



กรมควบคุมโรค
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

INSTITUTE FOR URBAN DISEASE CONTROL AND PREVENTION JOURNAL

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2560 Volume 2 No.1 January-April 2017

คณะที่ปรึกษา

นพ.วินัย วุฒิวิโรจน์

ดร.นพ.โสภณ

เอี่ยมศิริถาวร

นพ.บุญเลิศ คักดีชัยนานนท์

บรรณาธิการ

นพ.เฉวตสรร นามวาท

กองบรรณาธิการ

นพ.อนุตรศักดิ์ รัชตะทัต

นางศรินทร สนธิศิริกฤตย์

นางรุจิรา ตระกูลพัฑ

นางลดาวัลย์ สนวนงาม

นายอมรชัย ไตรคุณากรวงศ์

นางสาววิจักษณา หุตานนท์

พญ.อัญชิสา กาญจโนมัย

นางสาวไมลา อัสสระสงคราม

คณะจัดการ

นางตรีอมร วิสุทธิศิริ

นางอรนงค์ คงเรือง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคและหน่วยงานอื่นๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างนักวิชาการหรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรค และภัยสุขภาพ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ ทางคณะกรรมการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

การรับเรื่องต้นฉบับ เรื่องที่รับไว้คณะกรรมการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ เรื่องที่ไม่ได้พิจารณา ลงพิมพ์คณะกรรมการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน การเตรียมบทความลงพิมพ์มีคำแนะนำดังนี้

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ความยาวไม่เกิน 6 – 8 หน้า ใช้ตัวอักษร Cordia New ขนาด 14 point
2. การเตรียมบทความลงพิมพ์
 - 2.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 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 และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และอภิปรายหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.5 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษา ค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 2.6 วิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย 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

บทความที่พิมพ์ในวารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนเอง ไม่ใช่ความเห็นของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง หรือคณะกรรมการ แต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เลขที่ 24/56 ถ.พหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ 10220 โทร. 0 2521 0943 -5 ต่อ 504, 505, 08 7001 6779, 08 6798 3777 โทรสาร 0 2521 - 0936

สารบัญ (Contents)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)	หน้า (Pages)
☆ ระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2557 Epidemiology of Chronic Kidney Disease in Diabetes Mellitus patients of Phranakorn Sri Ayutthaya from 2011 to 2014 ธิญา รอดสุข	1
☆ รายงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิด lepromatous ที่มีการเห่อเรื้อรังและกลับมาเป็นใหม่ หลังรักษาครบแล้ว Case of Report subpolar Lepromatous Leprosy with Erythema Nodosum Leprosum with Relapse after Completed Treatment อัญชิสา กาญจนมัย	10
☆ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เครือข่ายบริการโรงพยาบาลดอนตูมจังหวัดนครปฐม The Roles of Health Volunteers in Dengue Haemorrhagic Fever Prevention and Control on The Regional Health board Dontum Hospital Nakorn Pathom Province ปรีพนธ์ จุลเจิม	15
☆ แนวทางการพัฒนาการทำงานวิจัยของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี Guidelines for The Development of Research of Public Health Staff On Saraburi Provincial Health Office วิสุทธิ์ สุกรินทร์	24
☆ ผลการประเมินระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ในพื้นที่ระดับตำบล Evaluation of Sub-district Event-based surveillance system ศิริมา ธนานันท์	32
☆ การศึกษาการเข้าถึงสิทธิการได้รับบริการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ คุณภาพชีวิต และการพัฒนาระบบบริการคนพิการ จังหวัดนครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2558 Study of access to care, ability to perform daily life activities, satisfaction with medical rehabilitation service, quality of life and developing health care system for people with physical disability in Nakhonsawan province, fiscal year 2015 เจิมจันทร์ เดชปิ่น	41

สารบัญ (Contents)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)	หน้า (Pages)
✧ การประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกัน ควบคุมโรคไข้หูดับจังหวัดนครสวรรค์ ในปี 2559 The evaluation of risk communication to change health behavior for Streptococcus suis prevention in Nakhon Sawan Province in 2016 ชรินทร์ ห่วงมิตร	51
✧ ภาคผนวก ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)	62

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2557

Epidemiology of Chronic Kidney Disease in Diabetes Mellitus Patients of

Phranakorn Sri Ayuthaya from 2011 to 2014

ธัญญา รอดสุข¹, อรวรรณ บำรุง¹, อรนงค์ คงเรือง¹¹สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองTanya Rodsook¹, Orawan Bamrung¹, Oranong Kongruang¹¹Institute for Urban Disease Control and Prevention

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญในผู้ป่วยเบาหวาน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคไตเรื้อรัง จากข้อมูล ลงทะเบียนในระบบของสถานบริการของรัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Descriptive cross – sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิของสำนักระบาดวิทยา ระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ ระยะเวลา 5 ปีตั้งแต่ 1 มกราคม 2553 – 31 ธันวาคม 2557

ผลการศึกษา ตั้งแต่ปี 2553-2557 มีผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม สะสม จำนวน 5,980 ราย มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังจำนวน 5,538 ราย (ร้อยละ 92.61) และผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงสะสมร่วมจำนวน 5,795 ราย มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังจำนวน 5,366 ราย (ร้อยละ 92.60) ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเพศชายมีร้อยละของภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม เพศชายและเพศหญิง อัตราป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น จาก 2.66 และ 3.23 ในปี 2553 เป็น 59.81 และ 77.87 ในปี 2557 เพิ่มขึ้น 22.48 และ 24.10 เท่า ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม เพศชายและเพศหญิงมีอัตราป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น จาก 2.58 และ 1.09 ในปี 2553 เป็น 57.64 และ 75.54 ในปี 2557 เพิ่มขึ้น 23.72 และ 69.30 เท่า ตามลำดับ เพศหญิงอัตราป่วยสูงกว่าเพศชาย กลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี มีอัตราป่วยมากที่สุด ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีความดันโลหิตสูงร่วม มีอัตราป่วยโรคไตเรื้อรังสูงกว่าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม

สรุปผล โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานทั้งผู้ที่มีและไม่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุที่มากขึ้น การป้องกันโรคไตเรื้อรังควรดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวัง คัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานครั้งแรก

คำสำคัญ: ไตเรื้อรัง, ความชุก, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) is a major complication in diabetes mellitus (DM) patients and trends to increase in Thai patients continuously. The objective of the study was to characterize CKD in DM patients including the patients with another complication of hypertension in DM. The study samples were DM and DM with hypertension patients who were diagnosed with CKD by physician at government hospitals, Pranakorn Sri Ayutthaya province. The secondary data (5 years data from January 1, 2010 to December 31, 2014) from Bureau of Epidemiology, Thailand were described by descriptive cross-sectional study.

The result of the study from 2010 to 2014, of 5,980 DM patients, 5,538 DM patients with CKD complication (92.61%) were identified. There were 5,795 DM patients with hypertension and of those, 5,366 DM patients with hypertension had CKD complication (92.60%). DM patients and DM patients with hypertension from this study had continuously increasing trend of CKD complication Males had a greater percentage of chronic kidney complications than females. From 2010 to 2014, the prevalence of DM with CKD complication in Males and Female were increased from 2.66 % and 3.23% to 59.81 % and 77.87%, about 22.48 and 24.10 times, respectively. The prevalence of DM with hypertension with CKD complication in males and females were increased from 2.58 % and 1.09% to 57.64 % and 75.53 %, about 23.72 and 69.30 times, respectively. Morbidity rate of DM patients with CKD were higher than those of DM patients with CKD and hypertension. In addition, the older CKD patients showed the higher morbidity than younger patients, and higher in females than males.

The CKD complication in DM patients with or without hypertension showed continuously increasing trend with age. The policy of CKD prevention should be immediately intervened after first DM diagnostic follow by surveillance, disease and behavior risk screening.

