
42. การสูบบุหรี่มีอันตรายเช่นเดียวกับการสูบบุหรี่	756	94.5	26	3.3	18	2.3
43. การได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่นจะไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ	228	28.5	558	69.8	14	1.8
44. การจำหน่ายบุหรี่ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี มีความผิดระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับ ไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ	683	85.4	30	3.8	87	10.9
45. ร้านอาหารที่ไม่มีเครื่องปรับอากาศไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ในที่บริการอาหารและเครื่องดื่ม	536	67.0	153	19.1	111	13.9
46. ชยะอันตรายทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม	781	97.6	6	0.8	13	1.6

47. ชยะอันตราย หมายถึง วัสดุหรืออุปกรณ์ที่ไม่ใช้แล้ว ซึ่งปนเปื้อนหรือมีสารอันตรายเป็นส่วนประกอบ	752	94.0	20	2.5	28	3.5
48. ถ่านไฟฉาย แบตเตอรี่มือถือ หลอดไฟ ฯลฯ เป็นชยะอันตราย	732	91.5	23	2.9	45	5.6
49. สารพิษในชยะอันตรายไม่สามารถซึมหรือย่อยสลายในน้ำ หรือดินได้	535	66.9	209	26.1	56	7.0
50. การป้องกันสารพิษในชยะอันตรายสามารถทิ้งไปพร้อมกับ ชยะทั่วไปได้	193	24.1	564	70.5	43	5.4
51. เกษตรกรและคนทั่วไปมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคพิษสารกำจัด ศัตรูพืช	753	94.1	17	2.1	30	3.8
52. สารเคมีเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง คือ <u>หายใจ ปาก ผิวหนัง</u>	756	95.9	15	1.9	18	2.3
53. อาการพิษทันทีหลังจากสัมผัสสารเคมี เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหัว ท้องร่วง หายใจติดขัด	755	94.4	10	1.3	35	4.4
54. แถบสีแดงข้างผลิตภัณฑ์ หมายถึงระดับความเป็นพิษร้ายแรง ปานกลาง	351	43.9	313	39.1	136	17.0
55. หน้ากากไม่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อสารพิษที่เข้า ทางลมหายใจได้	238	29.8	477	59.6	85	10.6
คะแนนเฉลี่ย 34.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.9 ความรู้ในระดับดี						

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้อยู่เกี่ยวกับ การศึกษา และอาชีพ (p -value < 0.001 และ 0.05)
การป้องกันควบคุมโรคของประชาชน คือ อายุ ดังตาราง

ตาราง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน

คุณลักษณะทั่วไป	Chi-square	DF	p-value
เพศ	1.572	1	0.210
อายุ	3.445	3	< 0.001*
รายได้	1.725	4	0.539
การศึกษา	4.239	4	0.038**
อาชีพ	5.451	7	0.024**
สภาพสังคม	1.561	1	0.721

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

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ของประชาชน ในการป้องกันควบคุมโรค อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 34.9 คะแนน จากคะแนนเต็ม 55 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของ ซอนงค์ อาซาร์กซ์⁽¹⁾ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของนักเรียนประถมศึกษาเขตการศึกษา 9 จำนวน 500 คน พบว่าความรู้มีผลต่อการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยนักเรียนมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง และการศึกษาของ พรพิมล พวงเงิน⁽²⁾ ที่ศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนแออัดเขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร จำนวน 712 คน พบว่า ความรู้ของประชาชนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจะมีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจุบันสื่อต่าง ๆ มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคต่าง ๆ และการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนมีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง รวดเร็ว จึงส่งผลให้ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับดี

ผลการศึกษาพบว่าความรู้ของประชาชนที่ตลาดเคลื่อนมีหลายประเด็นที่ผู้เกี่ยวข้องต้องดำเนินการ เช่น ประเด็นไข้เลือดออก ประเด็นเกี่ยวกับโรคเอดส์ ประเด็นความรู้เกี่ยวกับภัยสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความเข้าใจที่ตลาดเคลื่อนเช่นนี้อาจส่งผลให้ประชาชนละเลยต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การบริโภคอาหารการออกกำลังกาย สำหรับประเด็นของความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ พบว่า มีประชาชน ร้อยละ 73.6 ไม่เชื่อว่าการถ่ายอุจจาระลงแม่น้ำ ลำคลอง พื้นดิน สามารถทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคได้ คำถามที่ถามอาจไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมในปัจจุบัน เช่นการถ่ายอุจจาระลงแม่น้ำ ลำคลอง และการใช้น้ำจากแม่น้ำ ลำคลองมาบริโภคโดยตรงจะพบได้น้อย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน ได้แก่ อายุการศึกษา อาชีพ (p -value < 0.05) ทั้งนี้เพราะความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งบุคคลเพียงแต่ จำได้ อาจจะทำได้นั่นเอง หรือมองเห็น ได้ยิน ได้ฟัง ความรู้ในขั้นนี้ ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้ เป็นต้น⁽³⁾ อายุที่มากขึ้นจะมีการสั่งสมประสบการณ์มากขึ้นทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น สามารถแยกแยะ คิดวิเคราะห์ เหตุและผล การตีความหมายต่าง ๆ ได้ดีขึ้นเป็นความสามารถทางวุฒิภาวะ การศึกษาที่สูงกว่าจะมีความเข้าใจและเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ไวกว่า การสั่งสมความรู้จากการศึกษา ถือเป็น การเปิดรับข้อมูลที่เป็นไปตามทฤษฎี ตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ ผู้เรียนสามารถคิด วิเคราะห์ และตีความหมายได้อย่างถูกต้อง จึงส่งผลให้การศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน ส่วนปัจจัยด้านอาชีพ ผู้ที่ต้องใช้ความรู้ในการประกอบอาชีพจะมีการรับรู้ที่ดีกว่าด้วยเหตุผลของความสัมพันธ์ภายในของปัจจัย ดังนั้นเมื่อจะมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค ควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้และใช้วิธีการในการสื่อสารที่เหมาะสมกับประชาชนผู้รับสารในแต่ละกลุ่ม นอกจากนี้บุคคลจะมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงในการที่จะติดโรคหรือประสบภาวะคุกคามต่อสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน ดังการศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker & Maiman) อ้างอิงในปทุม คำวิเศษ⁽⁴⁾ ปัจจัยรายได้และสภาพสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่ มีรายได้ อยู่ในกลุ่มที่ไม่ต่างกัน และสภาพสังคมในปัจจุบันมีความต่างกันน้อยมากในองค์ประกอบของการเป็นสังคมเมืองและชนบท จึงอาจส่งผลให้ไม่พบความสัมพันธ์นี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

หน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการส่งเสริมความรู้อย่างจริงจัง ใช้วิธีการในการสื่อสารที่เหมาะสมกับประชาชนผู้รับสารในแต่ละกลุ่ม ด้วยสื่อที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ เช่น วิทยุชุมชน และควรมีการศึกษาต่อว่าประชาชนที่มีระดับความรู้ที่ต่างกันมีการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคอย่างไร เหมาะสมหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบในการเผยแพร่ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพและมีการปฏิบัติที่แท้จริง ซึ่งจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของบุคคลและชุมชน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

วิจิตรา ฤทธิประภา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนในเขตรับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ 2559;20(1):14 – 25.

Suggested Citation for this Article

Ritprapa V. Factors Associated with the Knowledge for Disease Prevention and Control of the People in Responsibility Area of the Office of Disease Prevention and Control 4, Ratchaburi

Province. ODPC13 Bangkok Journal 2016;20(1):14 – 25.

เอกสารอ้างอิง

1. ชูณรงค์ อาจารย์รักษ์. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของนักเรียนประถมศึกษา เขตการศึกษา 9 [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2536.
2. พรพิมล พวงเงิน. การศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชนแออัด เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
3. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติการจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วังบูรพา; 2520. หน้า 115.
4. ปทุม คำพิเศษ. ความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชาวบ้านหมู่บ้านอรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2535.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ระบบสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2556-2558 Health System in Bangkok, 2013-2015

นางแสงจันทร์ ชาติประสิทธิ์

สำนักตรวจและประเมินผล

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

Sangjan Chartprasit

Bureau of Inspection and Evaluation

Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2556-2558 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นหน่วยงานวิชาการและหน่วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับ ทุกสังกัดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทำการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ รวมทั้งศึกษาระบบการทำงานในพื้นที่จริง และทำการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เพื่อให้ได้หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ที่กระจายอยู่ที่ 6 กลุ่มเขตพื้นที่ใน 50 เขตของกรุงเทพมหานคร จำนวน 25 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า พื้นที่กรุงเทพมหานคร มีระบบสุขภาพตามนิยามขององค์การอนามัยโลกดังนี้

- 1) การให้บริการสุขภาพ มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ร้อยละ 97.04 ระดับทุติยภูมิขึ้นไป ร้อยละ 2.96 ซึ่งมีหลากหลายสังกัดส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชน โดยระดับปฐมภูมิเป็นภาคเอกชน ร้อยละ 97.10 และระดับทุติยภูมิขึ้นไปเป็นภาคเอกชน ร้อยละ 71.33 ส่วนจำนวนเตียงในการรองรับการบริการส่วนใหญ่อยู่ในภาครัฐ ร้อยละ 56.32 การกระจายของหน่วยบริการ พบว่า ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 50 เขตของกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชั้นใน และมี 8 เขตที่ยังไม่มีโรงพยาบาลสังกัดใด ๆ
- 2) บุคลากรสุขภาพ พบว่า มีบุคลากรใน 5 วิชาชีพหลัก ร้อยละ 70 อยู่ในภาครัฐ หน่วยบริการในสังกัดกรุงเทพมหานครมีข้อจำกัดด้วยระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ไม่สามารถเพิ่มจำนวนบุคลากรตามความจำเป็นได้
- 3) สารสนเทศสุขภาพ มีระบบข้อมูลหลายระบบเนื่องจากมีหน่วยบริการหลากหลายสังกัด และยังไม่สามารถเชื่อมข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกสังกัดได้ ทำให้ไม่มีข้อมูลภาพรวมสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ส่งผลต่อการรายงานสถานะสุขภาพของประชาชนในระดับประเทศ
- 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี มีเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อใช้ในการป้องกัน ควบคุมและวินิจฉัยโรคที่ทันสมัยมีศักยภาพสูง ส่วนการสนับสนุนวัคซีนจากหน่วยงานภาครัฐ ยังไม่ครอบคลุมหน่วยบริการทุกสังกัด
- 5) การเงินการคลังสุขภาพ มีแหล่งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานจากหลากหลายแหล่ง ทั้งจากกรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กร/หน่วยงานภาคเอกชนอื่น ๆ แต่ไม่ได้มีการนำงบประมาณมาบริหารจัดการร่วมกันในภาพองค์รวม
- 6) ภาวะผู้นำและการอภิบาล ยังไม่มีการบูรณาการนโยบายด้านสาธารณสุขระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานทุกสังกัดเพื่อถ่ายทอดนโยบายและเป้าหมายการดำเนินงานสาธารณสุข

ระดับประเทศไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างชัดเจน ทำให้การบูรณาการทิศทางการศึกษาและแผนการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานเป็นไปอย่างล่าช้าไม่ครอบคลุม และบางครั้งไม่ต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ระบบสุขภาพ, หน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร

Abstract

This survey research aimed to study “Health System in Bangkok between 2013 and 2015” Study samples were derived from technical office, medical units and public health service units of all level and sectors in Bangkok. Secondary data collection and analysis were carried out. In addition, direct observation, in-depth interview, and focus group discussion of health executive and workers selected by purposive sampling 25 units from both private and public sectors in 6 zones of 50 districts of Bangkok. Descriptive data analysis was used.

The study results revealed that Bangkok has health system as defined by WHO as follows. 1) Health facilities: Primary Care units were accounted for 97.04%, followed by Secondary Care units 2.96% which mostly derived from private sector. Primary care and secondary care by private sector had market share of 97.10%, and 71.33%, respectively. Number of beds for in-patients mostly derived from government sector (56.32%). Distribution of secondary care facilities was mainly limited to central districts and no hospitals existed in 8 districts. 2) Health personnel: Seventy percent of the 5 major medical professionals worked for public sector. However, health facility under Bangkok Metropolitan Administration (BMA) cannot increase number of needed staff because of the regulation of local administration. 3) Health Information: Various agencies operated health data system differently and no connection between them. This resulted in a lack of unified database to inform health status of local residents and subsequently, the national figure. 4) Medical equipment, Vaccines and Technology: Medical technologies were available for disease prevention, control and diagnosis. However, vaccines provided by government were not covered all health facilities. 5) Health Finance: Budgets for healthcare were mostly derived from governmental agencies including BMA, National Health Security Office, Ministry of Public Health and non-government agencies. But there was no joint management and integration of the budgets. 6) Leadership and Government: No integration of health policies from Ministry of Public Health and other health-related agencies was done to synchronize policies and targets from national level to practice at locality. As a result, integration of health policies and operational plans of health agencies were delayed, partially covered and interrupted.

Keywords : Health system, Health service and medical facility, Bangkok

บทนำ

“ระบบสุขภาพ” (health system)⁽¹⁾ หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งมีผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพ ความปลอดภัย และมีผลสัมฤทธิ์ที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีประสิทธิภาพ สร้างความเป็นธรรม คุ้มครองความเสี่ยงทั้งด้านสังคมและการเงิน และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน โดยระบบสุขภาพควรประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานอย่างน้อย 6 ประการ ได้แก่ 1) การให้บริการ 2) บุคลากรด้านสุขภาพ 3) สารสนเทศสุขภาพ 4) ผลสัมฤทธิ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี 5) การเงินการคลัง 6) ภาวะการนำและการอภิบาล

กรุงเทพมหานคร เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ที่มีการเลือกตั้งผู้บริหารจากท้องถิ่นโดยตรง มีการแบ่งหน่วยงานในสังกัดเป็น 16 สำนัก 50 สำนักงานเขต และอื่น ๆ อีก 4 หน่วยงาน เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ เศรษฐกิจ สังคม วิถีการดำรงชีวิตของประชาชนที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อประโยชน์ในการประสานงาน การกำกับติดตามงานตามนโยบายของกรุงเทพมหานครเอง

โครงสร้างในการบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีความซับซ้อน แตกต่างจากเขตพื้นที่ในส่วนภูมิภาคอื่นของประเทศไทย เนื่องจากเป็นที่ตั้งของหน่วยงานด้านสุขภาพที่หลากหลายสังกัด ทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ และเอกชน อีกทั้งมีหน่วยงานระดับกระทรวง กรมฯ ในส่วนกลาง และหน่วยงานในระดับท้องถิ่นที่มีภารกิจที่เกี่ยวข้องเชื่อมต่อในพื้นที่เดียวกัน

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย เมื่อ พ.ศ. 2552⁽²⁾ พบว่า เด็กอายุ 6-11 ปี ในกรุงเทพมหานครมีความชุกเริ่มอ้วนและอ้วนสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น ๆ และในกลุ่มอายุ 12-14 ปี มีความชุกเด็กอ้วนสูงมาก

ถึง ร้อยละ 10.2 และมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 3.9 รวมแล้วสูงสุดในประเทศ และจากข้อมูลการสำรวจสถานสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2553⁽³⁾ พบว่า ร้อยละ 72.8 ของประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยากินเอง ร้อยละ 13.2 จะไปใช้บริการกับหน่วยบริการที่ระบุมไว้ในบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 12.5 ใช้บริการที่คลินิกเอกชน และร้อยละ 10.3 ไปใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยโรคเรื้อรังที่พบ 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจนอกจากนี้ยังมีข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2556⁽⁴⁾ พบว่าประชาชนในกรุงเทพมหานครมีสวัสดิการในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าทุกภาค โดยมี ร้อยละ 95 (ทั่วประเทศ ร้อยละ 98.3) ซึ่งมีผู้มีสิทธิ UC เพียง ร้อยละ 51.4 และพบว่ามีผู้มีสวัสดิการประกันสุขภาพกับบริษัทประกันมากถึง ร้อยละ 13.5 ซึ่งสูงกว่าภาคอื่น ๆ และพบว่ามีผู้มีสิทธิ ร้อยละ 46.4 เมื่อเจ็บป่วยไม่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล และจากข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพพบว่าประชาชนในกรุงเทพฯ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มเติมตั้งแต่ 124 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 34 (ทั่วประเทศ ร้อยละ 19.8) และเมื่อเข้าอนโรพยาบาล ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมตั้งแต่ 5,800 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 25 (ทั่วประเทศ ร้อยละ 10)

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระบบสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการจัดระบบบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่ผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกสังกัด จะใช้เป็นเครื่องมือประกอบการพัฒนาและวางแผนการจัดระบบบริการร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 2 ส่วน คือ 1) จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ 2) จากการศึกษาจากระบบการทำงานของหน่วยบริการทุกระดับในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติของหน่วยงาน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามนิยาม “ระบบสุขภาพ” ขององค์การอนามัยโลก