Keywords: Chronic kidney disease (CKD), Diabetes mellitus (DM), Hypertension, prevalence

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย รายงานสถานการณ์ทั่วโลกพบว่า 10% ของประชากรทั่วโลกได้รับผลกระทบจากโรคไตเรื้อรัง (CKD) และเสียชีวิตนับล้านในแต่ละปีเนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม เพราะมีความชุกที่สูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ การศึกษาระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรังในชุมชนของประเทศไทย (Thai SEEK Study) ปี 2552 พบความชุกของโรคจากระยะที่ 1-5 เท่ากับร้อยละ 3.3, 5.6, 7.5, 0.8 และ 0.3

ตามลำดับ โดยความชุกของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น มีประชากรเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตนกำลังเป็นโรคไต⁽²⁾ โดยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 เป็นระยะที่สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ดี นั้น มีผู้ที่รู้ตัวว่าเริ่มมีโรคไตเพียงร้อยละ 0.79, 2.06 และ 5.63 ตามลำดับ⁽³⁾ จากการศึกษาค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ยประมาณ 240,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายเวชภัณฑ์ ยา และค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่น ๆ⁽⁴⁾

สถานการณ์ความรุนแรงและความสูญเสีย

ทรัพยากรในการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง ดังกล่าวมีหลักฐานทางวิชาการ ยืนยันว่าโรคไตเรื้อรังมีสาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มากที่สุด จากรายงานการลงทะเบียนรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยตั้งแต่ปี 2555 – 2557 พบว่าสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไต เกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 37.5, 37.5 และ 39.67 ตามลำดับ รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.6, 26.8 และ 38.19 ตามลำดับ ซึ่งพบแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁻⁷⁾ โดยโรคไตเรื้อรัง ถ้าหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้การทำหน้าที่ของไตเสื่อมลงจนเกิดโรคไตเรื้อรัง ถ้าไม่สามารถชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตได้ก็จะทำให้กลายเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย⁽⁸⁾ การศึกษา MedResNet ปี 2555 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ระดับ FPG อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (70-130 mg/dL) มีเพียงร้อยละ 39.2 และมีระดับ HbA1C < 7% ร้อยละ 33.4 เท่านั้น⁽⁹⁾

ความสำคัญเชิงระบาดวิทยาการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำเป็นต้องมีระบบเฝ้าระวังโรค โดยให้ประชากรทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง ได้รับการค้นหา และคัดกรองตั้งแต่ระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบควบคุมปัจจัยเสี่ยง ชะลอการดำเนินโรค ลดความรุนแรง และการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคจึงได้พัฒนารูปแบบการจัดการโรคไตเรื้อรังสำหรับสถานบริการดำเนินการ (CKD) โดยให้ความสำคัญในการจัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย⁽¹⁰⁾

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นพื้นที่เขตปริมณฑลมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเขตส่งเสริมการลงทุน เขต 2 มีนิคมอุตสาหกรรม 3 แห่ง และเขตประกอบการ

อุตสาหกรรม 3 แห่ง มีจำนวน 16 อำเภอ แต่ละอำเภอมีสภาพบริบททางสังคม มีความเป็นเมืองและชนบทที่แตกต่างกัน เขตอำเภอที่มีความเป็นเมือง ทำให้มีวัยแรงงานอาศัยอยู่จำนวนมาก สภาพความเป็นอยู่มีความเร่งรีบ มีการแข่งขัน มีความเครียดและบริโภคอาหารจานด่วนอาหารปรุงสำเร็จ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2554 – 2557 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลสะสมอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ยังอยู่ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ร้อยละ 36.9 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีไม่ได้ตามเป้าหมายคือต่ำกว่าร้อยละ 50 และพบภาวะแทรกซ้อนทางไตมากที่สุด จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น การแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องมีข้อมูลเชิงระบาดวิทยาชี้เป้าการดำเนินงานและออกแบบระบบบริการให้ตรงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด จะทำให้กำหนดมาตรการหรือแนวทางการป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรัง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาสถานการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม
2. ศึกษาแนวโน้มของการเกิดภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Descriptive cross – sectional study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง ตามทะเบียนในระบบของสถานบริการของรัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 – 31 ธันวาคม 2557 วิธีการเก็บข้อมูลจากฐาน

ข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ผู้ป่วยสะสมจำนวน 9,188 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ อัตรา

ผลการศึกษา

ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2557 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง เพศชายมีร้อยละของภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังมากกว่าเพศหญิง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2553 - 2557 จากร้อยละ

6.11 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 93.98 ในปี 2557 เพิ่มขึ้น 15.53 เท่า เพศหญิง เพิ่มจากร้อยละ 4.88 ปี 2553 เป็นร้อยละ 91.65 ในปี 2557 เพิ่มขึ้น 18.78 เท่า รายละเอียดตามตารางที่ 1

ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง เพศชายมีร้อยละของภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังมากกว่าเพศหญิง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2553 - 2557 จากร้อยละ 7.76 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 94.04 ในปี 2557 เพิ่มขึ้น 12.11 เท่า เพศหญิง เพิ่มจากร้อยละ 6.03 ปี 2553 เป็นร้อยละ 91.06 ในปี 2557 เพิ่มขึ้น 15.11 เท่า รายละเอียดตามตารางที่ 1

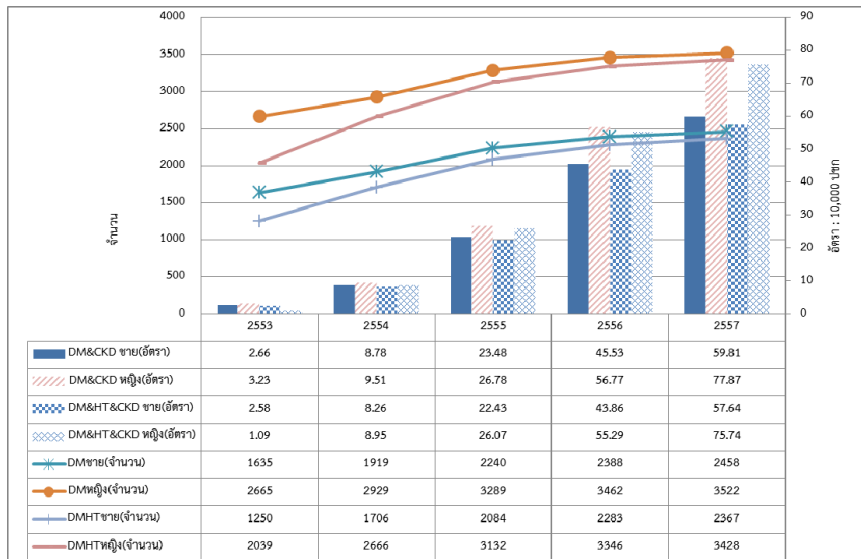
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงรวมและมีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง จำแนกตามเพศ ปี พ.ศ. 2553 - 2557

โรค	2553		2554		2555		2556		2557	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
DM(N)	1,635	2,665	1,919	2,929	2,240	3,229	2,388	3,462	2,458	3,522
DMCKD(N) (%)	100 (6.11)	130 (4.88)	333 (17.35)	385 (13.14)	896 (40.0)	1095 (33.91)	1748 (73.20)	2,338 (67.53)	2,310 (93.98)	3,228 (91.65)
DMHT(N)	1,250	2,039	1,706	2,666	2,084	3,132	2,283	3,346	2,367	3,428
DMHTCKD(N) (%)	97 (7.76)	123 (6.03)	313 (18.35)	363 (13.62)	856 (41.07)	1,066 (34.04)	1,684 (73.76)	2,277 (68.05)	2,226 (94.04)	3,140 (91.06)

อัตราป่วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 3.23 และ 2.66 ต่อหมื่นประชากร ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 77.87 และ 59.81 ต่อหมื่นประชากรในปี 2557 มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น 24.10 และ 22.48 เท่า ตามลำดับ โดยเพศหญิงมีอัตราป่วยมากกว่าเพศชายประมาณ 1.08- 1.30 เท่ามา โดยตลอด (รูปที่ 1)

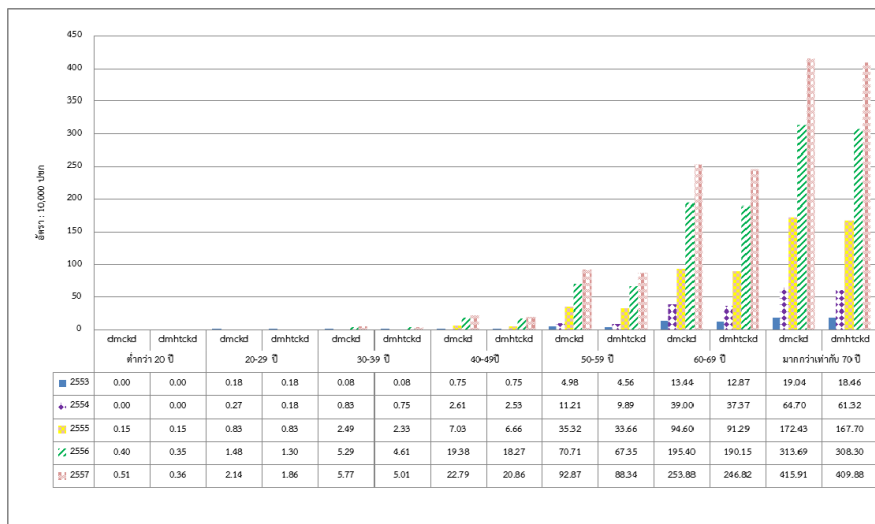
อัตราป่วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงรวม ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก 1.09 และ 2.58 ต่อหมื่นประชากร ปี พ.ศ. 2553 เป็น 75.74 และ 57.64 ต่อหมื่นประชากร ในปี พ.ศ. 2557 โดยเพิ่มขึ้น 69.48 และ 22.34 เท่า ตามลำดับ โดยเพศหญิงมีอัตราป่วยมากกว่าเพศชายประมาณ 0.69 - 18.11 เท่ามาโดยตลอด และพบว่า อัตราป่วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงทั้งสองเพศมีอัตราป่วยมากกว่าโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงรวม (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แนวโน้มโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีความดันโลหิตสูงร่วม และผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม จำแนกตามเพศ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่าง ปี 2553-2557

อัตราป่วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีความดันโลหิตสูงร่วม และผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม ตั้งแต่ปี 2553 - 2557 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในทุกกลุ่มอายุ และพบว่าอัตราป่วยเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุที่มากขึ้นโดยอัตราป่วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีความดันโลหิตสูงร่วม และผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม สูงสุดในกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 60-69 ปี และกลุ่มอายุ 50-59 ปี (รูปที่ 2) และพบว่าอัตราป่วยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีความดันโลหิตสูงร่วม สูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ในทุกกลุ่มอายุ (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 แนวโน้มโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีความดันโลหิตสูงร่วม และผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วม จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างปี 2553 - 2557

อภิปรายผล

ผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษานี้มีส่วนของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาระบาดของโรคเบาหวานและผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย⁽¹¹⁾ พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยหญิงจะเกิดผลเสียจากที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งมีปัจจัยเสี่ยงเรื่องการสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ระดับคอเลสเตอรอลสูงในเลือด น้ำหนักตัวเกินมากกว่าผู้ป่วยชายและสอดคล้องกับการรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ที่พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 6.9 โดยผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย ร้อยละ 7.7 และ 6.0 ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2557 ความชุกร้อยละ 8.9 ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย ร้อยละ 9.8 และ 7.9 ตามลำดับ⁽¹²⁻¹³⁾ และสอดคล้องกับรายงานผลของ WHO Diabetes Country Profiles 2016⁽¹⁴⁾ พบว่าประเทศไทยมีความชุกโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.6 ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชาย ร้อยละ 10.1 และ 9.1 ตามลำดับ

เพศชายมีร้อยละของภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Idan Goldberg และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ทำการทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างเพศและ CKD พบว่าความชุก CKD มีแนวโน้มมากในเพศหญิง แต่จะพบความรุนแรงมากกว่าในเพศชายซึ่งมีความชุกสูงใน ESRD แหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้เสนอว่าความก้าวหน้าและความเสี่ยงของอัตราการตายของโรคไตวายสูงกว่าในผู้ชายเมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง

อัตราการไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงทั้งผู้ที่มีและไม่มี ความดันโลหิตสูงร่วมด้วยมีอัตราการป่วยมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของกมลวรรณ สารและคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าเพศหญิงเป็นหนึ่งใน 8 ปัจจัยเสี่ยง ในการ

เกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 (p-value<0.05) มากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thai SEEK Study โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย⁽²⁾ พบว่ามีความชุกของโรคไตเรื้อรังเท่ากับร้อยละ 17.5 (ร้อยละ 16.3 ในเพศชาย และร้อยละ 18.7 ในเพศหญิง) และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ อายุ เพศ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง hyperuricemia ประวัติหัวใจขาดเลือด และการใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงทั้งสองเพศ มีอัตราการป่วยมากกว่าโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของฟิลิซซู เวชกามา และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ติดตามผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจาก พ.ศ. 2542 จนถึง พ.ศ. 2555 ศึกษาค่ามัธยฐาน (median) ของเวลาในการเปลี่ยนระยะ (CKD stage) และความน่าจะเป็นของการเกิดไตวาย (probability of kidney failure) ของโรคไตเรื้อรัง เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยเบาหวานกับผู้ป่วยอื่น ๆ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีระยะเวลา (median time) ของการเปลี่ยน CKD stage จากระยะ G1-G2, G2-G3a, G3a-G3b, G3b-G4, G4-G5 เป็น 4.4, 6.1, 4.9, 6.3 และ 9 ปี ผู้ป่วยอื่นมีระยะเวลา (median time) เป็น 9.4, 14.0, 11.0, 13.8, และ >14.3 ปี ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงในการเกิดไตวายเพิ่มขึ้นร้อยละ 49 มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น โดยสรุปผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังมีการดำเนินโรคไปสู่ไตวายเร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น 2 เท่า นอกจากนี้ผลการศึกษาของสันท์ศัน ศรีโพหนอง⁽¹⁷⁾ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 31,457 คน เกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 635 คน (ร้อยละ 2.02) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.57)

ในการศึกษานี้พบอัตราการไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2557 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มอายุ ด้วยในระยะเวลาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเร่งรัดให้สถานบริการ

ดำเนินการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังโดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดระบบบริการสุขภาพสาขาไต ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษามากขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁹⁾ และอัตราป่วยสูงตามกลุ่มอายุที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกมลวรรณ สารและคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดไตวายเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โลหิตจาง เก๊าท์ และโรคนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของสันท์ทัศน ศรีโพหนอง⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในวัยสูงอายุมีการลดลงของค่าอัตราการกรองของไตที่รวดเร็วถึง 7.59 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร/ปี

ข้อเสนอแนะ

1. โรคไตเรื้อรังในโรคเบาหวานในกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปีที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การป้องกันไม่ให้เกิดโรค ควรเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก คือโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ถ้าหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้การทำหน้าที่ของไตเสื่อมลงจนเกิดโรคไตเรื้อรัง ด้านการจัดบริการเน้นบูรณาการทุกภาคส่วนภายในและนอกกระทรวง ตามนโยบาย Health in all policy โดยเริ่มตั้งแต่ เน้นการป้องกัน การคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยงและการจัดบริการรักษาและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ

2. การชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไต กลุ่มที่อายุมากกว่า 40 ปี กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD clinic) ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ รพช. ขนาดกลาง (F2) ขึ้นไป และได้มีการกำหนดองค์ประกอบของ CKD clinic 3 องค์ประกอบ คือ การดำเนินงานชะลอไตนอกจากบทบาทการดูแลทีมสหสาขาให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ชุมชน ร้านค้า ระดมสรรพกำลังและเน้นหนักโดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการสื่อสาร เพื่อพัฒนาการออกแบบสื่อและช่องทางการสื่อสาร ความเสี่ยงประชาสัมพันธ์ เรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

และการจัดระบบข้อมูลผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรัง

3. การพัฒนาฐานข้อมูลโรคเบาหวานระดับประเทศให้สามารถเชื่อมโยงกันได้ทุกระดับและครอบคลุมข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงหลัก และเชื่อมโยงระหว่างคุณภาพการดูแลรักษา การลดการเกิดโรคแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายด้านเศรษฐกิจและสังคม

4. ควรทำศึกษาการกระจายของโรคไตวายเรื้อรังในพื้นที่แยกรายอำเภอเนื่องจากมีสภาพสังคมความเป็นอยู่ที่แตกต่าง จะทำให้การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันลดภาวะโรคเบาหวานภาวะแทรกซ้อนไตวายได้อย่างเหมาะสม และตรงประเด็นมากที่สุด

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ธัญญา รอดสุข. ระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2557, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(1): หน้า 1-9.

Suggested Citation for this Article

Rodsook T. Epidemiology of Chronic Kidney Disease in Diabetes mellitus patients of Phranakorn Sri Ayuthaya from 2011 to 2014. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; 2(1): page 1-9.

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation, N.K., GLOBAL FACTS: ABOUT KIDNEY DISEASE; 2015.
2. Ingsathit, A., et al., Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant, 2010. 25(5): p. 1567-75.
3. CKDNET, โครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2527.