ประชากรตัวอย่าง เป็นหน่วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานครทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 แห่ง แบบเจาะจงที่ครอบคลุมในพื้นที่ 6 กลุ่มเขตพื้นที่ตามการแบ่งโซน ใน 50 เขตของกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวทางในการศึกษาระบบการทำงาน แนวทางการสัมภาษณ์ และแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลตามนิยาม “ระบบสุขภาพ” ขององค์การอนามัยโลก พบว่า กรุงเทพมหานครมีระบบสุขภาพ ดังนี้

1) การให้บริการ ศึกษาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ^(5,6) แล้วนำมาวิเคราะห์ พบว่า ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ที่หลากหลายสังกัด ส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชน ร้อยละ 96.34 รองลงมาเป็นภาครัฐ ร้อยละ 3.58 หน่วยงานอิสระและมูลนิธิ ร้อยละ 0.08 โดยมีหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.04 ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ร้อยละ 2.73 ระดับศูนย์ความเชี่ยวชาญ ร้อยละ 0.23 ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เป็นภาคเอกชน ร้อยละ 97.10 ภาครัฐ ร้อยละ 2.9 ระดับทุติยภูมิขึ้นไป เป็นภาคเอกชน ร้อยละ 71.33 ภาครัฐ ร้อยละ 27.97 มูลนิธิ ร้อยละ 0.70 และพบว่า ที่ตั้งของหน่วยบริการในระดับทุติยภูมิขึ้นไปมีการกระจายตัวที่ไม่ครอบคลุมพื้นที่

ทั้ง 50 เขตของกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ชั้นใน และมี 8 เขตที่ยังไม่มีโรงพยาบาลสังกัดใด ๆ ตั้งอยู่ ส่วนจำนวนเตียงในการรองรับการบริการภาครัฐจะมีจำนวนเพียงมากกว่าภาคเอกชน โดยมีร้อยละ 56.32 ส่วนภาคเอกชนมี ร้อยละ 43.68

ในการให้บริการตามสิทธิการรักษาพยาบาลของประชาชน พบว่า มีหน่วยบริการที่ให้บริการดังนี้

1) สิทธิข้าราชการ พบว่า มีเฉพาะหน่วยบริการภาครัฐที่ให้บริการรักษาพยาบาลตามสิทธิ ส่วนรพ.เอกชน ไม่มีแห่งใดเลยที่ร่วมให้บริการยกเว้นกรณี (Elective Surgery)

2) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)⁽⁷⁾ มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่อยู่ในสังกัดภาครัฐเข้าร่วมให้บริการ จำนวน 91 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 81.98 ของหน่วยบริการภาครัฐทั้งหมด มีคลินิกเอกชนเข้าร่วมโครงการ โดยมีชื่อในนาม “คลินิกชุมชนอบอุ่น” จำนวน 159 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 3.49 ของคลินิกเอกชนทั้งหมด ในระดับทุติยภูมิขึ้นไป มีโรงพยาบาลภาครัฐเข้าร่วม 22 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 51.16 ของโรงพยาบาลภาครัฐทั้งหมด ส่วนโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ มีจำนวน 23 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 22.55 ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด โดยหน่วยบริการระดับทุติยภูมิขึ้นไปจะรับเป็นรพ.แม่ข่ายให้หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อรองรับการส่งต่อ และสนับสนุนการบริการ

3) สิทธิประกันสังคม⁽⁸⁾ มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เป็นคลินิกเอกชนเข้าร่วมให้บริการ จำนวน 626 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.73 โดยทุกแห่งมีโรงพยาบาลที่เชื่อมต่อระบบเพื่อการส่งต่อในรูปแบบเครือข่ายบริการของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งมีโรงพยาบาลภาครัฐเข้าร่วมให้บริการจำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 41.86 โรงพยาบาลภาคเอกชนเข้าร่วมให้บริการ จำนวน 30 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 29.41

จากจำนวนหน่วยบริการที่เข้าร่วมบริการทั้งหมด พบว่ารพ.เอกชนที่ให้บริการทั้งสิทธิ UC และสิทธิประกันสังคม จำนวน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ

16.67 ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด และพบว่า มีรพ.เอกชนที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการประจำของระบบใด ๆ จำนวน 63 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 61.76

จากการสนทนากลุ่มผู้บริหารและผูปฏิบัติพบว่า หน่วยบริการภาครัฐในพื้นที่กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูง การบริการส่วนใหญ่จะเน้นการบริการตามภารกิจของหน่วยงานที่สังกัด และส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนแพทย์ เช่น หน่วยบริการภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการในสังกัดกรมวิชาการ ได้แก่ สังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต ซึ่งการบริการส่วนใหญ่เป็นการให้บริการเฉพาะด้าน เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติฯ สถาบันประสาทวิทยา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงศึกษาที่เน้นการเรียนการสอนเป็นหลัก หน่วยบริการในสังกัดกลาโหม และตำรวจจะเน้นการบริการในการดูแลกำลังพล และครอบครัวกำลังพลในสังกัดเป็นหลัก

การให้บริการในระดับปฐมภูมิ พบว่า หน่วยบริการในสังกัดภาครัฐส่วนใหญ่เปิดให้บริการเฉพาะเวลาราชการโดยมีศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร บางแห่งเปิดให้บริการนอกเวลาราชการ บางแห่งเปิดถึงเวลา 18.00 น.-บางแห่งเปิดถึงเวลา 20.00น. ส่วนคลินิกเอกชน ส่วนใหญ่จะเปิดให้บริการถึงเวลา 18.00 น.หรือบางแห่งถึง 21.00 น.

ลักษณะของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นคลินิกเอกชน พบว่า มีทั้งแบบที่เป็นคลินิกเดี่ยวและคลินิกในเครือ โดยแบบที่เป็นคลินิกในเครือมี 2 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะที่ผู้ประกอบการมีคลินิกเอกชนหลาย ๆ แห่งแยกเป็นสาขาภายใต้การบริหารงานของผู้บริหารเดียวกัน 2) ลักษณะที่ผู้ประกอบการเป็นผู้บริหารรพ.เอกชน และขยายการบริการในระดับปฐมภูมิเป็นคลินิกเอกชนหลายแห่ง ในลักษณะคลินิกเอกชนในเครือโรงพยาบาล โดยคลินิกในเครือแต่ละแห่งสามารถส่งต่อผู้ป่วยกรณีสูงเกินศักยภาพเข้ารับบริการใน รพ.แม่ข่ายในเครือได้ตลอดเวลา

รูปแบบการเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะมีการกำหนดรูปแบบต่างๆ ให้หน่วยบริการทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชนสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยมีการกระจายประชาชนที่ขึ้นทะเบียนสิทธิ UC ให้หน่วยบริการปฐมภูมิร่วมรับผิดชอบในจำนวน 10,000 ถึง 12,000 คนต่อแห่งส่วนระดับทุติยภูมิขึ้นไป มีการกำหนดให้หน่วยบริการที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไปรับประชาชนขึ้นทะเบียนได้ตั้งแต่ 1 แสนคนขึ้นไปตามสัดส่วน ซึ่งในช่วงหลังได้มีโครงการกระจายความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลออกไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิบางแห่ง อาจได้รับประชากรดูแลเพิ่มขึ้นจากเดิมเป็น 20,000 คน

การให้บริการตามสิทธิ UC หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งภาครัฐและเอกชนจะให้บริการรักษาพยาบาลประชาชนที่ขึ้นทะเบียนตามศักยภาพ และมีระบบส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับทุติยภูมิขึ้นไปเข้าร่วมโครงการและรับเป็น โรงพยาบาลแม่ข่ายตามที่กำหนดในข้อตกลง นอกจากนี้ สปสช.ยังเน้นให้หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคแก่ประชาชนทั้งแบบการให้บริการในคลินิกบริการ และการบริการเชิงรุกนอกคลินิกบริการโดยหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งภาครัฐและเอกชนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้สังกัดกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ไม่ได้ให้บริการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันควบคุมโรคนอกคลินิกบริการ ในลักษณะเชิงรุกเนื่องจากการดำเนินการดังกล่าวส่วนใหญ่อยู่ในความดูแล ความรับผิดชอบของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ดังนั้นหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น จึงให้บริการหรือดูแลประชาชนที่ขึ้นทะเบียนในลักษณะเชิงรับเมื่อเข้ามาขอรับบริการในคลินิกบริการเท่านั้น มีเพียงบางแห่งที่ร่วมให้บริการส่งเสริมสุขภาพนอกคลินิกบริการ ซึ่งจะสามารถดำเนินการได้เฉพาะที่ได้รับการอนุมัติและทำสัญญา กับ สปสช. เป็นรายโครงการ โดยให้บริการได้เฉพาะประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการนั้น ๆ ส่วนโรงพยาบาล

ในสังกัดอื่น ๆ จะดูแลผู้ป่วยที่ต้องมีการติดตามเยี่ยม ต่อในพื้นที่ในลักษณะ Home Health Care ซึ่งจะมีการ ดำเนินการเฉพาะพื้นที่โดยรอบโรงพยาบาลหรือพื้นที่ ใกล้เคียงเท่านั้น นอกเหนือจากนั้นจะประสานและส่ง ต่อข้อมูลให้ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ดำเนินการ

ด้านความร่วมมือในการทำงานร่วมกันของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า คลินิกชุมชนอบอุ่นบาง แห่ง มีการประสานการทำงานร่วมกับผู้นำชุมชน และ ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครที่ตั้งอยู่ใน พื้นที่เดียวกันได้เป็นอย่างดีและในด้านการสนับสนุน การบริการของโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า ส่วนใหญ่มี ระบบการดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในเครือข่าย ในรูปแบบที่ไม่แตกต่างกัน โดยหน่วยบริการแม่ข่ายที่ สามารถทำได้ดี และเป็นต้นแบบสำหรับเครือข่ายอื่น คือ รูปแบบของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งมีการ จัดระบบการสนับสนุนการทำงานของหน่วยบริการ ปฐมภูมิทั้งด้านการบริหารจัดการ การให้บริการ และ ด้านวิชาการ มีการประชุมปรึกษาหารือและร่วม วางแผนการทำงาน มีการจัดประชุมวิชาการให้ บุคลากร เพื่อเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นระยะ มีการพัฒนาความสัมพันธ์ของบุคลากรร่วม กันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอทั้งมีการกำหนด มาตรฐานการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ มีการ เชื่อมโยงระบบข้อมูลสารสนเทศระหว่างหน่วยบริการ แม่ข่ายและลูกข่ายสามารถให้สามารถใช้อัฒนร่วมกัน สามารถมองเห็นข้อมูลการให้บริการระหว่างกันแบบ เป็นปัจจุบันได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้หน่วยบริการสามารถ นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการทำงานร่วมกันได้อย่าง มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะระบบข้อมูลในการส่งต่อ และส่งกลับผู้ป่วย ซึ่งช่วยลดภาระการทำงานที่เกิน ความจำเป็นของแต่ละฝ่ายทั้งหน่วยบริการแม่ข่ายและ หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นเครือข่าย ซึ่งการพัฒนา รูปแบบการใช้ข้อมูลร่วมกันนี้ มีเฉพาะในเครือข่าย รพ.ภูมิพลอดุลยเดช

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษายังพบประเด็นที่

มีผลต่อการเข้ารับบริการของประชาชน ดังนี้

1) ผู้รับบริการในสิทธิ UC บางพื้นที่ที่มีหน่วย บริการที่เข้าร่วมโครงการฯ ไม่เพียงพอต่อจำนวน ประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ ทำให้ประชาชนต้อง ไปขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการอื่นที่เข้าร่วมโครงการ นอกพื้นที่ซึ่งอยู่ห่างไกลจากชุมชน จึงเป็นส่วนหนึ่งในการทำให้ประชาชนไม่สามารถไปรับบริการได้สะดวก ซึ่งอาจเป็นเหตุให้การเข้าถึงบริการไม่ทั่วถึง ส่วนใหญ่ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจึงซื้อยากินเองโดยไม่พบแพทย์

2) หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่พบปัญหา ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่าย ในกรณีที่ต้องส่งผู้ป่วยไปรับ การรักษาต่อที่โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยเฉพาะกรณี ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเนื่องจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับ ไม่ครอบคลุมตามจำนวนเงินที่ต้องจ่าย ทำให้หน่วย บริการปฐมภูมิบางแห่งพยายามไม่ส่งผู้ป่วยไปรักษา ต่อ ซึ่งอาจมีผลเสียต่อโอกาสในการได้รับการรักษาที่ ถูกต้องของประชาชน

3) รพ.แม่ข่ายที่เป็น รพ.เอกชนหลายแห่ง ต้องประสบปัญหาค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ต้องรับภาระ มาก และขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการในภายหลัง ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิหลายแห่งประสบปัญหา ไม่มี รพ.แม่ข่ายที่รองรับการส่งต่อในกรณีเกิน ศักยภาพ ส่งผลให้ประชาชนที่จำเป็นต้องได้รับการ รักษาต่อในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิต้องหาโรง พยาบาลเพื่อรับการรักษาเอง โดยไม่มีระบบส่งต่อ รองรับ และเมื่อไปขอรับการรักษาเองผู้ป่วยจะประสบ กับปัญหาโรงพยาบาลไม่สามารถรับเข้ารับรักษาต่อได้ เนื่องจากเตียงเต็ม ทำให้ผู้ป่วยต้องตระเวนหาโรง พยาบาลเองจนกว่าจะได้รับการรักษา บางแห่ง สปสช. แก้ไขโดยการเปลี่ยนโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งมีที่ตั้งข้าม เขตและห่างไกลจากพื้นที่ที่พักอาศัย ทำให้ผู้ป่วย ไม่สะดวกในการไปรับบริการ

การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการส่งต่อในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีการจัดระบบการ ส่งต่อเป็นโซน 14 โซน⁽⁹⁾ และกำหนดพื้นที่แต่ละเขต

ใน 50 เขตของกรุงเทพมหานครให้อยู่ในความดูแลของแต่ละโซนมีการกำหนดหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ที่ชัดเจนในการรองรับการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละโซน

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า การส่งต่อภายในเครือข่ายเดียวกันของระบบ UC จะไม่ค่อยมีปัญหา แต่หากส่งต่อกรณีภายในโซนตามที่กำหนดในทางปฏิบัติ อาจยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวได้อย่างสมบูรณ์แบบ เนื่องจากหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิที่อยู่ในระบบโซนส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องเตียงเต็ม ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยที่ส่งต่อตามระบบที่กำหนดได้ ผู้ประสานการส่งต่อจึงต้องหาหน่วยบริการอื่น ๆ ที่จะสามารถรองรับได้ โดยในกรณีสิทธิ UC สปสช. จะร่วมช่วยในการประสานส่งต่อส่วนสิทธิข้าราชการ จะมีการประสาน โรงพยาบาลภาครัฐเป็นหลักซึ่งการประสานส่งต่อค่อนข้างทำได้ยาก เนื่องจากหน่วยบริการภาครัฐส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงต้องรองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคด้วย จึงมีปัญหาเรื่องเตียงที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน นอกจากนี้ยังพบกรณีที่มีปัญหามากที่สุด คือกรณีเด็กคลอดก่อนกำหนดที่หา รพ.รองรับค่อนข้างยากมากและจากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารหน่วยบริการที่เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น พบว่า ประเด็นปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ส่วนใหญ่จะพบปัญหาในการเรียกใช้บริการ 1669 หรือ ศูนย์เอร์วิน (1646) ที่มารับผู้ป่วยช้าหรือไม่มาเลย และคลินิกจะแก้ปัญหาโดยให้ญาติพาผู้ป่วยไปเอง หรือหากคลินิกชุมชนอบอุ่นมีรถจะนำส่งเอง

นอกจากนี้ยังพบว่า การรับต่อผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมจะส่งต่อได้ยากกว่าสิทธิ UC เนื่องจากมีหน่วยบริการระดับทุติยภูมิขึ้นไปรองรับน้อยกว่า และกรณีที่พบปัญหาที่สุดคือ ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิข้าราชการ เนื่องจากหน่วยบริการที่รองรับบริการในแต่ละระดับมีเฉพาะหน่วยบริการภาครัฐเท่านั้น ซึ่งต่างจากผู้มีสิทธิ UC และสิทธิประกันสังคมที่มีหน่วยบริการทั้งภาครัฐ/

ภาคเอกชนรองรับ ในขณะที่หน่วยบริการภาครัฐที่ผู้มีสิทธิข้าราชการจะไปรับบริการมีจำนวนจำกัดและต้องรองรับการบริการของประชาชนในทุกสิทธิทุกพื้นที่ทั่วประเทศจึงทำให้ไม่เพียงพอต่อการในการให้บริการ