4. สำนักโรคไม่ติดต่อ, คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง, กรมควบคุมโรค, Editor. 2529. p. 6.
5. Chuasuwan A., Praditpornsilpa K. Annual Report Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2012.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย : 51. [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nephrothai.org/images/thailand_renalreplacement_therapy_2012.pdf
6. Chuasuwan A., Praditpornsilpa K. Annual Report Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2013.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2555 : 49. [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nephrothai.org/images/TRT-Annual-report/Annual-Report-Thailand-Renal-Replacement-Therapy-2013.pdf>
7. Chuasuwan A., Praditpornsilpa K. Annual Report Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2012.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย : 49. [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/1.TRT-report-2014-_3-11-59_-final_.pdf
8. Sabanayagam C, Lim SC, Wong TY, Lee J, Shankar A, Tai S. Ethnic disparities in prevalence and impact of risk factors of chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2010 ; 25 : 2564-70.
9. ประเสริฐ ธนกิจจารุ .Current Situation of Chronic Kidney Disease in Thailand.วารสารกรมการแพทย์ 2558 : 6. [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/content/org/webpageJDMS_30/demo/](http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2/content/org/webpageJDMS_30/demo/data/2558/2558-05/no.5_01.pdf)
10. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.รายงานประจำปี 2559. [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/รายงานประจำปี_59_สำนักโรคไม่ติดต่อ.pdf
11. ชัชลิต รัตสร.การระบาดของโรคเบาหวานและผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย[สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2560].กรุงเทพมหานคร; 2553 . เข้าถึงได้จาก: http://www.dmthai.org/sites/default/files/briefingbook_38.pdf
12. วิชัย เอกพลากร บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552. นนทบุรี : เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์; 2553.
13. วิชัย เอกพลากร. (บก.). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
14. World Health Organization. Non communicable Diseases (NCD) Country Profiles. 2011. [cited 2016 Aug 7].Available from: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/
15. กมลวรรณ สาระ, สมชาย สุริยะไกร,จุไรรัตน์ ทุมพันธ์.ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-5 ในโรงพยาบาลตระการพิรุณ จ. อุบลราชธานี. 2559. [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/59/ingrc2016/pdf/MMP22.pdf>
16. พิสิษฐ์ เวชกามา, อติพร อิงค์สาธิต, อัมรินทร์ ทักชินเสถียร.ศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557: 2-3. [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://kb.hsri.or.th/>

- dspace/handle/11228/4345?show=full
17. สันห์ทัศน์ ศรีโพนทอง.ระยะเวลาการดำเนินโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 : การศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์[วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]มหาสารคาม:มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2558.
 18. Idan Goldberg, Ilan Krause.the role of gender in chronic kidney disease. european medical journal. 2016 [cited 2016 April 30]:[58-64.] Available from: <http://emjreviews.com/wp-content/uploads/The-Role-of-Gender-in-Chronic-Kidney-Disease.pdf>
 19. กระทรวงสาธารณสุข แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) สาขาไต (ฉบับ 25 มี.ค. 56) [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก : <http://thaihp.org/download.php?option=-showfile&file=474>

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

รายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด lepromatous ที่มีการเห่อเรื้อรังและกลับมาเป็นใหม่ หลังรักษาครบแล้ว

Case of Report Subpolar Lepromatous Leprosy with Erythema Nodosum Leprosum with Relapse after Completed Treatment

อัญชิสา กาญจนอมัย

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Anchisa Kanchanomai

Institute for Urban Disease Control and Prevention

สรุปรายงานผู้ป่วย

การกลับมาเป็นโรคใหม่ (Relapse) ของโรคเรื้อน คือการมีอาการ และอาการแสดงของโรคเรื้อนขึ้นมาใหม่ หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน multidrug therapy (MDT) เป็นระยะเวลา 2 ปี ครบตามกำหนดแล้ว โดยการกลับมาเป็นโรคใหม่ของโรคเรื้อนนี้ พบว่ามีรายงานการเกิดมากขึ้นในระยะหลัง และถือเป็นการท้าทายต่อแพทย์ผู้รักษาโรคเรื้อน รวมถึงวิทยาการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข โดยภาวะนี้พบได้ไม่บ่อย แต่ก็สามารถพบ การกลับมาเป็นโรคใหม่ของโรคเรื้อนได้หลายครั้งในผู้ป่วย บางรายซึ่งพบได้น้อยมาก โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการรายงานผู้ป่วย (Case Report) โรคเรื้อน ชนิด lepromatous leprosy ที่พบมีการเห่อชนิด Erythema nodosum leprosum (ENL) อย่างต่อเนื่อง และเมื่อรักษาครบตาม MDT แล้ว มีการกลับมาเป็นใหม่หลังการรักษาได้ 8 เดือน

ผู้ป่วยชาย อายุ 22 ปี ซึ่งมาโรงพยาบาลหนองคายด้วยอาการ มีผื่นทั่วตัวที่เข้าได้กับ โรคเรื้อนชนิด lepromatous leprosy โดยได้รับการวินิจฉัยจากการตัดชิ้นเนื้อ (Skin biopsy) และการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อน (Slit skin smear) พบ bacillary index = 6+ ผู้ป่วยได้ถูกส่งตัวมารักษาต่อที่รพ. พระมงกุฎเกล้า โดยผู้ป่วยมีความพิการเบื้องต้น คือมีมือ เท้า บวม และมีนิ้วมือผิดรูปในมือขวา และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเห่อชนิด Reversal reaction ร่วมด้วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน Multidrug therapy regimen คือ Rifampicin, Dapsone และ Clofazimine และควบคุมการเห่อด้วย prednisolone โดยค่อยๆ ลดขนาดยาลงมาเมื่ออาการเห่อดีขึ้น

หลังการรักษา 5 เดือน ขณะที่ผู้ป่วยกินยา prednisolone ได้ 15 mg/D ผู้ป่วยมีไข้ ร่วมกับการมีผื่น บวมแดงขึ้นใหม่ทั่วตัว มีอาการกดเจ็บ และมีมือเท้าบวมมากขึ้น หลังจากการตัดชิ้นเนื้อบริเวณที่ผื่นขึ้นใหม่ ผลการวินิจฉัยเป็นภาวะเห่อชนิด erythema nodosum leprosum (ENL) ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาโดยการเพิ่มขนาดยา prednisolone และได้เพิ่มขนาดยา clofazimine ขึ้นเป็น 300 mg/D สามารถควบคุมภาวะเห่อ ENL ได้แต่สามารถคุมได้ในช่วงแรก อีก 7 เดือนต่อมา อาการเห่อมีมากขึ้นและไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยมีประวัติได้ยา thalidomide เป็นครั้งคราว แต่ไม่สามารถลดขนาดยา prednisolone ได้ จนครบการรักษา 2 ปี ผื่นโรคเรื้อนในผู้ป่วยดีขึ้น แต่ยังมีอาการเห่อของโรคอยู่บ้าง ผู้ป่วยจึงยังคงได้รับยา prednisolone และ clofazimine อยู่

หลังครบการรักษา MDT 8 เดือนผู้ป่วยกลับมาด้วยอาการมีผื่นแดง บวม นูนขึ้นใหม่ รวมทั้งมีมือเท้า บวมมากขึ้น หลังทำการตัดชิ้นเนื้อใหม่ พบว่าเข้าได้กับ Relapse lepromatous leprosy โดยผู้ป่วยได้ถูกส่งตัว

มาที่สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และได้รับการรักษาแบบ Multidrug regimens เป็นครั้งที่ 2 รวมถึงควบคุมการเห่อด้วย prednisolone และ clofazimine โดยขณะนี้ผู้ป่วยยังคงมาติดตาม การรักษาต่อเนื่อง ผื่นโรคเรื้อนตามตัวดีขึ้น แต่ยังคงมีอาการเห่ออยู่เป็นระยะ โดยแผนการรักษา คือต้องได้ยาครบ 2 ปี ก่อนทำการตรวจเชื้อซ้ำอีกครั้ง จากการค้นคว้างานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกลับมาเป็นใหม่ของโรคเรื้อน (Relapse of leprosy) ได้แก่

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด lepromatous
2. ผู้ป่วยที่มีการพบเชื้อก่อนรักษา Bacillary index > 4+
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครบแล้วแต่ยังตรวจพบเชื้อโรคเรื้อน Bacillary index+ หรือ Anti-PGL-1 IgM Ab+

นอกจากนี้จากการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อน 140 รายในบราซิล พบว่ามีผู้ป่วยที่กลับมาเป็นใหม่ 2 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคเห่อชนิด ENL ร่วมด้วยและเรื้อรังมากกว่า 3 ปี ซึ่งเข้าได้กับผู้ป่วยรายนี้ที่มีประวัติเป็นโรคเห่อชนิด ENL เรื้อรังมากกว่า 2 ปี และพบมีการกลับมาเป็นใหม่ของโรคภายหลัง

คำสำคัญ : โรคเรื้อน, การเห่อของโรคเรื้อน, การกลับมาเป็นใหม่ของโรคเรื้อน

Abstract

A relapse in leprosy is defined as the development of new signs and symptoms of disease either during the surveillance period or thereafter in a patient whose therapy has been terminated after completing an adequate course of multidrug therapy (MDT). The relapse of treated leprosy cases has recently emerged as a challenge to leprologists and health workers in this field. Although relapse in leprosy is not uncommon, multiple relapses are rare. We report the case of a patient with lepromatous leprosy with persistent erythema nodosum leprosum (ENL) with relapse after 8th months of MDT.