2) บุคลากรสุขภาพ จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ⁽¹⁰⁾ ในกลุ่มบุคลากร 5 วิชาชีพหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพและพยาบาลเทคนิคพบว่า ในกรุงเทพมหานครมีบุคลากร 5 วิชาชีพหลักจำนวนรวมทั้งสิ้น 33,848 คน โดยพยาบาลวิชาชีพมีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 65.4 รองลงมาคือ แพทย์ มี ร้อยละ 18.0 พยาบาลเทคนิค ร้อยละ 9.1 เภสัชกร ร้อยละ 5.0 และทันตแพทย์ ร้อยละ 2.5 โดยพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในหน่วยบริการภาครัฐร้อยละ 70 อยู่ในภาคเอกชนร้อยละ 30 โดยบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทุกแห่งทั้งภาครัฐและเอกชนจะมีแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เป็นบุคลากรหลักในการให้บริการ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่จะมีแพทย์ทั่วไปเป็นแพทย์ประจำ ส่วนระดับทุติยภูมิขึ้นไป ส่วนใหญ่จะมีแพทย์ที่เป็นแพทย์เฉพาะทางให้บริการ บางแห่งมีครบทุกสาขา บางแห่งมีบางสาขา แล้วแต่ศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล และเมื่อประเมินอัตราส่วนบุคลากรแต่ละวิชาชีพ 1 คน ต่อจำนวนประชากร พบว่าแพทย์มีอัตราส่วน 1:722 ทันตแพทย์ 1:5,957 เภสัชกร 1:2,740 พยาบาลวิชาชีพ 1:203 พยาบาลเทคนิค 1:7,425 ซึ่งจากข้อมูลการประเมินอัตราส่วนดังกล่าวเทียบเฉพาะกับข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร ซึ่งมี 5.7 ล้านคน แต่ในความเป็นจริงมีประชากรแฝงที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครที่คาดประมาณมีมากกว่า 10 ล้านคน⁽¹¹⁾ ดังนั้นอัตราส่วนของบุคลากรทางการแพทย์แต่ละวิชาชีพต่อจำนวนประชากร จะมากกว่าตัวเลขเหล่านี้

นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ซึ่งอยู่ในความดูแลและให้การสนับสนุนของสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร โดยอัตราส่วนที่เหมาะสม

ที่สำนักอนามัยกำหนดไว้คือ อสส. 1 คนดูแลประชาชน 30 คริวเรือน⁽¹²⁾ ดังนั้นตามอัตราส่วนดังกล่าวจะต้องมี อสส.ทั้งสิ้น 16,000 – 18,000 คนจึงจะครอบคลุมคริวเรือนที่กำหนด ซึ่งสำนักอนามัย ได้กำหนดไว้เฉพาะคริวเรือนในชุมชนจัดตั้งที่มีจำนวนรวม 373,170 คริวเรือนเท่านั้น จากข้อมูลปี 2558พบว่า มีจำนวน อสส.ที่ปฏิบัติงานทั้งสิ้น 12,439 คน ซึ่งยังมีไม่ครอบคลุมตามจำนวนคริวเรือนที่กำหนด จึงทำให้ อสส.1 คนมีภาระรับผิดชอบมากกว่า 30 คริวเรือน

จากข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารหน่วยงานพบว่า หน่วยบริการในสังกัดกรุงเทพมหานคร จะประสบปัญหาไม่สามารถเพิ่มจำนวนบุคลากรเพื่อรองรับการให้บริการ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้วยระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำหนดให้หน่วยงานสามารถใช้จ่ายงบประมาณด้านบุคลากรได้ไม่เกินร้อยละ 40 ของจำนวนงบประมาณทั้งหมดที่ได้รับจัดสรร ซึ่งขณะนี้หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานครมีงบประมาณในส่วนนี้เต็มตามจำนวนที่กำหนดแล้ว จึงเป็นปัญหาสำหรับการเพิ่มอัตรากำลัง และแม้กรุงเทพมหานคร จะพยายามขยายหน่วยบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการตั้งอยู่ก็จะพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเพื่อรองรับการบริการ แต่ก็มีหน่วยบริการในสังกัดหลายแห่งที่แก้ปัญหาโดยการจ้างบุคลากรโดยการใช้เงินนอกงบประมาณซึ่งก็สามารถจ้างได้ในจำนวนที่ไม่มากพอ และยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ เนื่องจากประชากรในพื้นที่มีจำนวนมากทั้งประชากรตามทะเบียนราษฎร และประชากรแฝง และเพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้บุคลากรอยู่ในระบบได้นาน หน่วยบริการระดับทุติยภูมิขึ้นไปในสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้มีการปรับอัตราค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ให้เท่ากับหรือมากกว่าอัตราของเอกชน

3) สารสนเทศสุขภาพ จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ รวมทั้งการประชุมกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องรวมทั้งศึกษาระบบบริการและระบบข้อมูลของหน่วยบริการบางแห่ง

พบว่าข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร จะมีอยู่อย่างกระจุกกระจายตามหน่วยงานและหน่วยบริการแต่ละสังกัด ซึ่งหน่วยบริการในทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชนยังไม่มี การเชื่อมระบบข้อมูลระหว่างหน่วยงานหรือหน่วยบริการต่างสังกัด หรือแม้แต่หน่วยบริการในสังกัดเดียวกันก็ยังไม่มีการเชื่อมระบบข้อมูลระหว่างกันส่วนใหญ่ยังใช้ระบบรายงานข้อมูลแบบกระดาษ และพบว่ายังไม่มีหน่วยงานกลางที่รวมข้อมูลจากทุกแหล่งเข้าด้วยกัน จะมีเฉพาะการรวมข้อมูลจากหน่วยงานย่อยในสังกัด เช่น สำนักอนามัย รวมข้อมูลการบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในสังกัด 68 แห่ง ส่วนสำนักการแพทย์รวมข้อมูลจากโรงพยาบาล 8 แห่งที่อยู่ในสังกัด ส่วนข้อมูลการเบิกจ่ายตามสิทธิการรักษาพยาบาล ใน 3ระบบหลัก ได้แก่ สิทธิ UC มีข้อมูลรวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม มีข้อมูลรวมทั้งสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสิทธิข้าราชการ มีข้อมูลรวมทั้งกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง นอกจากนี้ยังมีหน่วยบริการอีกจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะหน่วยบริการภาคเอกชนที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานหลักในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้ง 3ระบบข้างต้น

ในการเก็บข้อมูลของหน่วยบริการที่เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นบางแห่ง ผู้ปฏิบัติให้ข้อมูลว่าการเก็บข้อมูลของหน่วยบริการเป็นการคีย์ข้อมูลเพื่อส่ง สปสช. อย่างเดียวโดยคลินิกเก็บเฉพาะข้อมูลที่เป็นกระดาษ ซึ่งยังไม่มียระบบคอมพิวเตอร์ของหน่วยบริการรองรับ ยังไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะส่วนที่ต้องส่งให้ สปสช.เพื่อเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เมื่อจะใช้งานแต่ละครั้งต้องใช้วิธีนำข้อมูลใหม่

ในการรายงานข้อมูลโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่มี พรบ.โรคติดต่อ กำหนดให้ทุกหน่วยบริการต้องรายงานข้อมูลไปที่กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการรวบรวมข้อมูลจากสถานบริการทุกแห่งในพื้นที่ เพื่อรายงานให้สำนักระบาดวิทยา กระทรวง

สาธารณสุข ซึ่งสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบปัญหาในการรวบรวมข้อมูลให้ครบถ้วน และทันเวลา เนื่องจากหน่วยงานที่ต้องรายงานเป็นหน่วยงานต่างสังกัด ทำให้ไม่สามารถส่งการได้ บางแห่งส่งข้อมูลบางแห่งไม่ส่ง หรือส่งมาแต่ก็ล่าช้ามาก และจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าต้องมีการรายงานข้อมูลให้หน่วยงานไหนอย่างไร และเมื่อพบโรคก็ไม่สามารถลงไปตามดำเนินการเชิงรุกในพื้นที่ได้ เนื่องจากมีระเบียบกำหนดไว้ไม่ให้หน่วยงานเอกชนลงไปให้บริการในพื้นที่ มีเพียงคลินิกชุมชนอบอุ่นบางแห่งที่มีการประสานงานกับผู้นำชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบพื้นที่ ทำให้มีการรับรู้ข้อมูลร่วมกันได้อย่างสม่ำเสมอ

4) ผลลัพธ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี ในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อใช้ในการป้องกันและวินิจฉัยโรคที่ทันสมัยและมีศักยภาพสูง ส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพ โดยเครื่องมือที่ทันสมัย ราคาแพง มีประสิทธิภาพสูงจะอยู่ที่หน่วยบริการของภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการสนับสนุนวัคซีนจากหน่วยงานภาครัฐ พบว่า ยังมีการสนับสนุนได้ไม่ครอบคลุมหน่วยบริการทุกสังกัด โดยเฉพาะในภาคเอกชนที่มีอยู่จำนวนมาก

5) การเงินการคลังสุขภาพ จากการศึกษาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิพบว่าพื้นที่กรุงเทพมหานครมีแหล่งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากหลากหลายแหล่ง ทั้งจากกรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข และองค์กร/หน่วยงานภาคเอกชนอื่นๆ แต่ไม่ได้มีการนำงบประมาณมาบริหารจัดการร่วมกัน

จากข้อมูลการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงานและหน่วยบริการ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นที่ได้รับงบประมาณจากสปสช. ในสิทธิ UC ส่วนใหญ่จะเป็นเงินที่ช่วยสนับสนุนการบำรุงรักษาระบบของหน่วย

บริการมากกว่า เนื่องจากมีกำไรประมาณร้อยละ 7-10 ซึ่งหากมีเฉพาะงบ UC อย่างเดียวคลินิกชุมชนอบอุ่นจะอยู่ไม่ได้ เพราะผู้ป่วย UC ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นจึงต้องพยายามดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะที่ต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งการส่งต่อทำให้คลินิกขาดทุนเนื่องจากต้องตามจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ป่วยนอก แต่หากเป็นกรณีผู้ป่วยในจะสามารถเบิกจ่ายจากงบกลาง ของ สปสช. ได้ตาม DRG การบริหารจัดการคลินิกชุมชนอบอุ่นส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบเครือข่ายสาขาที่ผู้บริหารสามารถดำเนินกิจการอยู่ได้เนื่องจากแต่ละสาขามีรายได้ที่มีการเกื้อหนุนกันระหว่างสาขาผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบผู้ป่วยสิทธิ UC ให้ความเห็นว่า หน่วยบริการแต่ละแห่งสามารถรับผู้ป่วย UC ได้ไม่เกิน 20,000 คน ถ้ามากกว่านั้นจะเกินศักยภาพ และหากจะให้คลินิกสามารถดำเนินกิจการต่อได้ค่าเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับควรไม่น้อยกว่า 850 บาทต่อคน

คลินิกชุมชนอบอุ่นบางแห่งรายได้หลักจะได้จากผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองโดยไม่ใช้สิทธิใดๆ โดยคลินิกชุมชนอบอุ่นบางแห่งให้ข้อมูลว่ามีรายได้จากผู้ป่วยจ่ายเงินเองประมาณ 10 กว่าเปอร์เซ็นต์ของรายได้ทั้งหมด ซึ่งปัจจุบันเริ่มมีน้อยลงเพราะประชาชนส่วนใหญ่มีการใช้สิทธิมากขึ้น แต่บางแห่งก็จะมีรายได้หลักจากผู้ป่วยที่เป็นแรงงานต่างด้าวที่จ่ายเงินเองในขณะที่ที่คลินิกชุมชนอบอุ่นบางแห่งให้ข้อมูลว่าไม่มีผู้ป่วยสิทธิอื่นเลยนอกจากผู้ป่วยสิทธิ UC

ในส่วนของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร จากการให้ข้อมูลของผู้บริหาร พบว่า หน่วยบริการในสังกัด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิตั้งรวมจำนวน 8 แห่ง จะรับผู้ป่วยที่เป็นสิทธิ UC ทั้งหมดประมาณ 700,000 คน สิทธิประกันสังคม ประมาณ 200,000 คน ส่วนสิทธิข้าราชการที่มาจากสังกัดอื่นมีมาใช้บริการในจำนวนไม่มาก โดยหน่วยบริการในสังกัดมีรายได้จากผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองเป็นสัดส่วน ดังนี้ กรณีผู้ป่วย

นอกร้อยละ 28 ผู้ป่วยใน ร้อยละ 25 และจากการประเมินการเข้าร่วมโครงการ UC พบว่า ในภาพรวมสำนักการแพทย์ขาดทุนกว่า 560 ล้านบาท

6) ภาวะผู้นำและการอภิบาล จากการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ยังไม่มีการบูรณาการนโยบายด้านสาธารณสุข ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานทุกสังกัด เพื่อถ่ายทอดทิศทางนโยบายและเป้าหมายงานสาธารณสุขระดับประเทศไปสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน ทำให้การบูรณาการทิศทางนโยบายและแผนการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานเป็นไปอย่างล่าช้า ไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากการบริหารงานโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ของกรุงเทพมหานคร ที่มีข้อจำกัดในด้านระเบียบ และข้อกำหนดที่ค่อนข้างมาก ประกอบกับกรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงของประเทศ ทำให้มีหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่หลากหลายสังกัดซึ่งมีบทบาทภารกิจที่แตกต่างกัน และพบว่า มีประเด็นสถานการณ์สำคัญด้านการนำและการอภิบาลระบบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนี้

1) ยังไม่มีกลไกหรือกระบวนการทำงานร่วมกันที่ชัดเจนที่ทำให้หน่วยงานแต่ละสังกัดมีการบูรณาการงานเพื่อร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวม รวมทั้งการกำกับดูแลการดำเนินงานของทุกภาคส่วนให้สอดคล้องกัน เพื่อบรรลุตามเป้าประสงค์ของระบบสุขภาพของประเทศ

2) ยังไม่มีหน่วยงานบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ที่เชื่อมโยงกับทิศทางนโยบายและเป้าหมายตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขของประเทศ อีกทั้งหน่วยงานหลักในพื้นที่ยังไม่มีโครงสร้างการบริหารจัดการองค์กรและรูปแบบการทำงานที่เหมือนกับส่วนภูมิภาค เพื่อรองรับการปรับบทบาทภารกิจใหม่ อีกทั้งกรุงเทพมหานครและ กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจงานด้านสาธารณสุขตามที่กฎหมายกำหนดอย่างครอบคลุม ทำให้มีข้อจำกัดในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการระดับปฐมภูมิในภาครัฐควรจัดบริการในเวลาที่สุดคล้อยกับวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะการให้บริการนอกเวลาราชการ
2. หน่วยงานทุกสังกัดควรมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง โดยใช้กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) เข้ามานำในการพัฒนาระบบบริการ ซึ่งทุกสังกัดต้องให้ความร่วมมือ
3. ควรมีการพัฒนากระบวนการเชื่อมต่อข้อมูลของหน่วยงานและหน่วยบริการทุกสังกัดให้สามารถนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและเพื่อการติดตามการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ควรมีหน่วยงานกลางที่เข้มแข็ง ซึ่งอาจเป็นการรวมตัวของบุคลากรจากหน่วยงานทุกสังกัด เพื่อประสาน เชื่อมโยงการทำงานร่วมกัน และบริหารจัดการให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นเอกภาพ และมีการดำเนินงานที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างครอบคลุม ทั่วถึง และเป็นธรรม

สรุปผลการศึกษา

พื้นที่กรุงเทพมหานคร มีระบบสุขภาพตามนิยามขององค์การอนามัยโลกโดยมีระบบการให้บริการสุขภาพที่มีหน่วยบริการที่หลากหลายสังกัดส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชน และมีการกระจายของหน่วยบริการ ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ด้านบุคลากรสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในภาครัฐและหน่วยบริการในสังกัด กรุงเทพมหานครมีข้อจำกัดด้วยระเบียบขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่สามารถเพิ่มจำนวนบุคลากรตามความจำเป็นได้ ด้านสารสนเทศสุขภาพ มีระบบข้อมูลหลายระบบ เนื่องจากมีหน่วยบริการหลากหลายสังกัด และยังไม่สามารถเชื่อมข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกสังกัดได้ ทำให้ไม่มีข้อมูลภาพรวมด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ส่งผลต่อการรายงานสถานะสุขภาพของประชาชนในระดับประเทศ ด้านผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และ เทคโนโลยีมีเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อใช้ในการป้องกันและวินิจฉัยโรคมากที่สุดในประเทศ แต่การเข้าถึงบริการของประชาชนยังไม่ทั่วถึงการสนับสนุนวัคซีนจากหน่วยงานภาครัฐ ยังไม่ครอบคลุมหน่วยบริการทุกสังกัด ด้านการเงินการคลังสุขภาพ มีแหล่งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน จากหลากหลายแหล่ง ทั้งจากกรุงเทพมหานคร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข และองค์กร/หน่วยงานภาคเอกชนอื่น ๆ แต่ไม่ได้มีการนำงบประมาณมาบริหารจัดการร่วมกัน ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาล ยังไม่มีการบูรณาการนโยบายด้านสาธารณสุข ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานทุกสังกัดเพื่อถ่ายทอดทิศทางนโยบายและเป้าหมายงานสาธารณสุขระดับประเทศไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างชัดเจน ทำให้การบูรณาการทิศทางนโยบายและแผนการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานเป็นไปอย่างล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550[เข้าถึงได้เมื่อ 19 มีนาคม 2550]; 2550 (หน้า 1)เข้าถึงได้จาก<http://www.tmc.or.th/psb15pdf>.
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่4 พ.ศ. 2551-2. [เข้าถึงได้เมื่อ17 ตุลาคม 2558]: หน้า116-117].เข้าถึงข้อมูลจาก :www.hisro.or.th/main/download/NHES4_CHILD.pdf
3. ฉวีวรรณ บุญสุยา, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, พรรณี บุญสุยา. ผลการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2553. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจอนามัยและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2556 ; 2558
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข (ด้านสถานพยาบาล).ข้อมูลelectronic file จากผู้รับผิดชอบงานของหน่วยงาน (วันที่ได้ข้อมูล ณ ธันวาคม 2556)
6. สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถานบริการภาคเอกชน.ข้อมูล electronic file จากผู้รับผิดชอบงานของหน่วยงาน (วันที่ได้ข้อมูล ณ มกราคม 2558)
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ 13 กรุงเทพมหานคร. ข้อมูลหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ. ข้อมูล electronic file จากผู้รับผิดชอบงานของหน่วยงาน (วันที่ได้ข้อมูล ณ ธันวาคม 2556)
8. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. รายชื่อสถานพยาบาลประกันสังคมปี 2558 แยกตามจังหวัด2558.[เข้าถึงได้เมื่อมีนาคม 2558] : หน้า1, ภาคผนวก หน้า 1 – 6].เข้าถึงข้อมูลจาก :www.hisro.or.th/main/download/NHES4_CHILD.pdf
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ 13การแบ่งพื้นที่เพื่อรองรับการรับส่งต่อของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร.ข้อมูล electronic file จากผู้รับผิดชอบงานของหน่วยงาน (วันที่ได้ข้อมูล ณ 8 พฤษภาคม 2558)
10. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

- (ด้านบุคลากร).ข้อมูล electronic file จากผู้รับผิดชอบงานของหน่วยงาน (วันที่ได้ข้อมูล ณ ธันวาคม 2556)
11. กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ. ผลการประชุมที่เกี่ยวข้อง ศูนย์วิจัยกสิกรไทย เผยผลสำรวจกรุงเทพฯ ศูนย์รวมด้านเศรษฐกิจของไทยและอาเซียน.[เข้าถึงได้เมื่อ19มกราคม2557]; (หน้า1)จาก<http://www.Mfa.go.th/asean/th/news/2352/32963>
 12. กลุ่มงานสาธารณสุขชุมชน กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. อ้างอิงจาก ศูนย์เตือนภัยสุขภาพคนกรุงเทพมหานคร. (ร่าง) ข้อมูลด้านสุขภาพคนกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2558.; /2558.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี: ศึกษากรณีตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุดและอัตราป่วยต่ำสุด

The Comparative Study of Community Participation for Dengue Hemorrhagic Fever Prevention
and Control of People in Pakkred District, Nonthaburi Province:
Study of District with Highest and Lowest Rates of Morbidity

ประพัฒน์ ประคอง

PrapatPrakong

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ดจังหวัดนนทบุรี

PakkredDistrict Public Health Office Nonthaburi Province

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลคลองพระอุดม และตำบลบางตะไนย์ และศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลคลองพระอุดม และตำบลบางตะไนย์ โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 ตำบล จำนวน 355 คน คือ ตำบลคลองพระอุดม จำนวน 129 คน และตำบลบางตะไนย์ จำนวน 226 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสิ่งแวดล้อมของประชาชนตำบลคลองพระอุดมไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสิ่งแวดล้อมของประชาชนตำบลบางตะไนย์มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของประชาชนตำบลคลองพระอุดมและตำบลบางตะไนย์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลคลองพระอุดม และตำบลบางตะไนย์ พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ตำบลคลองพระอุดมและตำบลบางตะไนย์มีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$)

ข้อเสนอแนะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเข้าไปทำกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนให้มากขึ้น เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติ การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกและในกรณีที่เจ้าหน้าที่จิตอาสา และ อสม. เข้าไปณรงค์หรือทำกิจกรรมในชุมชนเพื่อแจกสิ่งของเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่ไม่มีเจ้าของบ้านอยู่นั้น ให้นำสิ่งของและคำแนะนำหรือคำอธิบายเกี่ยวกับการใช้ไล่ไว้ด้วยกันและนำไปแขวนไว้ตรงประตูรั้วบ้าน หรือฝากไว้กับเพื่อนบ้านข้างๆ เพื่อให้เจ้าของบ้านรับรู้ข่าวสารนั้นครบถ้วน และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

คำสำคัญ : ชุมชน, การมีส่วนร่วม, การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This research aimed to determine factors related to dengue hemorrhagic fever prevention and control of people in Khlongphraudom sub-district and Bangtanai sub-district. A comparative study of community participation for Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control of people between Khlongphraudom sub-district and Bangtanai sub-district was carried out. The 355 study subjects were selected from 2 sub-districts: Klongphraudom sub-district (129 subjects) and Bangtanai sub-district (226 subjects). The research instrument was a questionnaire and the statistics used in data analysis were mean, standard deviation, t-test and Correlation coefficient of Pearson.

The results showed that the behavioral factor of environmental stewardship of people in Klongphraudom sub-district had no statistical relation to participation in Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control but the association was observed in Bangtanai sub-district ($p < 0.01$).

Receiving health information and social support of people in Klongphraudom and Bangtanai sub-district were significantly related to participation in Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control ($p < 0.01$). The average scores of community participation in Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control of people in Klongphraudom and Bangtanai sub-district were found statistically significant difference ($p = 0.03$).

Suggestion: The officers would make more approaching in communities for teaching and giving suggestions of prevention of Dengue to people in area. Although, people in communities can teach each other about this prevention to neighbor who is not coming to this campaign.

Keywords: Community, Participation, Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control

บทนำ

ปัจจุบันโรคไข้เลือดออก ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการดำเนินการควบคุมโรคมากกว่า 50 ปีแล้วก็ตาม ในช่วงที่ผ่านมา มีการระบาดเพิ่มมากขึ้นในบางพื้นที่ และจำนวนผู้ป่วยแต่ละครั้งที่มีการระบาดก็เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังมีการขยายพื้นที่ที่มีการระบาดออกไปอย่างกว้างขวาง โรคไข้เลือดออกจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการป่วยตายปีละมาก ๆ ในแทบทุกส่วนของโลก ซึ่งจากข้อมูลรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก 5 ปีซ้อนหลังของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2553 - 2557 พบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 177.91, 107.06, 122.63, 241.03 และ 62.33 ตามลำดับ โดยมีรายงานอัตราป่วยตาย

ร้อยละ 0.12, 0.09, 0.10, 0.09 และ 0.10 ซึ่งรายงานผู้ป่วยปี 2557 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนลดลงจากปี 2556 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ร้อยละ 73.4 และภาคที่มีผู้ป่วยมากที่สุดในปี 2557 ได้แก่ ภาคกลาง อัตราป่วย 71.67 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคใต้ อัตราป่วย 131.56 ต่อประชากรแสนคน และจากรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา 5 ปีซ้อนหลัง ของจังหวัดนนทบุรี ในปี พ.ศ. 2553 - 2557⁽¹⁾ พบว่า มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 134.41, 102.60, , 61.82, 101.99 และ 29.68 ตามลำดับเมื่อพิจารณารายอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ อำเภอปากเกร็ด โดยมีอัตราป่วยสูงสุดและต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2556 เท่ากับ 181.00, 92.66 และ

139.51 ตามลำดับและจากรายงานทางระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 - 2557⁽²⁾ พบว่า อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนของอำเภอปากเกร็ด เท่ากับ 121.96, 181.00, 92.66, 139.51 และ 37.51 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ. 2554 มีอัตราป่วยสูงสุดในรอบ 5 ปี เมื่อพิจารณาอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2554 รายตำบลพบว่า ตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ตำบลคลองพระอุดม มีอัตราป่วย 323.07 ต่อประชากรแสนคน และ ตำบลที่มีอัตราป่วยต่ำสุด คือ ตำบลบางตะไนย์ มีอัตราป่วย 23.61 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾ ถึงแม้ว่าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ดจะร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรณรงค์ควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทำให้เกิดการสูญเสียงบประมาณทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การควบคุมโรค ซึ่งจากการศึกษาต้นทุนรวมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ของวิชัย นัทรณวารี และคณะ (2545) พบว่า ผู้ป่วยหนึ่งราย ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นเงินเท่ากับ 3,969.39 บาท⁽³⁾ ในปี พ.ศ. 2556 อำเภอปากเกร็ดมีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 537 ราย ดังนั้นต้องสูญเสียงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลถึง 2,131,562.43 บาท โดยยังไม่รวมค่าใช้จ่ายอื่น ๆ จากสภาพดังกล่าวเมื่อพิจารณาประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องได้รับความร่วมมืออย่างจริงจังจากทุกฝ่ายการมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นเรื่องสำคัญและควรเร่งรัดให้เกิดขึ้นโดยประชาชนต้องตระหนักว่าปัญหาโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องสำคัญและต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชนและพฤติกรรมของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนของตนเอง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในตำบลที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดกับตำบลที่มีอัตราป่วยต่ำที่สุด เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาใน

ครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกและศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลคลองพระอุดม และตำบลบางตะไนย์ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม - ตุลาคม พ.ศ. 2558 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชากรที่เป็นผู้ปกครองครัวที่อาศัยอยู่ในตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด และต่ำสุด ซึ่งได้แก่ ตำบลคลองพระอุดม จำนวน 1,154 หลังคาเรือน และตำบลบางตะไนย์ จำนวน 2,021 หลังคาเรือนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยคำนวณจากสูตร ซึ่งยอมรับค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 5 หรือ 0.05 ตามสูตรของทาโร ยามาเน่⁽⁴⁾ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนหลังคาเรือน 2 ตำบล ในอำเภอปากเกร็ด จำนวน 355 หลังคาเรือนและทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างตำบลคลองพระอุดม จำนวน 129 หลังคาเรือน และตำบลบางตะไนย์จำนวน 226 หลังคาเรือนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ นันทน์ภัส โตศรีบรรเจิด⁽⁵⁾ เพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายดังนี้

1. เกณฑ์การแปลความหมายค่าคะแนนของปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อม

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.28 - 4.00 แปลว่า ปฏิบัติ
มาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.52 - 3.27 แปลว่า ปฏิบัติ
ปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.76 - 2.51 แปลว่า ปฏิบัติ
น้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.75 แปลว่า ไม่เคย
ปฏิบัติ

2. เกณฑ์การแปลความหมายค่าคะแนนของ
การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพการสนับสนุน
ทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน
ควบคุมโรคไข้เลือดออก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 แปลว่า มาก
ที่สุด

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 แปลว่า มาก

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 แปลว่า ปาน
กลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 แปลว่า น้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 แปลว่า น้อย
ที่สุด

เก็บข้อมูลโดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลอง
พระอุดม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บางตะไนย์ ได้แบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์
และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่
ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Stand-
ard Deviation) และสถิติเชิงอนุมานได้แก่ค่า t-test
สำหรับการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของ
ตัวแปรตาม ซึ่งจำแนกออกตามตัวแปรอิสระสองกลุ่ม
และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis)
คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
(Person's Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อม

ข้อความ	ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อม			
	ตำบลคลองพระอุดม (อัตราป่วยสูงสุด)		ตำบลบางตะไนย์ (อัตราป่วยต่ำสุด)	
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.
1. มีการคว่ำภาชนะที่ไม่ใช้ประโยชน์	3.97	0.174	3.45	0.736
2. การล้างและเปลี่ยนน้ำในแจกันดอกไม้ ขวดจากรองตู้กับข้าว หรือภาชนะต่างๆ ที่ต้องแช่น้ำเป็นประจำทุก 7 วัน	3.06	0.272	3.36	0.816
3. การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้าน และบริเวณโดยรอบอย่างต่อเนื่อง	3.59	0.746	3.36	0.725
4. การปิดฝาภาชนะเก็บน้ำให้มิดชิดด้วยตาข่ายไนลอน	3.15	0.761	2.84	1.170
5. การนอนในมุ้งหรือห้องที่มีมุ้งลวด ทั้งกลางวันและกลางคืน	3.71	0.605	3.52	0.807
6. การเลี้ยงปลาทางนกยูงในภาชนะที่มีน้ำขังในบ้าน หรือนอกบ้าน เช่น โถงน้ำ ถังน้ำ อ่างน้ำ เป็นต้น	3.35	0.746	2.35	1.275
7. ไม่อยู่ในบริเวณที่อับลมหรือเป็นมุมมืด	2.53	0.884	2.99	1.174
รวม	3.34	0.598	3.13	0.958

กลุ่มตัวอย่างในตำบลคลองพระอุดม (อัตราป่วยสูงสุด) มีปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 และเมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างในตำบลคลองพระอุดมมีการปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการคว่ำภาชนะที่ไม่ใช้ประโยชน์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 รองลงมาคือ การนอนในมุ้งหรือห้องที่มีมุ้งลวดทั้งกลางวันและกลางคืน การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้านและบริเวณโดยรอบอย่างต่อเนื่อง และการเลี้ยงปลาหางนกยูงในภาชนะที่มีน้ำขังในบ้านหรือนอกบ้าน เช่น โถงน้ำ ถังน้ำ อ่างน้ำ เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 3.59 และ 3.35 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ไม่อยู่ในบริเวณที่อับลมหรือเป็นมุมมืด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53

กลุ่มตัวอย่างในตำบลบางตะไนย์ (อัตราป่วยต่ำสุด) มีปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 และเมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างในตำบลบางตะไนย์มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ การนอนในมุ้งหรือห้องที่มีมุ้งลวดทั้งกลางวันและกลางคืน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 รองลงมาคือ

มีการคว่ำภาชนะที่ไม่ใช้ประโยชน์ การล้างและเปลี่ยนน้ำในแจกันดอกไม้ ขวดจันรองตู้กับข้าว หรือภาชนะต่างๆ ที่ต้องแช่น้ำเป็นประจำทุก 7 วัน และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้านและบริเวณโดยรอบอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 3.36 และ 3.36 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีการปฏิบัติ น้อยที่สุด คือ การเลี้ยงปลาหางนกยูงในภาชนะที่มีน้ำขังในบ้าน หรือนอกบ้าน เช่น โถงน้ำ ถังน้ำ อ่างน้ำ เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.35

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลคลองพระอุดมและตำบลบางตะไนย์ พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมของประชาชนตำบลคลองพระอุดมไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่ระดับ $p=0.05$ และปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมของประชาชนตำบลบางตะไนย์มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.01$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลคลองพระอุดมและตำบลบางตะไนย์

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อม	n	การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	
		r	p-value
ตำบลคลองพระอุดม (อัตราป่วยสูงสุด)	129	0.130	0.142
ตำบลบางตะไนย์ (อัตราป่วยต่ำสุด)	266	0.446	0.000**

** $p<0.01$

2. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ	ตำบลคลองพระอุดม (อัตราป่วยสูงสุด)			ตำบลบางตะไนย์ (อัตราป่วยต่ำสุด)		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. โทรทัศน์	4.85	0.43	มาก	4.20	0.97	มาก
2. วิทยุ	3.80	0.49	มาก	2.74	1.18	ปานกลาง
3. หนังสือพิมพ์	3.12	0.54	ปานกลาง	2.76	1.13	ปานกลาง
4. การสนทนากับเพื่อนบ้าน	2.49	0.89	น้อย	3.50	1.03	ปานกลาง
5. ไปสเตอร์/ป้ายประชาสัมพันธ์	2.49	0.81	น้อย	3.17	1.04	ปานกลาง
6. วารสาร/นิตยสาร	2.26	0.76	น้อย	2.50	1.06	ปานกลาง
7. แผ่นใบปลิว/ เอกสารเผยแพร่ความรู้	2.44	0.78	ปานกลาง	2.82	1.06	ปานกลาง
8. หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน	2.29	0.68	น้อย	2.82	1.06	ปานกลาง
9. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	4.02	0.96	มาก	4.31	0.88	มาก
รวม	3.08	0.71	ปานกลาง	3.20	1.05	ปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างในตำบลคลองพระอุดม (อัตราป่วยสูงสุด) มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.08 โดยได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.85 รองลงมา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ น้อยที่สุดคือ วารสาร/นิตยสาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 และ 2.26 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างในตำบลบางตะไนย์ (อัตราป่วยต่ำสุด) มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 โดยได้รับข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 รองลงมาคือ โทรทัศน์ และ น้อยที่สุดคือ วารสาร/นิตยสาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 และ 2.50 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลคลองพระอุดมและตำบลบางตะไนย์ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารของประชาชนตำบลคลองพระอุดมและตำบลบางตะไนย์ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลคลองพระอุดมและตำบลบางตะไนย์