Keywords: Lepromatous leprosy, Erythema nodosum leprosum, Relapse of leprosy

Case Report

A 22 years old Thai man from Nongkhai, three years ago the patient presented to a private hospital with a chief complaint of 6-month history of generalized non-pruritic skin lesions on the face, trunk and extremities. Lepromatous leprosy was diagnosed from the histopathological changes and he was referred to Phramongkutklao Hospital.

At Phramongkutklao Hospital, physical examination revealed ill-defined erythematous to yellowish infiltrative closely set papules on both cheeks, thickened earlobes, generalize indurated ill-defined erythematous papules on the trunk and extremities. Few annular erythematous plaques on the chest wall were also noted. Other findings were numbness and edema of hands and feet, dactylitis and flexion deformities of 4th, 5th fingers of the right hand, and enlargement of multiple peripheral nerves on both sides. Slit-skin smear from the skin lesions found the bacterial index 6+, morphologic index of 60:40 (solid-bacilli 60%: fragmented-bacilli 40%). He was then diagnosed as subpolar lepromatous leprosy with reversal reaction. The treatment was started with multidrug therapy regimen (rifampicin, dapsone,

clofazimine) and prednisolone 30 mg/d. The reversal reaction improved and prednisolone was gradually tapered.

At the 5th month of MDT, while the prednisolone was tapered to 15 mg/d, he had fever with multiple new tender erythematous edematous plaques on both forearms, some with ulcerations, few subcutaneous nodules on the right forearm, erythema and warm swelling of both hands and feet. The histopathological findings from the nodule were consistent with erythema nodosum leprosum. The MDT was continued together with increased the dose of prednisolone to 60 mg/d and clofazimine 300 mg/d. The ENL reaction was under controlled.

At 12th month of MDT, ENL reaction (fever and skin lesions) recurred when the prednisolone dose was 15 mg/d and clofazimine 200 mg/d. We increased prednisolone to 30 mg/d and clofazimine to 300 mg/d. But the reaction cannot be controlled.

At 16th month of MDT, thalidomide (50mg/capsule) 1cap/week was added for 2 months the reaction was subsided and prednisolone could be tapered down.

After 2 years of treatment, there were still multiple discrete ill-defined erythematous nodules at the chest wall and multiple yellow erythematous papules on his face. He had no fever, neuritis nor swelling of the extremities. Slit-skin smear from 6 different sites including the facial lesion were all negative. Skin biopsy from the persistent lesions on the face show xanthomatous reaction in the dermis and AFB was negative, consistent with remnant of treated leprosy lesion. MDT was discontinued.

At 8th month after MDT withdrawal, while the patient still received clofazimine 50 mg/d and prednisolone 5 mg/d. there are appearing of new subcutaneous nodules on both arms, tender and swelling of both hands and feet. Slit skin smear was negative. Skin biopsy of the nodule on the left arm was consistent with lepromatous leprosy with reaction and AFB stain was negative.

The patient had been referred to Institute for Urban Disease Control and Prevention for retreatment of 2nd course of MDT with rifampicin 600 mg, clofazimine 300 mg monthly and dapsone 100 mg, clofazimine 50 mg and prednisolone (adjusted dose every visit, based on the clinical of reaction) daily for 2 years. He take regular medicines. The skin lesions on his trunk are improved but lesions on his face and ENL still persisted.



Figure 1. Multiple ill-defined erythematous to yellowish infiltrative closely set papules on both cheeks (After 2 years of MDT)



Figure 2. Persistent of edema of hands with dactylitis and flexion deformities



Figure 3. Persistent generalized indurated ill-defined erythematous papules at anterior chest wall

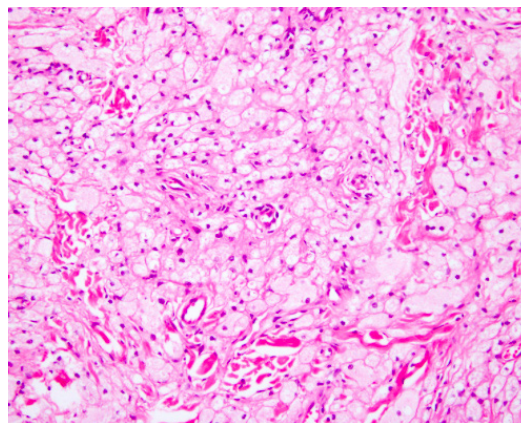


Figure 4. Histopathology at skin lesion after 2 year of MDT composed of foamy histiocyte with multiple globi compatible with relapse lepromatous leprosy

Discussion:

Leprosy is diagnosed by clinical suspicion and confirmed by bacteriology and histology, which Shows acid-fast bacilli and noncaseating granulomas, respectively.⁽¹⁾ Type 2 reaction or erythema nodosum leprosum (ENL) occurs in patients having high load of leprosy bacilli (50% cases of lepromatous leprosy and 25% of borderline lepromatous leprosy).⁽²⁾ It can occur in the early stages of treatment and after completion of the treatment with MDT, commonly within first three years after the start of treatment. However, 10% of the cases have been reported before treatment starting or as the first clinical manifestation of leprosy.⁽³⁾

The pathogenesis of ENL involves immune complex deposition and dysfunction of cell mediated immunity. Activation of complement and migration of neutrophils with release of tissue damaging enzymes, including IL-12 and TNF- α are important factors in the evolution of the disease. Such patients have poor cellular immunity to *M. leprae*, abundant bacilli in cutaneous and peripheral nerves, and a strong polyclonal antibody response with high levels of circulating immunoglobulins.⁽⁴⁾ As immune complex deposition and defective cell mediated immune response (CMI) are the main cause in pathogenesis of ENL, immunosuppressants and TNF- α inhibitors that have a role in treatment. Following WHO guideline for treatment of severe ENL recommended management with analgesic, corticosteroids (standard course of prednisolone in dosage per day not exceeding 1 mg per kg body weight in total duration 12 weeks) and clofazimine (start clofazimine 100 mg three times a day for maximum of 12 weeks then taper the dose of clofazimine to 100 mg twice a day for 12 weeks and then 100 mg once a day for 12-24 weeks). If the multidrug therapy (MDT) is already completed, the management of ENL should follow the guidelines and there is no need to restart MDT.⁽⁵⁾

Many studies shows that the posttreatment reactional episodes share common risk factors with relapse cases. There are

- 1) The patients presented with the lepromatous form
- 2) The initial bacterial index more than 4+
- 3) The bacterial index positive and anti-PGL-I IgM antibody positive after release form treatment.⁽⁶⁾

Besides, there is the study of 140 treated leprosy patients in Brazil showed 2 relapsed cases presenting with chronic ENL more than 3 years.⁽⁷⁾

This case presents with high initial bacterial index lepromatous leprosy with chronic erythema nodosum leprosum (ENL). He was prescribed immunosuppressive drug (prednisolone) for more than 2 years. Therefore, relapsed leprosy must be considered and closed follow up.

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

อัญชิสา กาญจนโมทย์. รายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด lepromatous ที่มีการเห่อเรื้อรังและกลับมาเป็นใหม่ หลังรักษาครบแล้ว, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(1): หน้า 10-14.

Suggested Citation for this Article

Kanchanomai A. Case Report of subpolar Lepromatous Leprosy with Erythema Nodosum Leprosum with Relapse after Completed Treatment, Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; 2(1): page 10-14.