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ	n	การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	
		r	p-value
ตำบลคลองพระอุดม (อัตราป่วยสูงสุด)	129	0.384	0.000**
ตำบลบางตะไนย์ (อัตราป่วยต่ำสุด)	266	0.411	0.000**

** p<0.01

3. การสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	ตำบลที่พบโรคสูง			ตำบลที่พบโรคต่ำ		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1. ได้รับหนังสือเอกสารเกี่ยวกับ การเรียนรู้วิธีการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก	4.85	0.50	มาก	3.82	1.01	มาก
2. ได้รับสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เช่น มุ้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.91	0.40	มาก	2.33	1.29	ปานกลาง
3. ได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องการป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออกมากนักน้อยเพียงใด	3.23	0.55	ปานกลาง	3.95	0.82	มาก
4. ได้รับความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนจากเจ้าหน้าที่ ในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก	4.12	0.72	มาก	4.10	0.80	มาก
5. ได้รับแจกทรายที่มีฟอส เพื่อใส่ในน้ำชั่งภายในบ้าน และบริเวณรอบๆ บ้าน	4.22	0.87	มาก	4.23	0.93	มาก
6. ได้รับแจกยาทากันยุงจากเจ้าหน้าที่	3.88	0.91	มาก	2.87	1.32	ปานกลาง
7. ได้รับการฉีดพ่นหมอกควันไล่ยุงทุกเดือน	4.14	0.86	มาก	2.97	1.00	ปานกลาง
8. ได้รับคำแนะนำที่เป็นข้อเท็จจริงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.77	0.86	มาก	3.88	0.96	มาก
9. พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ระหว่างเพื่อนบ้าน	3.79	0.82	มาก	3.46	1.11	ปานกลาง
10. เข้าร่วมประชุม สรุปรูปปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ที่เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	3.74	0.80	มาก	3.34	1.31	ปานกลาง
11. ได้รับความเป็นกันเองและการดูแลอย่างทั่วถึง จากเจ้าหน้าที่	4.84	0.44	มาก	4.03	1.02	มาก
12. ยกย่องชมเชยการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.88	0.41	มาก	3.81	1.02	มาก
13. มีความเชื่อมั่นในการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่ เรื่องโรคไข้เลือดออก	3.19	0.56	ปานกลาง	4.00	0.84	มาก
14. ให้ความเคารพนับถือเจ้าหน้าที่ ที่มาปฏิบัติงานป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.58	0.71	ปานกลาง	4.14	0.87	มาก
รวม	3.94	0.67	มาก	3.64	1.02	ปานกลาง

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ในตำบลคลองพระอุดม (อัตราป่วยสูงสุด) โดยรวม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 เมื่อแยก พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด

คือ การได้รับหนังสือเอกสารเกี่ยวกับ การเรียนรู้วิธีการ ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.85 รองลงมาคือ ได้รับความเป็นกันเองและการดูแล อย่างทั่วถึงจากเจ้าหน้าที่ ได้รับแจกทรายที่มีฟอส

เพื่อใส่ในน้ำซังภายในบ้านและบริเวณรอบๆ บ้าน และได้รับการฉีดพ่นหมอกควันไต่สูงทุกเดือน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.84 4.22 และ 4.14 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มีความเชื่อมั่นในการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่เรื่องโรคไข้เลือดออกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในตำบลบางตะไนย์ (อัตราป่วยต่ำสุด) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ได้รับแจกทรายที่มีฟอสเพื่อใส่ในน้ำซังภายในบ้านและบริเวณรอบๆ บ้าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 รองลงมาคือ ให้ความเคารพนับถือเจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้รับความรู้ในเรื่อง

การปฏิบัติตนจากเจ้าหน้าที่ในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกและได้รับความเป็นกันเองและการดูแลอย่างทั่วถึงจากเจ้าหน้าที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 4.10 และ 4.03 ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ได้รับสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เช่น มุ้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลคลองพระอุดมและตำบลบางตะไนย์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของประชาชนตำบลคลองพระอุดมและตำบลบางตะไนย์มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลคลองพระอุดมและตำบลบางตะไนย์

การสนับสนุนทางสังคม	n	การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก	
		r	p-value
ตำบลคลองพระอุดม (อัตราป่วยสูงสุด)	129	0.399	0.000**
ตำบลบางตะไนย์ (อัตราป่วยต่ำสุด)	266	0.660	0.000**

** p<0.01

4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกรายด้าน

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก	ตำบลที่พบโรคสูง			ตำบลที่พบโรคต่ำ		
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านร่วมวางแผนดำเนินงาน ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.77	0.65	มาก	3.12	1.28	ปานกลาง
ด้านร่วมดำเนินการปฏิบัติ ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.83	0.66	มาก	2.86	1.30	ปานกลาง
ด้านการร่วมติดตามประเมินผลป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.72	0.67	มาก	2.94	1.20	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	3.78	0.66	มาก	2.97	1.26	ปานกลาง

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างในตำบลคลองพระอุดม (อัตราป่วยสูงสุด) โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการร่วมดำเนินการปฏิบัติ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 รองลงมาคือ ด้านการร่วมวางแผนดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และด้านการร่วมติดตามประเมินผล ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 และ 3.72 ตามลำดับ และเมื่อแยกพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ เคยเสนอโครงการหรือแนวทางการพัฒนาชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อหัวหน้าชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.88 รองลงมาคือ เคยเสียสละทรัพย์สินหรือเสียสละเวลาส่วนตัวในการแบ่งปันแก่เพื่อนบ้านในเรื่องโรคไข้เลือดออก และข้อที่มีค่าน้อยที่สุด คือ ได้มีส่วนร่วมประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้ประชาชนมีสำนึกร่วมใจพัฒนาชุมชนโรคไข้เลือดออก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.81 และ 3.08 ตามลำดับ

ในขณะที่การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างในตำบลบางตะไนย์ (อัตราป่วยต่ำสุด) โดยรวมอยู่ใน

ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการร่วมวางแผนดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 รองลงมาคือ ด้านการร่วมติดตามประเมินผล ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและ ด้านการร่วมดำเนินการปฏิบัติป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 และ 2.86 ตามลำดับ และเมื่อแยกพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ให้กำลังใจและยอมรับในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 รองลงมาคือ เคยซื้อมุ้งลวด เกือบแคง ในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก สำหรับครอบครัว และข้อที่มีค่าน้อยที่สุด คือ ได้ตรวจสอบการใช้จ่ายเงินในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 และ 1.94 ตามลำดับ

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลคลองพระอุดม และตำบลบางตะไนย์ พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ตำบลคลองพระอุดมและตำบลบางตะไนย์มีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลคลองพระอุดม และตำบลบางตะไนย์ โดย t-test

ตำบลที่อยู่อาศัย	n	x	S.D.	t	p-value
ตำบลคลองพระอุดม (พบโรคสูง)	129	3.78	0.66	3.617*	0.03
ตำบลบางตะไนย์ (พบโรคต่ำ)	226	2.97	1.06		

* p<0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี: ศึกษากรณีตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุดและอัตราป่วยต่ำสุดพบว่า

ปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสิ่งแวดล้อมพบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลคลองพระอุดม (อัตราป่วยสูงสุด) และตำบลบางตะไนย์ (อัตราป่วยต่ำสุด) มีปัจจัยด้านพฤติกรรม การดูแลสิ่งแวดล้อมที่คล้ายกันได้แก่ มีการคว่ำภาชนะที่ไม่ใช้ประโยชน์ การนอน

ในมุ้งหรือห้องที่มีมุ้งลวดทั้งกลางวันและกลางคืน การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้าน และบริเวณโดยรอบอย่างต่อเนื่อง และการเลี้ยงปลาหางนกยูงในภาชนะที่มีน้ำขังในบ้าน หรือนอกบ้าน เช่น โอ่งน้ำ ถังน้ำ อ่างน้ำ และการล้างและเปลี่ยนน้ำ ในแจกันดอกไม้ ขวดจันรองตุ๊กกับข้าว หรือภาชนะต่าง ๆ ที่ต้องแช่น้ำเป็นประจำทุก 7 วัน สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของอรนุช พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์, วันชัย ธรรมสังการ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกและพื้นที่ที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกคล้ายคลึงกัน ได้แก่ การใช้มือตบหรือตียุง เปิดพัดลมไลยุงจุดยากันยุง และให้เด็กนอนในมุ้ง นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยวิธีทางเคมีภาพ คือ การกำจัดลูกน้ำยุงลายโดยการใส่ทรายที่มีฟอส และเมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลคลองพระอุดมและตำบลบางตะไนย์ พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมของประชาชนตำบลคลองพระอุดมไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก และปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมของประชาชนตำบลบางตะไนย์มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จะเห็นได้ว่าตำบลบางตะไนย์ซึ่งเป็นตำบลที่พบโรคต่ำ ประชาชนจะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อม และการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยตนเอง ในขณะที่ประชาชนในตำบลคลองพระอุดมยังไม่เห็นความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมและการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยตนเอง โดยมองว่าการป้องกันโรคเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข หรือหน่วยงานราชการเพียงอย่างเดียว ทำให้การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ประสบความสำเร็จและยังคงมีการระบาดอย่างต่อเนื่อง

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในตำบลคลองพระอุดม (อัตราป่วยสูงสุด) และกลุ่มตัวอย่างในตำบลบางตะไนย์ (อัตราป่วยต่ำสุด) ประชาชนทั้ง 2 ตำบล มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ตำบลคลองพระอุดม พบว่า มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเท่ากับ 3.08 โดยได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์มากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของธฤตา ชุนกอง⁽⁷⁾ ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนจัดตั้งเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนส่วนใหญ่แหล่งข้อมูลที่ประชาชนได้รับมากที่สุด ได้แก่ โทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 69.7 และผลการศึกษาของนันทน์ภัส โตศรีบรรเจิด⁽⁵⁾ ศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน จังหวัดนนทบุรี : ศึกษากรณีตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุดและอัตราป่วยต่ำสุด จังหวัดนนทบุรี พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารของตำบลที่พบโรคสูงส่วนใหญ่ได้จากโทรทัศน์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพของประชาชนในตำบลที่พบโรคสูงนั้น เป็นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อแบบทางเดียวโดยไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. เข้ามาอธิบายวิธีการดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก เมื่อเกิดข้อสงสัยประชาชนไม่สามารถซักถามได้ ทำให้ประชาชนไม่เห็นความสำคัญ และเกิดการปฏิบัติน้อย ส่วนตำบลบางตะไนย์ ซึ่งเป็นตำบลที่พบโรคต่ำ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเท่ากับ 3.20 เป็นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากที่สุด จะเห็นได้ว่าตำบลที่พบโรคต่ำนั้นได้รับคำแนะนำ และการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ซึ่งเป็น

บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ และผ่านการฝึกอบรมในเรื่องของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมาเป็นอย่างดี จึงทำให้สามารถให้ความรู้และอธิบายกลวิธีในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ รวมไปถึงการแนะนำวิธีการใช้วัสดุสิ่งของในการป้องกันไข้เลือดออก เช่น โลชั่นกันยุงที่มีฟอส เป็นต้น นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการเอาใจใส่ในด้านการดูแลสภาพแวดล้อมในชุมชนไปพร้อม ๆ กันอีกด้วย

การสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในตำบลคลองพระอุดม (อัตราป่วยสูงสุด) โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในตำบลบางตะไนย์ (อัตราป่วยต่ำสุด) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.6 จะเห็นได้ว่าตำบลคลองพระอุดมได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าตำบลบางตะไนย์ โดยข้อที่ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด คือ การได้รับหนังสือเอกสารเกี่ยวกับการเรียนรู้วิธีการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเนื่องจากเป็นตำบลที่มีการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงทำให้หน่วยงานต่างๆ เข้าไปช่วยเหลือและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรนุช พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์, วันชัย ธรรมสังการ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนกรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์ อำเภอเมืองจังหวัดสตูล พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก แตกต่างจากพื้นที่ที่ไม่มีมีการระบาดของไข้เลือดออก เนื่องจากทางสถานีอนามัยและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เห็นว่าเป็นพื้นที่ที่จะต้องได้รับการแก้ไขปัญหาด้านการป้องกันโรคอย่างเร่งด่วนจึงได้ตั้งงบประมาณสนับสนุน ส่วนตำบลบางตะไนย์ซึ่งเป็นตำบลที่พบโรคต่ำโดยการสนับสนุนที่ได้รับมากที่สุด คือ ได้รับแจกทรายที่มีฟอส เพื่อใส่ในน้ำขังภายในบ้าน และบริเวณรอบๆ บ้าน ซึ่งเห็นได้ว่าทั้ง 2 ตำบล ได้รับ

การสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน เนื่องจากปัจจุบันตำบลบางตะไนย์ ยังคงมีบริบทพื้นที่ที่เป็นชนบท ลักษณะการอยู่อาศัยยังเป็นแบบพื้นห้อง ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีการทำกิจกรรมร่วมกันอยู่ตลอดเวลา ส่วนตำบลคลองพระอุดมเริ่มเปลี่ยนจากชนบทเป็นเขตเมือง คือ มีหมู่บ้านจัดสรร คอนโด และอพาร์ทเมนท์เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากทำให้มีประชากรมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่เพียงพอ และเข้าถึงประชาชนได้ยาก เป็นเหตุทำให้เกิดโรคได้ และที่สำคัญคือลักษณะการอยู่อาศัยที่เปลี่ยนไป ซึ่งต่างจากเดิมเป็นอย่างมาก คือ ประชาชนต่างคนต่างอยู่ ไม่ค่อยมีสัมพันธภาพต่อกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าทั้ง 2 ตำบล มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงผา วานิชรักษ์⁽⁶⁾ ที่ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก โดยสรุปว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมเป็นผลมาจากการศึกษาด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราตลอดเวลา” และแรงสนับสนุนทางสังคม คือ สิ่งที่ได้รับรับจากผู้ให้การสนับสนุน ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสนับสนุนอารมณ์และจิตใจ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา ทำให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลคลองพระอุดมและตำบลบางตะไนย์มีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลคลองพระอุดม โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการร่วม

ดำเนินการปฏิบัติ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พูนสุข ช่วยทอง, บันเทิง สุพรรณ, เปรมวดี คฤหเดช⁽⁹⁾ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 46.2 โดยมีการร่วมปฏิบัติกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับดีมากที่สุดในขณะที่การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบางตะไนย์ ซึ่งเป็นตำบลที่มีอัตราป่วยต่ำสุดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าตำบลคลองพระอุดมที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ประชาชนตำบลบางตะไนย์มีส่วนร่วมมากที่สุดในการร่วมวางแผนดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ต่างจากตำบลคลองพระอุดมที่มีส่วนร่วมที่สุดในด้านการร่วมดำเนินการปฏิบัติ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จะเห็นได้ว่าประชาชนในตำบลบางตะไนย์มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนดำเนินงานซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญขั้นแรก และเป็นกระบวนการที่ประชาชนในชุมชนได้ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และรู้สึกมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ จึงทำให้มีแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติในชุมชนอย่างแท้จริงมากกว่าตำบลคลองพระอุดมที่ส่วนใหญ่ร่วมดำเนินการปฏิบัติ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากกว่าการร่วมวางแผน สอดคล้องกับ ถวิลวดี บุรีกุล⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวไว้ว่าการมีส่วนร่วมจะต้องเป็นกระบวนการดำเนินการอย่างแข็งขัน ซึ่งหมายถึง บุคคลหรือกลุ่มที่มีส่วนร่วมได้เป็นผู้มีความคิดริเริ่มและได้มุ่งใช้ความพยายาม ตลอดจนความเป็นตัวของตัวเอง ที่จะดำเนินการตามที่ริเริ่มนั้น จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนถือเป็นหัวใจสำคัญหรือเป็นองค์ประกอบที่ขาดไม่ได้และสอดคล้องกับ จินตวีร์ เกษมศุข⁽¹¹⁾ ที่สรุปว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นไม่ว่าจะเป็นระดับครอบครัว