References

1. Mandell GL BJ, Dolin R. . Principles and Practice of Infectious Diseases. Elsevier Churchill Livingstone. 1995.
2. Pocaterra L, Jain S, Reddy R, Muzaffarullah S, Torres O, Suneetha S, et al. Clinical course of erythema nodosum leprosum: an 11-year cohort study in Hyderabad, India. The American journal of tropical medicine and hygiene. 2006;74(5):868-79.
3. Rea TH, Levan NE. Erythema nodosum leprosum in a general hospital. Archives of dermatology. 1975;111(12):1575-80.
4. Scollard DM, Adams LB, Gillis TP, Krahenbuhl JL, Truman RW, Williams DL. The Continuing Challenges of Leprosy. Clinical Microbiology Reviews. 2006;19(2):338-81.
5. WHO Guidelines for the management of severe erythema nodosum leprosum (ENL) reactions. 2003.
6. Brito Mde F, Ximenes RA, Gallo ME, Buhner-Sekula S. Association between leprosy reactions after treatment and bacterial load evaluated using anti PGL-I serology and bacilloscopy. Revista da Sociedade Brasileira de, Medicina Tropical. 2008;41 Suppl 2: 67-72.
7. Gallo MEN AM, Nery JA, Albuquerque ECA. Estudo Comparativo com dois esquemas poliquimioterápicos (duração fixa) em hanseníase multibacilar - seguimento de 50.32±19.62 e 39.70±19.47 meses. Hansen International. 1997.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

**บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออก เครือข่ายบริการโรงพยาบาลดอนตุมจังหวัดนครปฐม
The Roles of Health Volunteers in Dengue Haemorrhagic Fever Prevention and Control
on The Regional Health board Dontum Hospital Nakorn Pathom Province**

ปริพนธ์ จุลเจิม

โรงพยาบาลดอนตุม จังหวัดนครปฐม

Paripon Juljerm

Dontum Hospital Nakhon Pathom Province

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่มีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรค ตลอดจนเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่น จึงมีความเข้าใจปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้ดีที่สุด การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เครือข่ายพยาบาลโรงพยาบาลดอนตุม จังหวัดนครปฐม และศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การเข้ารับการอบรมโรคไข้เลือดออก รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 226 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ t-test สถิติ F-test และวิเคราะห์รายคู่โดยใช้สถิติ LSD (Least Significant Difference)

ผลการวิจัย พบว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่า เพศ มีผลต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ข้อเสนอแนะควรสนับสนุนงบประมาณและการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการปฏิบัติงาน ของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ทันเวลา

คำสำคัญ : บทบาท, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

Abstract

The village health volunteers play an important role on disease prevention and control because they well understood in their local problems. Then the purposes of this study were to investigate the roles of health volunteers in dengue haemorrhagic fever prevention and control in the regional health board,

Dontum Hospital, Nakorn Pathom province and the effect of various personal factors (sex, age, education, duration of work, training, and dengue awareness information) to their roles in dengue haemorrhagic fever prevention and control. The sample from cross-sectional study comprised of 226 health volunteers in the regional health board, Dontum Hospital. The instrument was a constructed questionnaire. The statistics used for data analyzing were percentage, arithmetic mean, standard deviation (S.D.), t-test, F-test and LSD (Least Significant Difference).

The results of the data showed that the roles of health volunteers in dengue haemorrhagic fever prevention and control was high level. Gender played a role in dengue haemorrhagic fever control and prevention (p -value = 0.001) Whereas, age, education, work period, training and dengue haemorrhagic fever perception had no significant difference. The budget support, new technology and various public relations may enhance the operational potential for health volunteers in dengue haemorrhagic fever prevention and control accurately and rapidly.

Keywords : Roles, Health Volunteers, Dengue Haemorrhagic Fever Prevention and Control

บทนำ

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคที่เกิดขึ้น เมื่อประมาณ 60 ปี โดยเริ่มระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อ พ.ศ.2497 ประเทศไทยเริ่มพบผู้ป่วย ตั้งแต่ปี 2492 และเกิดโรคไข้เลือดออกระบาดใหญ่ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 ที่ กรุงเทพมหานคร ต่อจากนั้นก็มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี และมีการระบาดเป็นแบบปีหนึ่งสูงและปีถัดมาลดต่ำลง หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่าง ๆ โดยเฉพาะหัวเมืองใหญ่ ที่มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จนในที่สุดพบว่ามีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้จากทุกจังหวัดของประเทศไทยและรูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกก็ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นแบบปีเว้นปีมาเป็นแบบสูง 2 ปี แล้วลดต่ำลงหรือลดลง 2 ปี แล้วเพิ่มสูงขึ้น⁽¹⁾ จากข้อมูลสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ในปี 2559 พบผู้ป่วย 57,425 ราย เสียชีวิต 55 ราย และในช่วงฤดูฝนที่ผ่านมา มีผู้ป่วยน้อยกว่าที่คาดการณ์ไว้ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยในภาพรวมลดลงเมื่อเทียบกับปี 2558 และพบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเด็กโต

อายุ 7-14 ปี สำหรับการพยากรณ์โรคปี 2560 คาดว่า จะมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ตลอดทั้งปี ประมาณ 37,500 ราย และการระบาดของโรคไข้เลือดออก อาจเกิดขึ้นจากปัจจัยอื่น ๆ อีกจึงควรพิจารณาในการประเมินสถานการณ์ของโรคโดยละเอียด ตลอดจนการติดตามสถานการณ์ของโรค การเตรียมความพร้อม เพื่อป้องกันมิให้มีการแพร่กระจายของโรคไปยังพื้นที่อื่น ๆ⁽²⁾

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดนครปฐม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2560 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 41 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 4.97 ต่อแสนประชากรซึ่งอัตราป่วยเป็นอันดับที่ 17 ของประเทศไทย ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 28 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3.40 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 10-14 ปี จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2554-2559 การระบาดของโรคไข้เลือดออก ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและลักษณะการระบาดไม่มีรูปแบบจำเพาะตอนตม พบว่า สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์

2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 1 ราย อัตราป่วย 3.77 ต่อแสนประชากร และพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ติดต่อกับอำเภอดอนตูม ได้แก่ อำเภอเมือง จำนวน 15 ราย อัตราป่วย 7.01 ต่อแสนประชากร อำเภอนครชัยศรี จำนวน 3 ราย อัตราป่วย 2.50 ต่อแสนประชากร อำเภอบางเลน จำนวน 3 ราย อัตราป่วย 3.71 ต่อแสนประชากรและอำเภอกำแพงแสน จำนวน 4 ราย อัตราป่วย 3.32 ต่อแสนประชากร แสดงให้เห็นแนวโน้มอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ยังคงสูงขึ้น การระบาดยังมีอยู่อย่างต่อเนื่องและอาจมีการระบาดใหญ่ขึ้นอีกโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน ซึ่งประชากรกลุ่มนี้มีการเคลื่อนย้ายเข้าออกในพื้นที่ ๆ มีการระบาดของโรคอยู่ตลอดเวลา⁽³⁾

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มหมู่บ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agent) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนการให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยเน้นบทบาทและการมีส่วนร่วมของประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับหมู่บ้านของกระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นเครือข่ายองค์กรหรือกลไกของประชาชนที่สำคัญที่มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของประชาชนในท้องถิ่น นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้นำชุมชนหรือผู้ที่ประชาชนให้ความนับถือเลือกตั้งเข้ามา ตลอดจนเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นจึงมีความเข้าใจปัญหา

อุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีที่สุด⁽⁴⁾

ดังนั้น ผู้ศึกษาวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าระดับบทบาทการปฏิบัติอยู่ในระดับใด และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เครือข่ายบริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประกอบการพิจารณาวางแผนและดำเนินการต่าง ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาระดับบทบาทและศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของบทบาทของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดำเนินการศึกษาและเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2560 ถึง 30 มีนาคม 2560 ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือ อสม. เครือข่ายบริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม จำนวน 533 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้ศึกษาสุ่มตัวอย่างจากตารางเครซี่แอนดัมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 226 คน และสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วน⁽⁵⁾ โดยแบ่ง อสม. ในเครือข่ายบริการโรงพยาบาลดอนตูม ตามสัดส่วนประชากรจำแนกตามสถานบริการที่รับผิดชอบ จำนวน 226 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีลักษณะผสมระหว่างคำถามแบบปลายปิด (Closed End) และปลายเปิด (Open End) แบบประมาณค่า (Rating Scale)⁽⁶⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากการศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยที่ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลา

ปฏิบัติงาน การเข้ารับการอบรมโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 2) บทบาทของอสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 3. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ลักษณะคำถามแบบปลายปิด แบบมาตราส่วน (Rating Scale) โดยแบ่งระดับบทบาทออกเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย เกณฑ์ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ระดับ

1.00 - 1.66 น้อย

1.67 - 2.33 ปานกลาง

2.34 - 3.00 มาก

3) แบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. เก็บข้อมูลโดยขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย และออกชี้แจงรายละเอียดของการตอบแบบสอบถามให้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขในวันประชุมประจำเดือน

วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation = S.D.) เพื่อบรรยายคุณลักษณะข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และวิเคราะห์ระดับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน ได้แก่ สถิติ t - test ในการทดสอบหาความแตกต่างระหว่างตัวแปรที่แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ในกรณีที่ตัวแปรอิสระ จำแนกเป็นสองกลุ่มหรือสองระดับ และ F-test ในทดสอบความแตกต่างของตัวแปรที่มีการแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มขึ้นไป ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของ อสม. วิเคราะห์ความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วย LSD (Least Significant Difference) ของ ฟิชเชอร์ (Fisher)

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 226 คน พบว่าเป็นเพศชาย 130 คน ร้อยละ 57.5 และหญิง 96 คน ร้อยละ 42.5 มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี มากที่สุด จำนวน 85 คน ร้อยละ 37.6 รองลงมาอายุระหว่าง 31 - 40 ปี 79 คน ร้อยละ 35.0 อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป 48 คน ร้อยละ 21.2 และอายุ ระหว่าง 20-30 ปี 14 คน ร้อยละ 6.2 การศึกษา พบว่า จบการศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช./ปวส.) มากที่สุด จำนวน 92 คน ร้อยละ 40.7 รองลงมาจบการศึกษา ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา จำนวน 75 คน ร้อยละ 33.2 และระดับปริญญาตรี จำนวน 59 คน ร้อยละ 26.1 ระยะเวลาปฏิบัติงาน พบว่า อสม. มีระยะเวลาปฏิบัติงานไม่เกิน 10 ปี และ ระหว่าง 11 - 20 ปี เท่ากัน จำนวน 91 คน ร้อยละ 40.3 รองลงมา 21 ปีขึ้นไป จำนวน 44 คน ร้อยละ 19.4 การเข้ารับการอบรมโรคไข้เลือดออก พบว่า อสม. เคยเข้ารับการอบรมโรคไข้เลือดออก จำนวน 186 คน ร้อยละ 82.3 และ ไม่เคยเข้ารับการอบรมโรคไข้เลือดออก จำนวน 40 คน ร้อยละ 17.7 การได้รับรู้ข่าวสาร พบว่า อสม. ได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ช่องทางไลน์ (Line) มากที่สุด จำนวน 90 คน ร้อยละ 39.9 รองลงมาเจ้าหน้าที่ของรัฐ/อสม. จำนวน 62 คน ร้อยละ 27.5 โทรทัศน์/วิทยุ จำนวน 36 คน ร้อยละ 15.3 หนังสือพิมพ์/สิ่งพิมพ์จำนวน 16 คน ร้อยละ 7.3 และเฟสบุ๊ค (Facebook) และ อินเทอร์เน็ต (Internet) 11 คน เท่ากันคือ ร้อยละ 5.0

2. บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเครือข่ายบริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 2.73 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านปรากฏว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการประเมินผล และ ด้านการดำเนินการ

3. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ดังนี้

ด้านการวางแผน

1) หน่วยงานในท้องถิ่น ยังขาดการกำหนดนโยบายและวางแผนงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขยังอยู่ในอันดับท้ายๆ และไม่มีการวางแผนจัดทำงบประมาณไว้อย่างต่อเนื่อง

2) การวางแผนงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ในหมู่บ้านและตำบล

ด้านการดำเนินการ

1) ขาดทรัพยากรในด้าน งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ยานพาหนะ เครื่องพ่นสารเคมี สารเคมี สื่อประชาสัมพันธ์ และสิ่งสนับสนุนไม่เพียงพอ

2) ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งนี้อาจเนื่องจากประชาชนให้ความสำคัญต่อการประกอบอาชีพ

3) สภาพพื้นที่ในความรับผิดชอบบางหมู่บ้านและตำบลบางแห่งเอื้อต่อการเกิดโรคและการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก

ด้านการประเมินผล

1) ขาดการประเมินผลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่ทราบถึงปัญหาอุปสรรคและสิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2) การประเมินผลการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกควรประเมินผลให้ครอบคลุมในทุกๆ หมู่บ้าน เพื่อให้ทราบปัญหาที่แท้จริง และสามารถนำไปแก้ไขการดำเนินงานในระยะต่อไป

ตารางที่ 1 ระดับบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านต่างๆ (n = 226)

บทบาทในด้าน	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การวางแผน	2.63	0.59	มาก
การดำเนินการ	2.34	0.61	มาก
การประเมินผล	2.57	0.59	มาก
รวม	2.73	0.86	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เครือข่ายบริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 2.73 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านปรากฏว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการวางแผน มีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 2.63 ด้านการประเมินผล มีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 2.57 และ ด้านการดำเนินการ มีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 2.34

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตาม เพศ (n = 226)

เพศ	n	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ชาย	130	2.51	0.68	-1.838	<0.001
หญิง	96	2.66	0.49		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า เพศของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิง มีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มากกว่าเพศชาย รายละเอียดดังตารางที่ 2

อภิปรายผล

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศแตกต่างกัน บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศหญิง มีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างกับเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 และเพศชาย มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.51 นั่นคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นเพศหญิง มีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มากกว่าเพศชาย ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของเบอร์นาร์ด (Bernard 1958:147-157⁽⁷⁾) ที่กล่าวว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม และคัฟแมน (Kaufman 1949:528)⁽⁸⁾ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ เอกรินทร์ โปตะเวช⁽⁹⁾ พบว่า เพศ มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พหุเท่ากับ 0.047 กับผลการศึกษาของ วิชัย ศรีผา⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า อสม. ที่มี เพศ แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กฤษ ตะภา⁽¹¹⁾ พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล

ได้แก่ เพศ มีผลต่อการมีส่วนร่วมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เครือวัลย์ ทาแดง⁽¹²⁾ ที่พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับบทบาทการจัดทำแผนชุมชนด้านสุขภาพของ อสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

จากผลการวิจัยการที่ อสม.เพศหญิง มีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ อุ่นเรือน ทองอยู่สุข⁽¹³⁾

ที่กล่าวว่า สตรี คือ ผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศในแทบทุกด้าน อีกทั้งยังต้องแบกรับภาระงานบ้าน ดูแลบุตร จัดหาอาหาร ดูแลสุขภาพของสมาชิกภายในครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วย สตรีเป็นผู้ให้ความรักและความอบอุ่นแก่บุตร ชัดเกล้า สั่งสอน รวมถึงการปลูกฝังจิตสำนึกในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมให้กับคนในครอบครัว และบทบาทของสตรีในแต่ละด้านยังคงมีความสำคัญเสมอมา สตรี เป็นผู้มีความสำคัญต่อการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนสู่ความเป็นชุมชนเข้มแข็ง การสร้างภาวะผู้นำสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การที่สตรีมีภาวะผู้นำในการเข้าร่วมบริหารจัดการกับกลุ่มองค์กร ที่มีการผสมผสานในมิติชายหญิง เพื่อสร้าง

ความเข้มแข็งโดยการมองกิจกรรมที่ปฏิบัติสตรีกี่จะเข้าไปมีส่วนร่วม ทำให้ชุมชนมีจุดแข็งและมีการพัฒนาในส่วนต่างๆ ตามมาที่ส่งผลให้ชุมชนพัฒนาไปสู่ทางที่ดีขึ้น

2. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เครือข่ายบริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีระดับบทบาทโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย (\bar{X}) เท่ากับ 2.73 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านปรากฏว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของสมศักดิ์ แต่งยามา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับสูง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษตะภา⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอสม.อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจาก อสม.ได้รับทราบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและกรอบแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในการดำเนินการและเป็นองค์กรหรือกลไกของประชาชนที่สำคัญที่มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของประชาชนในท้องถิ่น การสร้างทางเลือกใช้เทคนิคการระดมสมองคำนึงความสอดคล้องระหว่างปัญหาของจุดประสงค์และศักยภาพของ อสม. นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทหน้าที่ในการวิเคราะห์ความพร้อมด้านทรัพยากรและงบประมาณที่นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อกระบวนการวางแผนที่เป็นหัวใจหลักที่สำคัญ การให้ความสำคัญในการปรับปรุงสภาพพื้นฐาน กระบวนการดำเนินงาน และวางแนวทางการบริหารจัดการให้มีคุณภาพ หัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกคือเร่งสร้างพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็ง การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก โดยใช้ทรัพยากร