ระดับชุมชน หรือระดับประเทศนั้น ถือเป็นกระบวนการที่ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศในปัจจุบัน เพราะจะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของการพัฒนาวางแผนโครงการพัฒนาต่าง ๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของและยินยอมปฏิบัติตามได้อย่างสมัครใจ และเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การพัฒนาเป็นไปในแนวทางที่สนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนถือเป็นหัวใจสำคัญหรือเป็นองค์ประกอบที่ขาดไม่ได้และจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งการมีส่วนร่วมจะก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพัน รู้สึกเป็นเจ้าของมากขึ้น จนทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษา

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเข้าไปทำกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนให้มากขึ้น เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติ การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ จิตอาสา และ อสม. เข้าไปณรงค์หรือทำกิจกรรมในชุมชนเพื่อแจกสิ่งของเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่ไม่มีเจ้าของบ้านอยู่นั้น ให้นำสิ่งของและคำแนะนำหรือคำอธิบายเกี่ยวกับการใช้ใส่ไว้ด้วยกันและนำไปแขวนไว้ตรงประตูรั้วบ้าน หรือฝากไว้กับเพื่อนบ้านข้างๆ เพื่อให้เจ้าของบ้านรับรู้เข้าสารนั้นครบถ้วน และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงปัจจัยและสาเหตุเชิงลึกที่ประชาชนไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการแนะนำการป้องกันโรคไข้เลือดออก
2. ควรจะศึกษาถึงปัญหาในการประชาสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่และปัญหาในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน
3. ควรศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี. รายงานสถานการณ์ไข้เลือดออก ประจำปี 2558. นนทบุรี; 2558.
2. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ด. รายงานสถานการณ์ไข้เลือดออก ประจำปี 2558. นนทบุรี; 2558.
3. วิชัย ฉัตรธนาวิ และคณะ. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลศิริราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2545 ; 11 : 3
4. คณาจารย์มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. สถิติเบื้องต้นและการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. จังหวัดพระนครศรีอยุธยา: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2553.
5. นันทน์ภัส โตศรีบรรเจิด. ศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน จังหวัดนนทบุรี:ศึกษากรณีตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุดและอัตราป่วยต่ำสุด จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาลังคม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2555: 103-109.
6. อรณัฐ พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์, วันชัย ธรรมสังการ. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: หมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล. สงขลา นครินทร์เวชสาร ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 ม.ค.-ก.พ. 2552: 85.
7. ธฤตา ชุนกอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในชุมชนจัดตั้งเขตสายไหมกรุงเทพมหานคร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 ปีที่ 19 ; ฉบับที่ 1 ม.ค.-เม.ย. 2558: 15.
8. ดวงผา วานิชรักษ์. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษาสุขภาพ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2545.
9. พูนสุข ช่วยทอง, บันทิง สุพรรณ, เปรมวดี คฤหเดช. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารเกื้อการุณย์ ปีที่ 20 ; ฉบับที่ 2 ก.ค.-ธ.ค. 2556: 62.
10. ถวิลวดี บุรีกุล. การมีส่วนร่วม : แนวคิด ทฤษฎี และกระบวนการ. กรุงเทพฯ : สถาบันพระปกเกล้า; 2548.
11. จินตวีร์ เกษมศุข. การสื่อสารกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.

การศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนจังหวัดปทุมธานี ปี 2558
The Study of Behaviors Related to HIV Infections in Students, Pathumthani Province, 2015

ทรศน์พร ไหมสมบุญ¹

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

Tadsaporn Maisombun¹

¹Pathumthani Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน จังหวัดปทุมธานี ปี 2558 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีอาศัยหลักความน่าจะเป็น ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,552 คน เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบหาความสัมพันธ์โดยใช้เพียร์สันไคล์แควร์

ผลการศึกษาพบว่า เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 1,658 คน มัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 1,640 คน และอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 จำนวน 254 คน รวมจำนวน 3,552 คน ส่วนใหญ่พักอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 72.2, 69.0 และ 70.1 ตามลำดับ เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 5.2, 22.19 และ 61.8 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคนรักโดยที่เพศชายใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 77.5, 60.6, 47.6 ครั้งล่าสุดมีเพศสัมพันธ์กับคนรักมีการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 66.7, 60.3 และ 53.7 มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ พบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 100, 100 และ 77.8 กับหญิงอื่นมีการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 80.0, 79.6 และ 86.2 และกับเพศเดียวกัน ใช้ร้อยละ 75.0, 54.5 และ 74.1 ตามลำดับ เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 16.3, 20.1 และ 46.8 พบว่าดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 43.8, 66.2 และ 77.9 ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 10.5, 10.7 และ 22.9 ตามลำดับ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ร้อยละ 11.7, 22.2 และ 31.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าไม่เสี่ยงเลย ร้อยละ 64.5, 66.2 และ 49.6 ตามลำดับ โดยสรุปพบว่าเพศ ระดับชั้น การมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ และความรู้ มีความสัมพันธ์กับการประเมินความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและรณรงค์การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเพิ่มการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

คำสำคัญ : พฤติกรรมเสี่ยง, การติดเชื้อเอชไอวี, นักเรียน

Abstract

The study of behaviors related to HIV infection was conducted among students in following grade level: M.2, M.5 and 2nd year of vocational school in Pathumthani Province in 2015. A total of 3,552 students were enrolled by probability sampling. Data were collected by handheld device and analyzed by SPSS for Windows. Statistics used in the analysis were percentage, mean and Pearson's Chi-square test for association.

The study findings revealed 3,552 participants including 1,658, 1,640 and 254 students in M.2, M.5 and 2nd year of vocational school, respectively. The majority of respondents lived with their parents for 72.2, 69.0 and 70.1 percent and they have had sexual intercourse for 5.2, 22.19 and 61.8 percent, respectively. The percentage of their first sexual intercourse with lovers and condom use were 77.5, 60.6 and 47.6 percent. The last sexual intercourse with their lovers and condom use were 66.7, 60.3 and 53.7 percent, respectively. Percentage of condom use when having sexual intercourse with sex workers were 100, 100 and 77.8 percent, condom use with other kinds of partner were 80.0, 79.6 and 86.2 percent and condom use with men who have sex with men (MSM) were 75.0, 54.5 and 71.4 percent, respectively. Respondents who ever used addictive substance accounted for 16.3, 20.1 and 46.8 percent and alcohol drinker accounted for 43.8, 66.2 and 77.9 percent, respectively. Regarding their last sexual intercourse, 10.5, 10.7 and 22.9 percent reported alcohol drinking before having sex with their partners. The knowledge about HIV was identified in 11.7, 22.2 and 31.1 percent as well as their perception as no risk of HIV infection was 64.5, 66.2 and 49.6 percent, respectively.

In conclusion, factors related to assessment of risk for HIV infection were sex, grade level, sexual intercourse, addictive substance, alcohol use and knowledge ($p < 0.05$). Use of addictive substance was associated with condom use at last sexual intercourse. Recommendations include health education for safe sex and increase risk communication for behavior change toward proper sex.

Keyword : Risk behavior, HIV Infection, Student

บทนำ

โรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจ และเป็นปัญหาเรื้อรังที่มีใช้การเจ็บป่วยเท่านั้น หากแต่เกี่ยวเนื่องกับวิถีชีวิตของบุคคลและสังคมโดยรวม ข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาบ่งชี้ว่า อัตราการลดลงของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในภาพประเทศลดลง แต่ผลการสำรวจพฤติกรรมในเยาวชนพบว่า อัตราการมีเพศสัมพันธ์หลายคนและมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันเพิ่มขึ้น รวมทั้งสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบ

สัดส่วนสูงสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี⁽¹⁾ เยาวชนและวัยรุ่นเป็นวัยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างสูงเนื่องจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ขาดทักษะการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง มีการใช้สารเสพติดรวมทั้งไม่สามารถประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองได้⁽²⁾ จากข้อมูลจากการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ. 2556 ในกลุ่มโลหิตบริจาคที่เป็นนักเรียนและนักศึกษาพบการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของปี 2551⁽³⁾ สำหรับสถานการณ์โรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี จังหวัดปทุมธานี มีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 17.18 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 เป็น 62.8 ในปี 2557⁽⁴⁾ และข้อมูลจากระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้่วยเอดส์แห่งชาติ (Nation Aids Program : NAP) อัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี ตั้งแต่ปี 2555-2557 มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน โดยอัตราการติดเชื้อในเพศชายเท่ากับ ร้อยละ 0.6, 2.8 และ 4.6 เพศหญิง 2.9, 4.7 และ 5.1 ตามลำดับ⁽⁵⁾ จังหวัดปทุมธานีเป็นจังหวัดในเขตปริมณฑลที่มีลักษณะเป็นเขตเมืองมีนิคมอุตสาหกรรมมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ ตลอดจนสถานประกอบการที่เป็นแหล่งบันเทิงอยู่ใกล้สถานศึกษาต่างๆ รวมทั้งมีพื้นที่ติดกับกรุงเทพมหานคร การคมนาคมที่สะดวกรวดเร็ว ทำให้มีการเคลื่อนย้ายของประชากรอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเยาวชนและนักเรียนที่อยู่ในวัยอยากรู้อยากลองสามารถเข้าถึงบริการจากสถานบันเทิงต่างๆ ที่เป็นแหล่งยั่วยักได้ง่าย จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ควรกระทำ โดยต้องทำความเข้าใจกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น ซึ่งเป็นนักเรียน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากลยุทธ์และรูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงรวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จึงได้ศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนจังหวัดปทุมธานีปี 2558 เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและแก้ไขปัญหาาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ในด้านต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันการตั้งครรภ์ การใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่

ความรู้/ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการเก็บข้อมูลจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาปทุมธานี เขต 1 / เขต 2 และนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน ในจังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2558 จำนวน 20 โรงเรียน รวม 3,552 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามสำเร็จรูปในโปรแกรมคอมพิวเตอร์มือถือ (Smart Phone) ข้อคำถามมี 5 ส่วน ประกอบด้วย 1. ข้อมูลทั่วไป 2. พฤติกรรมทางเพศ 3. พฤติกรรมการใช้สารเสพติด สารมึนเมา แอลกอฮอล์และบุหรี่ 4. การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และ 5. ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง สุ่มเลือกตัวอย่างด้วยวิธีอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ค่าสถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบหาความสัมพันธ์โดยใช้เพียร์สันไคล์แควร์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่าเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 1,658 คน เพศชายร้อยละ 48.8 เพศหญิงร้อยละ 51.2 ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.2 พักกับบิดามารดา สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน

1,640 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.1 เพศหญิง ร้อยละ 59.9 พักกับบิดามารดา ร้อยละ 69.0 และนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จำนวน 254 คน เป็นเพศชายร้อยละ 67.7 เพศหญิงร้อยละ 32.3 พักกับบิดามารดา ร้อยละ 70.1 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2558/จำนวน (ร้อยละ)

รายการ	มัธยมศึกษาปีที่ 2			มัธยมศึกษาปีที่ 5			อาชีวศึกษา ปีที่ 2		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
จำนวนนักเรียน	809 (48.8)	849 (51.2)	1,658 (100)	657 (40.1)	983 (59.9)	1,640 (100)	172 (67.7)	82 (32.2)	254 (100)
พักอาศัยกับ									
- บิดาและมารดา	625 (77.2)	572 (70.7)	1,197 (72.2)	443 (67.4)	689 (70.1)	1,132 (69.0)	124 (72.8)	54 (65.9)	178 (70.1)
- บิดาหรือมารดา คนเดียว/ญาติ	168 (20.8)	212 (24.9)	380 (22.9)	178 (27.1)	269 (27.4)	447 (27.3)	33 (19.2)	23 (28.0)	56 (22.0)
- อื่น ๆ	16 (1.9)	65 (7.6)	81 (4.9)	36 (5.5)	25 (2.5)	61 (3.7)	15 (8.7)	5 (6.1)	20 (7.9)

2. การมีเพศสัมพันธ์

2.1 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 1,658 คน ตอบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ 86 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 13 ปี โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคนรัก (เพศชาย ร้อยละ 90.0 เพศหญิง ร้อยละ 93.5) ใช้ถุงยางอนามัย (เพศชาย ร้อยละ 77.5 เพศหญิง ร้อยละ 34.8) ครั้งล่าสุดมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก ใช้ถุงยางอนามัย (เพศชาย ร้อยละ 66.7 เพศหญิง ร้อยละ 64.3) เพศชายใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดกับหญิงขายบริการ ร้อยละ 100 กับหญิงอื่น ร้อยละ 80.0 และกับเพศเดียวกัน ร้อยละ 75.0 เพศหญิงครั้งล่าสุดมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 28.6 มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน (เพศชาย ร้อยละ 2.7 เพศหญิง ร้อยละ 7.1)

2.2 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 1,640 คน เคยมีเพศสัมพันธ์ 364 คน คิดเป็น ร้อยละ

22.19 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเฉลี่ย 15 ปี โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคนรัก (เพศชาย ร้อยละ 86.7 เพศหญิง ร้อยละ 96.6) ใช้ถุงยางอนามัย (เพศชาย ร้อยละ 77.5 เพศหญิง ร้อยละ 34.8) ครั้งล่าสุดมีเพศสัมพันธ์กับคนรักใช้ถุงยางอนามัย (เพศชาย ร้อยละ 60.3 เพศหญิง ร้อยละ 60.0) เพศชายใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดกับหญิงขายบริการ ร้อยละ 100 กับหญิงอื่น ร้อยละ 79.6 และกับเพศเดียวกัน ร้อยละ 54.5 เพศหญิงครั้งล่าสุดมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 29.4 มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน (เพศชาย ร้อยละ 2.5 เพศหญิง ร้อยละ 1.9)

2.3 นักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 จำนวน 254 คน เคยมีเพศสัมพันธ์ 157 คน ร้อยละ 61.8 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเฉลี่ย 15 ปี โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคนรัก (เพศชาย ร้อยละ 95.1 เพศหญิง ร้อยละ 96.3)

ใช้ถุงยางอนามัย (เพศชาย ร้อยละ 47.6 เพศหญิง ร้อยละ 44.4) ครั้งล่าสุดมีเพศสัมพันธ์กับคนรักใช้ถุงยางอนามัย (เพศชาย ร้อยละ 53.7 เพศหญิง ร้อยละ 33.3) เพศชายใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดกับหญิงขายบริการ ร้อยละ 77.8 กับหญิงอื่น ร้อยละ 86.2 และกับเพศเดียวกัน ร้อยละ 71.4 เพศหญิงครั้งล่าสุดมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 13.8 มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน (เพศชาย ร้อยละ 6.7 เพศหญิง ร้อยละ 5.8) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2558/จำนวน (ร้อยละ)

พฤติกรรมการณ์มีเพศสัมพันธ์	มัธยมศึกษาปีที่ 2		มัธยมศึกษาปีที่ 5		อาชีวศึกษา ปีที่ 2	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
จำนวนนักเรียนที่ตอบแบบสอบถาม	809 (48.8)	849 (51.2)	657 (40.1)	983 (59.9)	172 (67.7)	82 (32.3)
เคยมีเพศสัมพันธ์	40 (4.7)	46 (5.7)	188 (28.6)	176 (17.9)	103 (59.9)	54 (65.9)
อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี)	13	13	15	15	15	15
มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับ						
- พนักงานบริการ	0		14 (7.5)		1 (1.0)	
- แฟนหรือคูรักเพศชาย	2 (5.0)	43 (93.5)	0	170 (96.6)	1 (1.0)	52 (96.3)
- แฟนหรือคูรักเพศหญิง	36 (90.0)		163 (86.7)		98 (95.1)	
- ผู้ชายอื่น/หญิงอื่น	2 (5.0)	0	3 (1.6)	4 (2.3)	2 (2.0)	2 (3.7)
ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	31 (77.5)	16 (34.8)	114 (60.6)	111 (63.1)	49 (47.6)	4 (44.5)
ใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดกับ						
พนักงานบริการ	2(100)		13(100)		7(77.8)	
แฟน หรือคนรัก	12(66.7)	9 (64.3)	38(60.3)	45(60.0)	22 (53.7)	7(33.3)
คูที่รู้จักกันผิวเผิน(หญิง/ชายอื่น)	8(80.0)	2(28.6)	43(79.6)	5(29.4)	25(86.2)	4(13.8)
เพศเดียวกัน	3(75.0)		6(54.5)		5(71.4)	
มีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน	1(2.7)	3(7.1)	4(2.5)	3(1.9)	6(6.7)	3(5.8)

3. การป้องกันการตั้งครรภ์

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 พบว่ามีการป้องกันการตั้งครรภ์ ร้อยละ 77.2 โดยใช้ถุงยางอนามัย (เพศชาย ร้อยละ 67.9 เพศหญิง ร้อยละ 54.5) ยาคุมฉุกเฉิน (เพศชาย ร้อยละ 10.7 เพศหญิง ร้อยละ 39.4) และยาเม็ดคุมกำเนิด (เพศชาย ร้อยละ 32.1 เพศหญิง ร้อยละ 45.5) ตามลำดับ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีการป้องกันการตั้งครรภ์ ร้อยละ 68.9 (เพศชาย ร้อยละ 74.1 เพศหญิง ร้อยละ 67.8) โดยใช้ถุงยางอนามัย (เพศชาย ร้อยละ 74.1 เพศหญิง ร้อยละ 67.8) ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน (เพศชาย ร้อยละ 29.3 เพศหญิง ร้อยละ 38.0) หลังภายนอก (เพศชาย ร้อยละ 33.1 เพศหญิง ร้อยละ 29.1) และยาเม็ดคุมกำเนิด (เพศชาย ร้อยละ 21.6 เพศหญิง ร้อยละ 28.1) ตามลำดับ นักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 มีการป้องกันการตั้งครรภ์ ร้อยละ 70.6 (เพศชาย ร้อยละ 44.6 เพศหญิง ร้อยละ 77.6) โดยใช้ถุงยางอนามัย (เพศชาย ร้อยละ 63.9 เพศหญิง

ร้อยละ 63.9) ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน (เพศชาย ร้อยละ 31.9 เพศหญิง ร้อยละ 38.9) หลังภายนอก (เพศชาย ร้อยละ 31.9 เพศหญิง ร้อยละ 36.1) และยาเม็ดคุมกำเนิด (เพศชาย ร้อยละ 25.0 เพศหญิง ร้อยละ 38.9) ตามลำดับ

4. พฤติกรรมการใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์และบุหรี

ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 16.3, 20.1 และ 46.8 ตามลำดับ ประเภทที่ใช้ได้แก่ ัญชา ร้อยละ 20.2, 41.6 และ 61.3 ยาแก้ไอ ร้อยละ 58.5, 51.9 และ 39.5 ยาไอซ์ ร้อยละ 3.7, 5.8 และ 5.0 ยาบ้า ร้อยละ 2.2, 2.7 และ 8.4 ตามลำดับ ต้มเครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 43.8, 66.2 และ 77.9 ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ต้มเครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 10.5, 10.7 และ 22.9 เคยสูบบุหรี ร้อยละ 9.9, 13.3 และ 40.6 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์และบุหรี ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2558

การใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์และบุหรี	มัธยมศึกษาปีที่ 2		มัธยมศึกษาปีที่ 5		อาชีวศึกษา ปีที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาใช้สารเสพติด	270	16.3	329	20.1	119	46.8
1. ัญชา	56	20.7	137	41.6	73	61.3
2. ยาแก้ไอ	158	58.5	171	51.9	47	39.5
3. เฮโรอีน	10	3.7	9	2.7	2	1.6
4. ยาบ้า	6	2.2	23	6.9	10	8.4
5. ยาไอซ์	10	3.7	19	5.8	6	5.0
ต้มเครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์	727	43.8	1,085	66.2	198	77.9
ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดต้มเครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์	9	10.5	39	10.7	36	22.9
เคยสูบบุหรี	165	9.9	218	13.3	103	40.6

5. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการประเมินความเสี่ยงของตนเอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 พบว่าตอบคำถามถูกต้อง 5 ข้อ ตามเกณฑ์ของ Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR) (ข้อที่ 1-5) เฉลี่ยร้อยละ 11.7, 22.2 และ 31.1 ตามลำดับ ตอบถูกทุกข้อ เฉลี่ย

ร้อยละ 4.9, 12.0 และ 5.1 ตามลำดับ คำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ ร้อยละ 92.5, 92.5 และ 87.4 ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ คนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 46.3, 49.1 และ 64.4 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2558

ความรู้เรื่องโรคเอดส์	มัธยมศึกษาปีที่ 2		มัธยมศึกษาปีที่ 5		อาชีวศึกษา ปีที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่เป็นผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์และไม่มีคู่นอนคนอื่นลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้	1,261	76.1	1,375	83.8	203	79.9
2. การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้	1,533	92.5	1,517	92.5	222	87.4
3. คนที่ดูสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีมีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้	878	52.9	1,226	74.8	166	65.4
4. คนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้จากการถูกยุงกัด	1,286	77.6	1,115	68.0	205	80.7
5. คนติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	767	46.3	805	49.1	166	64.4
6. โรคเอดส์เป็นแล้วรักษาให้หายขาดได้	1,368	82.5	1,364	83.2	208	81.9
7. ยาคุมฉุกเฉินใช้ป้องกันโรคเอดส์ได้	1,374	82.9	1,526	93.0	221	87.0
8. โรคเอดส์สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน	1,014	61.2	1,133	69.1	106	41.7
9. การล้างอวัยวะเพศหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	978	59.0	1,087	66.3	122	48.0
ตอบข้อที่ 1-5 ได้ถูกต้อง (ตามเกณฑ์ของ GARPR)	194	11.7	364	22.2	79	31.1
ตอบถูกทั้ง 9 ข้อ	81	4.9	197	12.0	13	5.1

ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ตอบว่าไม่เสี่ยงเลย ร้อยละ 64.5, 66.2

และ 49.6 ตามลำดับ เสี่ยงเล็กน้อย ร้อยละ 22.9, 23.0 และ 26.4 เสี่ยงค่อนข้างมาก ร้อยละ 3.7, 2.4 และ 6.3 เสี่ยงมาก ร้อยละ 2.4, 0.7 และ 3.5 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ.2558

ระดับความคิดเห็น	มัธยมศึกษาปีที่ 2		มัธยมศึกษาปีที่ 5		อาชีวศึกษา ปีที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เสี่ยงเลย	1,069	64.5	1,085	66.2	126	49.6
เสี่ยงเล็กน้อย	379	22.9	378	23.0	67	26.4
เสี่ยงปานกลาง	109	6.6	126	7.7	36	14.2
เสี่ยงค่อนข้างมาก	61	3.7	40	2.4	16	6.3
เสี่ยงมาก	40	2.4	11	0.7	9	3.5
รวม	1,658	100	1,640	100	254	100

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้น การพักอาศัย การมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้กับการประเมินความเสี่ยง โดยมีสมมติฐานความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่า เพศ ระดับชั้น การมีเพศ

สัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับการประเมินความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับการพักอาศัยไม่มีความสัมพันธ์ รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการประเมินความเสี่ยง ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ 2558

รายการ	ระดับความเสี่ยง			x ²	df	p-value
	ไม่เสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)	เสี่ยงเล็กน้อยและปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	เสี่ยงค่อนข้างมากและเสี่ยงมาก จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ				20.244	2	.000*
ชาย	1,013 (44.4)	571 (52.1)	94 (53.1)			
หญิง	1,267 (55.6)	524 (47.9)	83 (46.9)			
ระดับชั้น				45.944	4	.000*
มัธยมศึกษาปีที่ 2	1,069 (46.9)	488 (44.6)	101 (57.1)			
มัธยมศึกษาปีที่ 5	1,085 (47.6)	504 (46.0)	51 (28.8)			
อาชีวศึกษาปีที่ 2	126 (5.5)	103 (9.4)	25 (14.1)			
การมีเพศสัมพันธ์				65.375	2	.000*
เคย	303 (13.3)	265 (24.2)	39 (22.0)			
ไม่เคย	1,977 (86.7)	830 (75.8)	138 (78.0)			
การใช้สารเสพติด				51.673	2	.001*
ใช้	381 (16.7)	299 (27.3)	38 (21.5)			
ไม่ใช้	1,899 (83.3)	796 (72.7)	139 (78.5)			
การดื่มแอลกอฮอล์				47.993	2	.000*
ดื่ม	1,205 (52.9)	714 (65.2)	91 (51.4)			
ไม่ดื่ม	1,075 (47.1)	381 (34.8)	86 (48.6)			

การพักอาศัย				0.925	4	.921
บิดาและมารดา	1,609 (70.6)	780 (71.2)	128 (72.3)			
บิดาหรือมารดา	587 (25.7)	274 (25.0)	41 (23.2)			
คนเดียว/ญาติ อื่น ๆ	84 (3.7)	41 (3.7)	8 (4.5)			
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์				17.961	4	.001*
ตอบถูก1-3ข้อ	399 (17.5)	232 (21.2)	32 (18.1)			
ตอบถูก4-6ข้อ	1,607 (70.5)	766 (70.0)	115 (65.0)			
ตอบถูก7-9ข้อ	274 (12.0)	97 (8.9)	30 (16.9)			

*p<.05

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการดื่ม การใช้สารเสพติด และความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับ แอลกอฮอล์และความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ไม่มีความ การใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด พบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด สัมพันธ์ รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 จังหวัดปทุมธานี พ.ศ. 2558

รายการ	การใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด		x ²	df	p-value
	ใช้ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ใช้ จำนวน (ร้อยละ)			
การดื่มแอลกอฮอล์			1.236	1	.266
ดื่ม	274 (82.0)	174 (85.7)			
ไม่ดื่ม	60 (18.0)	29 (14.3)			
การใช้สารเสพติด			4.641	1	.031*
ใช้	128 (38.3)	97 (47.8)			
ไม่ใช้	206 (61.7)	106 (52.2)			
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์			0.305	2	.858
ตอบถูก 1-3 ข้อ	92 (27.5)	52 (25.6)			
ตอบถูก 4-6 ข้อ	216 (64.7)	136 (67.0)			
ตอบถูก 7-9 ข้อ	26 (7.8)	15 (7.4)			

*p<.05

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ประสพการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 5.2, 22.2 และ 61.8 ตามลำดับอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เท่ากับ 13 ปี ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 เท่ากับ 15 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนายกสกุล⁽⁶⁾ ที่พบว่าอายุเฉลี่ยของเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 9 จังหวัดสงขลา มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 14.89 ปี แสดงให้เห็นถึงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นไปตามลักษณะของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นต้องการความสนุกสนาน อยากรู้ อยากลอง สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ ประสานนันทกิจและคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าสาเหตุการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นและเยาวชน คือ ความอยากรู้อยากลอง และสอดคล้องกับยุพา เสงี่ยมารัสและคณะ⁽⁸⁾ พบว่าสาเหตุที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่เกิดจากความอยากรู้อยากลองเช่นกัน การห้ามมิให้มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องที่ยาก สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาภรณ์ คุณสมบัติคูโบโลซ์⁽⁹⁾ ที่พบว่านักเรียนส่วนใหญ่คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเรียนเป็นเรื่องปกติ แต่เป็นเรื่องไม่สมควรในสายตาผู้ใหญ่ การป้องกันไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ในระหว่างเรียนส่วนใหญ่เห็นว่าห้ามยาก

สำหรับอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคูรักของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ระหว่างร้อยละ 33.3-66.7 สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่าจำนวนน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของนักเรียนใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำ (ร้อยละ 40.63) และสอดคล้องกับวาสนา สุริสาร⁽¹¹⁾ พบว่าส่วนใหญ่การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มคนรักมีอัตรา ร้อยละ 40

และสอดคล้องกับเฟลินพิศ พรหมมะลิและคณะ⁽¹²⁾ ได้วิเคราะห์ ทบทวน สำรอง ความต้องการจำเป็นในการสื่อสารภาพลักษณ์ของถุงยางอนามัยในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคูรักเพียงร้อยละ 50.8 เหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเนื่องมาจากมีความคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์กับคูรักหรือเพื่อนมีความปลอดภัย และการใช้ถุงยางอนามัยไม่เหมาะสมในความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของความรัก เพราะทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน⁽¹³⁾ และวัยรุ่นบางส่วนมีความเห็นว่า การพกถุงยางอนามัยทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนวางแผนที่จะมีเพศสัมพันธ์⁽⁷⁾ ในส่วนของการใช้สารเสพติด สารมึนเมาและแอลกอฮอล์ พบว่า มีการใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ยาบ้า บุหรี่ และยาไอซ์ รวมทั้งดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 10.5, 10.7 และ 22.9 สอดคล้องกับการศึกษาของอารีรัตน์ พันธุ์ทอง⁽¹⁴⁾ พบว่า มีการใช้สารเสพติดในโรงเรียนอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนชายและสารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ บุหรี่และสุรา สาเหตุของการใช้ คือ อยากรู้อยากลอง เพื่อความสนุกสนาน สัมพันธ์กับการศึกษาของคลังพลอย เอื้อวิทยาสุรและอรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์⁽¹⁵⁾ พบว่าทัศนคติในการดื่มสุราเป็นการแสดงออกถึงการเป็นผู้ชาย ช่วยให้เกิดการแสดงออก การดื่มสุราจนเมามายอาจทำให้มีเพศสัมพันธ์ที่ขาดการป้องกันได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ เบ้าคำทองและเอกราช สมบัติสวัสดิ์⁽¹⁶⁾ พบว่านักเรียนที่เคยลองหรือเคยใช้สารเสพติดมีประสบการณ์ร่วมเพศมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยลองหรือเคยใช้สารเสพติด (OR=4.42; 95% CI 1.39-13.12) และนักเรียนที่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีประสบการณ์ร่วมเพศมากกว่านักเรียนที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (OR=11.74; 95% CI 4.72-30.47) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอดส์ตามเกณฑ์ของGAR-PR ยังอยู่ในระดับต่ำ ระหว่างร้อยละ 11.7-31.1 และ

การประเมินความเสี่ยงของตนเองส่วนใหญ่คิดว่าไม่เสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ยกสกุล⁽¹¹⁾ พบว่าความรู้ความตระหนักและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ตอบถูก (5 ข้อ) ร้อยละ 21.9 สอดคล้องกับธัญญาภรณ์ คุณสมบัติ ดุบุโล๊ะ⁽⁹⁾ การตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ตอบข้อที่ 1-5 ทำได้ถูกต้องมีแนวโน้มลดลง สำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับอัจฉราภรณ์ ใจกล้า และพันธนา เฟื่องฟู⁽¹⁷⁾ พบว่าไม่เสี่ยง ร้อยละ 62.3 ไม่น่าใจ ร้อยละ 32.9 และเสี่ยง ร้อยละ 4.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของธนู ทดแทนคุณ และพยุภร พลายุโย⁽¹⁸⁾ พบว่าลักษณะพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นด้านพฤติกรรมเสี่ยงทั่วไป ด้านความเสี่ยงทางเพศ และด้านความเสี่ยงที่เป็นปัญหาสังคม อยู่ในระดับน้อยเช่นกัน สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์การใช้สารเสพติดและความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด พบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์และความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา คำพัฒน์ และณอม นามวงศ์⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด และการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อการมีเพศสัมพันธ์ในรอบปี

จะเห็นได้ว่าการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระดับชั้นที่สูงขึ้น อัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประเภทต่าง ๆ น้อยกว่า ร้อยละ 80 โดยเฉพาะกับแฟนหรือคนรัก ถึงแม้จะมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ ความอยากรู้อยากลอง อาจส่งผลให้เกิดการตั้งครภไม่พร้อมและการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การปรับเปลี่ยนเจตคติต่อการพกถุงยางอนามัย รวมทั้งการให้ข้อมูลเพศศึกษาที่ถูกต้อง เพื่อให้เยาวชนสามารถจัดการและดำเนินชีวิต

อย่างรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น เพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การดำเนินงานดังกล่าวจะประสบผลสำเร็จได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งจังหวัดปทุมธานีเป็นหนึ่งใน 38 จังหวัดที่มีการดำเนินงานในเยาวชน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกอย่างต่อเนื่อง เน้นกิจกรรมการให้บริการเชิงรุก การจัดระบบส่งต่อ การพัฒนาศูนย์บริการที่เป็นมิตรเพื่อบริการปรึกษาและให้คำแนะนำดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน แยกกลุ่มเป้าหมายยังเข้าถึงบริการดังกล่าวไม่ครอบคลุม การขับเคลื่อนงานโดยคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับจังหวัดยังคงมีความสำคัญและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลไกระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้วัยรุ่นปลอดภัยจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่งเสริมให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและรณรงค์การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง เพิ่มการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม
2. พัฒนาและปรับทัศนคติของผู้ปกครองและครูในเรื่องเพศศึกษา ให้เข้าใจวัยรุ่นเพิ่มขึ้นสามารถให้กำลังใจและเป็นที่ยอมรับได้อย่างเหมาะสม
3. สถาบันการศึกษาควรสร้างความเข้าใจกับเยาวชนให้เห็นคุณค่าความเป็นหญิง รักนวลสงวนตัว ส่วนนักเรียนชายปลูกจิตสำนึกความเป็นสุภาพบุรุษไม่เห็นแก่ได้ ไม่เอาเปรียบผู้หญิง สร้างสังคมแห่งการให้เกียรติกันและกัน
4. ท้องถิ่นควรสนับสนุนการจัดโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนที่สามารถนำมาซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชนพึ่งพากันได้ในการดูแลบุตรหลานให้ห่างไกลจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร อาจบูรณาการกับการป้องกันยาเสพติด

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

พรรณพร โหมสมบูรณ์. การศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนจังหวัดปทุมธานี ปี 2558.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ 2559;20(2):หน้า.

Suggested Citation for this Article

Maisombun T. The Study of Behaviors Related to HIV Infections in Students, Pathumthani Province, 2015. ODPC13 Bangkok Journal 2016;20(2):page.

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2557-2559. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับสถานบริการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานผลการดำเนินงานสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2557
- กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดปทุมธานี ปี 2555-2557. เอกสารประกอบการตรวจราชการรอบที่1/2558 ; วันที่ 14-16 กุมภาพันธ์2558
- กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. สถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดปทุมธานี ปี 2558. เอกสารประกอบการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ครั้งที่1/2558; วันที่ 15 กันยายน2558
- วาสนา ยกสกุล . พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของเด็กและเยาวชน ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 9 จังหวัดสงขลา.วารสารโรคเอดส์2554;23(3)
- อนงค์ ประสานวันกิจและคณะ. ความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และรูปแบบพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชน ในสถานศึกษา จังหวัดสงขลา. สงขลานครินทร์เวชสาร.2552 : 27(5) : 369-380
- ยุพา เสงจำรัส, กุลธิดา เชิงฉลาดและคณะ. การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารวิชาการสถาบันการพลศึกษา2556;5(3):2-14
- ธัญญาภรณ์ คุณสมบัติ ดุบุโลซ์.พฤติกรรมที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนสตรีจังหวัดลพบุรี พ.ศ. 2548-2554 วารสารโรคเอดส์ 2555;24(2):81-89
- จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์และคณะ. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในอำเภอบ้านฝางจังหวัดอุดรธานี. วารสารก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์ 2556 ; 13(1) : 172-184
- วาสนา สุริสาร และคณะ. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียนหนองตอกแป้นวิทยาและโรงเรียนคาไฮวิทยา ตำบลหนองตอกแป้น อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.2552-2553;2(3):18-23
- เพลินพิศ พรหมมะลิและคณะ. การวิเคราะห์ทัศนคติ สำนวน สำนวน ความต้องการจำเป็นในการสื่อสารภาพลักษณ์ของอุ้งยงอนามัยในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย.ใน:ชญาภา ไตรวิชัยสกุล, สมโภชน์ ป้องกัน, สรวุฒิ ทองกลิ่น, สีขาว กันทมาลา, เดชวัตร สอนดี, บรรณาธิการ.การสัมมนา

- ระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 14 และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557. หน้า 104
13. ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์และคณะ. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศวัยรุ่นหญิง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2550;25(6):511-19
 14. อารีรัตน์ พันธุ์ทอง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของนักเรียน จังหวัดปทุมธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 552; (13):158-160
 15. คลังพลอย เอื้อวิทยาศุภกร และอรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. 2554:1-10 สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2558. <http://journal.knc.ac.th>.
 16. จุฑามาศ เบ้าคำกอง และเอกราช สมบัติสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิง ชั้น ม.5 และนักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 จังหวัดปทุมธานี ปี 2557. วารสารโรคเอดส์ 2557-2558:27(1):45-55
 17. อัจฉราภรณ์ ใจกล้า และพันธนา เฟื่องฟู. ผลการให้ความรู้เรื่องเอชไอวีแก่นักเรียนมัธยมศึกษาอำเภอเชียงคำโดยวิธีกระบวนการกลุ่มปี 2557. ใน:ชญาภา ไตรวิษณุสกุล, สมโภชน์ ป้องกัน, สรวุฒิ ทองกลิ่น, ลีซ่า กันทมมาลา, เดชวัตร สอนดี, บรรณาธิการ. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 14 และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557. หน้า117
 18. ธนุทดแทนคุณ และพวงพร พลายไย. การใช้ชีวิตของวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี ที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเอดส์ในเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1. 2552 ; 13(2):98-100
 19. สุกัญญา คำพัฒน์ และณอม นามวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนชั้น ม. 5 จังหวัดยโสธร. ใน : ชญาภา ไตรวิษณุสกุล, สมโภชน์ ป้องกัน, สรวุฒิ ทองกลิ่น, ลีซ่า กันทมมาลา, เดชวัตร สอนดี, บรรณาธิการ. การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 14 และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ; 2557. หน้า128

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ

คณะที่ปรึกษา

รอ.นพ.โอภาส พุฒิปิพัฒน์

นพ.วินัย วุฒิวิโรจน์

บรรณาธิการ

ดร.นพ.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

กองบรรณาธิการ

นางรุจิรา ตระกูลพั้ว

นางลดาวัลย์ สวณงาม

น.ส.วิจักขณา หุตานนท์

นายสืบสกุล สากลวารี

นางวิภา เอื้อสมานจิต

นางศรินทร สนธิศิริกฤตย์

นายอมรชัย ไตรคุณากรวงศ์

นางตรีอมร วิสุทธิศิริ

คณะจัดการ

นางฟารีดะห์ มุหาหมัด

น.ส.จอมเทียน พวงดอก

นางอรนงค์ คงเรือง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคและองค์กรอื่นๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างนักวิชาการหรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ ทางคณะกรรมการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

การรับเรื่องต้นฉบับ เรื่องที่รับไว้ คณะกรรมการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ เรื่องที่ไม่ได้พิจารณา ลงพิมพ์คณะกรรมการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน การเตรียมบทความลงพิมพ์มีคำแนะนำดังนี้ บทความที่ส่งลงพิมพ์ความยาวไม่เกิน 6 – 8 หน้า ใช้ตัวอักษร Cordia New ขนาด 14 point การเตรียมบทความลงพิมพ์

- 2.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.2 ชื่อผู้เขียน มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.3 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด และชัดเจน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
 - 2.4 บทคัดย่อ การย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นร้อยแก้ว เพียงหนึ่งย่อหน้า ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และอภิปรายหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.5 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษา ค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 2.6 วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
 - 2.7 ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์
 - 2.8 อภิปรายหรือข้อเสนอแนะ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย
 - 2.9 สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวข้องการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบการอ้างอิงระบบ Vancouver

ความรับผิดชอบ

บทความที่พิมพ์ในวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัยและวิเคราะห์ ตลอดจนเห็นส่วนตัวของผู้เขียนเอง ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ หรือคณะกรรมการ แต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ เลขที่ 24/56 ถ.พหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ 10220 โทร. 02972-9606 , 02521-1668 โทรสาร 02972-9606 ต่อ 22 , 02521-1665

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

ในการอ้างอิงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงถึงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเรื่องนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ () ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน

เอกสารที่นำมาอ้างอิงส่วนใหญ่เป็นวารสารวิชาการ หนังสือ รายงานการประชุมสัมมนา วิทยานิพนธ์ หนังสือพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ แต่ละประเภทมีวิธีเขียนในรูปแบบที่แตกต่างกันไป ดังนี้

1. บทความจากวารสารวิชาการมาตรฐาน (Standard journal article)

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ชื่อผู้แต่ง อาจมีคนเดียวหรือหลายคนก็ได้ ถ้าเป็นชื่อคนไทยให้เขียนแบบไทย คือชื่อตัว ตามด้วยชื่อสกุล ไม่มีคำนำหน้า ถ้าเป็นชื่อชาวต่างประเทศให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย , หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้แต่งมี 6 คนหรือน้อยกว่า 6 คน ให้ระบุชื่อทุกคน แต่ถ้ามีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก และตามด้วยคำว่า “et al.”

ชื่อวารสาร ให้ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus สำหรับวารสารใดไม่มีการกำหนดชื่อย่อไว้ ให้ใช้ชื่อเต็ม

จำนวนหน้า ระบุจำนวนหน้าโดยไม่ต้องมีคำว่า “หน้า” ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 30-39 ใช้ 30-9 เป็นต้น

ตัวอย่าง

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2002;347(4):284-7.
2. สัญญา สุขขำ, วรณภา โพธิ์น้อย, รัฐวิษณุญ์ จิวสวัสดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของพนักงานบริการทางเพศ. *วารสารโรคเอดส์* 2557;26(2):71-82.

2. หนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.

ครั้งที่พิมพ์ ให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2,3,4... เป็นต้นไป เช่น 2nded. 3rded...

เมืองที่พิมพ์ ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. หรือภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท.

ตัวอย่าง

2.1 ผู้นิพนธ์คนเดียว

1. Murray PR. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.
2. เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Clinical management of essential hypertension). กรุงเทพมหานคร: พัฒนาศึกษา; 2532.

2.2 หนังสือที่มีบรรณาธิการ ผู้รวบรวม หรือประธานเป็นผู้แต่ง

1. Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
2. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, มุกดา ตฤชณานนท์, ศุภมิตร ชุณหะวัณวิวัฒน์, ปิยนิตย์ ธรรมมาภรณ์พิลาศ, บรรณาธิการ. ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.

2.3 บทหนึ่งในหนังสือ

1. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
2. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, บรรณาธิการ. ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78.

3. เอกสารอื่นๆ

3.1 วิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

1. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.2 บทความในเอกสารการประชุมวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง.ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ ประชุม;สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า.

1. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p.182-91.
2. ประมวล วีรุตมเสน. การปฏิสนธินอกร่างกาย และการย้ายฝากตัวอ่อนในคน. ใน : อุกฤษต์ เปล่งวาณิช, เสียง ศรีวรรณบุรณ์, มลินี มาลากุล, บรรณาธิการ. การประชุมใหญ่ทางวิชาการฉลอง 100 ปี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534. หน้า 5-7.

4. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่]; ปีที่: [หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <http://....>

1. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

ใบแจ้งความประสงค์ขอส่งบทความลงตีพิมพ์
(กรุณากรอกแบบฟอร์มโดยใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว อื่นๆ (โปรดระบุ)

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่งทางวิชาการ (โปรดระบุ)

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร E-mail.....

มีความประสงค์ขอส่งบทความ เรื่อง :

ชื่อบทความ (ภาษาไทย)

.....

ชื่อบทความ (ภาษาอังกฤษ).....

.....

บทความของข้าพเจ้าเป็นบทความต้นฉบับที่ไม่เคยเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ใช่ ไม่ใช่

เพื่อลงตีพิมพ์ใน วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....

.....

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร E-mail

.....ลายมือชื่อ

(.....)

เจ้าของบทความ

สถานที่ส่งใบแจ้งความประสงค์และบทความ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ

24/56 หมู่ 3 ถนนพหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ 10220

โทรศัพท์ 0 2972 9606 – 9 โทรศัพท์มือถือ 09 8869 8846 โทรสาร 0 2972 9606 ต่อ 22

E-mail : jndpc_13@hotmail.com

ย่างก้าวที่เปลี่ยนแปลงของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ

วันที่ 1 ตุลาคม 2558 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ เปลี่ยนชื่อเป็น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ ตามคำสั่งกรมควบคุมโรค มีบทบาทภารกิจสนับสนุนการพัฒนาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มีประชากรกว่า 10 ล้านคน ทั้งที่พักอาศัยและเดินทางเข้ามาทำกิจกรรมในพื้นที่แบบชั่วคราว นับเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญต่อการทำงานตอบสนองภารกิจกระทรวงสาธารณสุขที่มีเป้าหมายการดูแลสุขภาพประชาชนให้ดียิ่งขึ้น ในด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมืองใหญ่ที่มีความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพที่พิเศษมากกว่าเมืองในอีก 76 จังหวัดที่มีประชากรทั้งไทยและต่างชาติ ที่เป็นแรงงานข้ามชาติ และนักท่องเที่ยว อาศัยอยู่อย่างหนาแน่น มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม และพฤติกรรมชีวิตความเป็นอยู่และเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอย่างมากระหว่างเมือง ส่งผลให้แนวทางการแก้ปัญหาสาธารณสุขในเมืองใหญ่แห่งนี้ต้องการรูปแบบที่แตกต่างจากพื้นที่จังหวัดอื่น ๆ

วารสารสคร.ที่ 1 ที่เผยแพร่ผลงานด้านสาธารณสุขและการควบคุมโรคมานานเกือบ 2 ทศวรรษ ได้เวลาปรับเปลี่ยนเป็นวารสารที่พร้อมตีพิมพ์ผลการศึกษาวิจัย นวัตกรรม และการศึกษาปัญหาสุขภาพของคนเมือง เพื่อเป็นช่องทางถ่ายทอดประสบการณ์การดำเนินงานแก้ปัญหาสุขภาพในเขตเมืองเพื่อให้เป็นตัวอย่างการเรียนรู้ของนักการสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้อ่านที่สนใจและทำงานแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในเขตเมืองที่จำเป็นต้องประยุกต์ใช้มาตรการที่มีสอดคล้องกับบริบทสังคม พฤติกรรม และความเป็นอยู่ของคนเมืองที่นับวันจะมีจำนวนทวีเพิ่มขึ้นทั้งในกรุงเทพมหานคร จังหวัดปริมณฑล และจังหวัดหัวเมืองใหญ่ที่มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และมีการขยายตัวของชุมชนเมืองอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดท่องเที่ยว ดังนั้น รูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรค ย่อมต้องการการวิจัยพัฒนาให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับสังคมเมืองใหญ่ที่มีจุดเด่นด้านความทันสมัยของเทคโนโลยีการสื่อสารและสถานพยาบาลภาคเอกชนที่สัดส่วนการให้บริการประชาชนในกรุงเทพมหานครที่มากกว่าในต่างจังหวัด แต่กลับปรากฏว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานที่ภาครัฐจัดให้ตามสิทธิ ดังนั้น วารสารสคร.ที่ 13 ในโฉมใหม่จะเน้นการเผยแพร่ผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคเขตเมืองเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นสื่อกลางของการถ่ายทอดความรู้ที่เหมาะสมสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ จะได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่หลากหลายและเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานในพื้นที่เขตเมืองด้วยเช่นกัน

ตัวอย่างการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในเขตเมืองที่ยากกว่าในต่างจังหวัด ได้แก่ การให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในประชากรผู้ใหญ่อายุ 20-50 ปีให้ได้ร้อยละ 85 เพื่อให้ถึงระดับภูมิคุ้มกันประชากร (Herd immunity) ที่เป็นโครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ในโอกาสฉลองพระชนมายุครบ 6 รอบ วันที่ 2 เมษายน 2558 ซึ่งเป็นการให้วัคซีนในประชากรผู้ใหญ่ที่พร้อมเพรียงกันในทุกภูมิภาคด้วยเหตุที่ในปี.ศ.2555 มีการระบาดใหญ่ของโรคคอตีบในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้ป่วย



ภาพการรณรงค์ฉีดวัคซีนให้ผู้ใหญ่อายุ 20-50 ปี ในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558

จำนวน 63 ราย และครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ที่เริ่มมีระดับภูมิคุ้มกันในประชากรต่ำลง เพราะผู้ใหญ่ส่วนหนึ่งเกิดก่อนปีพ.ศ.2520 ซึ่งเป็นระยะที่ประเทศไทยเพิ่งเริ่มให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในเด็ก จากกรณีตัวอย่างนี้จะเห็นได้ว่าการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้กับกลุ่มเป้าหมายวัย 20-50 ปี ที่มีจำนวนมากเกือบ 3 ล้านคน เป็นเรื่องที่ทำยากในการฉีดวัคซีนในประชากรกลุ่มนี้ให้ได้ถึงเป้าหมายร้อยละ 85 ซึ่งผลการดำเนินงานในระยะ 9 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2558 พบว่าได้เพียงประมาณร้อยละ 20 ของประชากรเป้าหมายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในขณะที่อีก 76 จังหวัดได้ความครอบคลุมถึงร้อยละ 80 แล้ว ดังนั้น จึงต้องมีการผนึกกำลังทุกภาคส่วนในการทำงานนี้ให้สำเร็จลุล่วงโดยอาศัยความร่วมมือจากสถานพยาบาล ทั้งศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร มาช่วยกันดำเนินงานให้สำเร็จ ซึ่งมีโครงการของสภากาชาดไทย ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร รณรงค์ให้คนไทยอายุ 20-50 ปีมารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบกันจนถึงสิ้นปีนี้ เดือนธันวาคม 2558 ซึ่งพันธมิตร ในทุกภาคส่วนได้ร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดเพื่อให้เกิดพลังการทำงานที่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน ทั้งการออกหน่วยเคลื่อนที่ฉีดวัคซีนในบริษัทห้างร้านและที่ชุมชนต่างๆ และการตั้งรับฉีดวัคซีนในสถานพยาบาลทุกแห่งที่ร่วมในโครงการโดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร สนับสนุนงบประมาณ

ท้ายนี้ วารสาร สคร. 13 ขอเชิญชวนนักวิชาการและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีผลงานการศึกษาปัญหาสุขภาพและผลการศึกษาวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในเขตเมืองได้ส่งบทความมาเผยแพร่ให้กับผู้สนใจในวงกว้างต่อไปด้วยครับ