ในท้องถิ่น การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายทางกายภาพ เป็นวิธีที่สามารถแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประหยัดอีกทั้ง อสม. เป็นผู้ที่มีหน้าที่ตามที่ดินมอบหมายตามระเบียบแบบแผน ข้อบังคับหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และเป็น“ผู้นำ” ในการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเต็มใจในการปฏิบัติงานทำให้องค์กรดำเนินงานลุล่วงไปตามเป้าหมายที่ต้องการ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องสร้างความสัมพันธ์อันดีกับ อสม. โดยสร้างแรงจูงใจในการทำงาน การสร้างขวัญกำลังใจ การรับทราบบทบาทหน้าที่ มีอิทธิพลต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล การแสดงความคิดเห็น การยอมรับฟัง และการให้คำแนะนำรางวัลแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานดีต้องรับรู้ในความคิดของเขาโดยให้คำแนะนำความดีเป็นการเสริมแรงบวก (Positive Reinforcement) ซึ่งจะทำให้ อสม.มีส่วนร่วมตามบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมากขึ้น

2. ควรปรับแนวคิด ทศนคติ และการสร้างความตระหนักให้อสม. ได้เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนด้านวิชาการและสร้างความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ภารกิจ ซึ่งมีแนวทางดังนี้

2.1 สนับสนุนให้อสม.เข้ามามีบทบาทพัฒนาสิ่งแวดล้อมในบ้านเรือนและในท้องถิ่น ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ตัวประชาชนมากที่สุด เพื่อไม่ให้เอื้อต่อการเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก

2.2 การพัฒนาที่ตัวอสม.ได้รับรู้ถึงบทบาทหน้าที่และภารกิจที่รับผิดชอบอย่างถูกต้อง ในการป้องกันและการควบคุมด้วยตนเองจากโรคไข้เลือดออก การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การให้คำแนะนำแก่ประชาชน และปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีจะทำแผนงาน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ผลบรรลุตามวัตถุประสงค์

2.3 การพัฒนาเทคโนโลยีที่จะส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อเพิ่มศักยภาพให้อสม. มีความสามารถดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วทันเวลา ซึ่งแนวทางดังกล่าวจะลดอัตราป่วย อัตราตายของประชาชนในเขตรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผู้ศึกษาได้สรุปปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจากการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ในด้านการวางแผน ด้านการดำเนินงาน และด้านการประเมินผล ซึ่งควรนำปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของ อสม. ไปปรับแผนการดำเนินงานและสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องพ่นสารเคมี และสื่อประชาสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระยะต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดีโดยได้รับการสนับสนุนจาก นายแพทย์มนะชัย อิงสุรารักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนตูม และให้คำปรึกษา คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดุสิต สุจิรัตน์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร. นรินทร์ สังข์รักษา มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศเพชรบุรี และนายสุภัทร กตัญญูทิธา หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือในการเก็บข้อมูลและความครบถ้วนตามเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย นายสาโรจน์ ลิ้มปิยะณะ สาธารณสุขอำเภอดอนตูม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการโรงพยาบาลดอนตูม ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลการวิจัย และ อสม. ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดีและขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ปริพนธ์ จุลเจิม, บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เครือข่ายบริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(1): หน้า 15 - 23.

Suggested Citation for this Article

Paripon Juljerm, The Roles of Health Volunteers in Dengue Haemorrhagic Fever Prevention and Control on The Regional Health board Dontum Hospital Nakorn Pathom Province, Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; 2(1): page 15 - 23.

เอกสารอ้างอิง

1. สีวิกา แสงธราทิพย์. ยุงลายกับไข้เลือดออก (ฉบับ MEDLEY). นนทบุรี: สำนักงานควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ; 2544.
2. สำนักระบาดวิทยา. สรุปสถานการณ์โรคไข้เลือดออกประจำสัปดาห์ที่ 10 ปี; 2560. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก www.thaivbd.org (14 Mar. 2017).
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือนมกราคม 2560. นครปฐม: งานระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม; 2560.(อัตสำเนา)
4. สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานที่เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ร.ส.พ.; 2542.
5. วัลลภ รัฐนัตรานนท์. เทคนิควิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2554.

6. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล; 2540.
7. จุริภรณ์ ไถ่บ้านกวย. ความรู้และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขมลพิษทางน้ำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
8. Kaufman, H. F. "Participation in Organization Activities in Selected Kentucky Localities." Agriculture Experiment Station Bulletin. (1949).
9. เอกรินทร์ โปตะเวช. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญา ร.ป.ม. (นโยบายสาธารณะ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2551.
10. วิชัย ศรีผา. การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
11. กฤษ ตะภา. การมีส่วนร่วมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2553.
12. เครือวัลย์ ทาแดง. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกระบวนการจัดทำแผนชุมชนด้านสุขภาพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
13. อุ่นเรือน ทองอยู่สุข. มิติสตรี วิถีสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
14. สมศักดิ์ แต่งยามา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษา อำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2552.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

แนวทางการพัฒนาการทำงานวิจัยของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

Guidelines for The Development of Research of Public Health Staff

On Saraburi Provincial Health Office

วิสุทธิ สุกรินทร์¹, ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา²¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, ²มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิWisut Sugarint¹, Sakchai Pattra²¹Saraburi Provincial Health Office, ²Chaiyaphum Rajabhat University

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุน ปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และศึกษาแนวทางการพัฒนาการทำงานวิจัยของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี โดยการเลือกแบบเจาะจงจากผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมพร้อมการทำผลงานวิชาการในระดับที่สูงขึ้น รวมทั้งสิ้น 50 คน ทำการศึกษาในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 – มกราคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างตามแนวทางการทบทวนบทเรียน (After Action Review: AAR) จากการสนทนากลุ่ม และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ และความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ส่วนประกอบ และแบบอุปนัย

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ดังนี้ ปัจจัยทางบวกที่สนับสนุนการทำวิจัย แรงจูงใจภายในตน ความมุ่งมั่นตั้งใจ การใฝ่เรียนรู้ของบุคลากร การสนับสนุนของผู้บริหารและนโยบายการพัฒนาและส่งเสริมการทำวิจัย ส่วนปัญหาและอุปสรรคของการทำงานวิจัยคือ ความไม่มั่นใจ ในความรู้หรือความชำนาญในการทำวิจัย ไม่มีที่ปรึกษางานวิจัยในหน่วยงาน ไม่มีเวลาขาดงบประมาณสนับสนุนการทำวิจัย ภารกิจงานประจำมีมากและขาดช่องทางการเผยแพร่งานวิจัย ส่วนแนวทางการพัฒนาการทำงานวิจัยแก่บุคลากร ได้แก่ การส่งเสริมการเรียนรู้แก่บุคลากร การพัฒนาทักษะด้านการวิจัยอย่างต่อเนื่อง การสร้างทีมนักวิจัยและทีมพี่เลี้ยงในหน่วยงาน การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการทำวิจัย การจัดเวทีนำเสนอผลงานวิชาการ และการทำวารสารวิชาการสำหรับเผยแพร่บทความวิจัยที่บุคลากรจัดทำขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ควรมีนโยบายและสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะแก่บุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพและทุกระดับด้วยการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านการวิจัยและสนับสนุนงบประมาณที่ต่อเนื่องและจัดทีมพี่เลี้ยงผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชื่อมโยงทั้งภายในและภายนอกองค์กรอย่างชัดเจน

คำสำคัญ: แนวทางการพัฒนา, บุคลากร, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

Abstract

This study is the qualitative research which has the main objective is to study, first, the factors, problems, and obstacles which influence working ability in doing research of public health staff on Saraburi provincial health office. Second, to study guidelines of the research development for public health staff in Saraburi provincial health office. The main interviewees is the staff working in Tambon Health Promoting Hospital, Muang District Public Health Office, primary care hospital and Saraburi provincial health office. By selecting a specific participant from the attendees in the workshop of preparing to do an academic work in higher levels. The sample were selected 50 persons, and they were studied in the period from to November 2016- January 2017. The research tools were in-depth interview followed the after-action review: AAR, a focus group discussion, and workshop. The quality of the research tools was qualified by the experts, and the reliability of information was checked by triangulation method. Data was analyzed using component analysis and analytic induction.

The results showed that the factors which influence to the research development for public health staff in Saraburi provincial health office were positive energy within, self-incentives, personnel motivation, their eagers to learn, the support from the management level and policy. The difficulties of doing research are lacking of self-confident in the knowledge or skills, no assistants in the department, no time, no supporting funds, have too much responsibilities in their routine work, and no channel to publicize their researches. For the development of doing research of staff, there are the encouragement in learning, the development their research potential continuously, the building of researcher teams and mentors, the support of research budgets, managing a researcher conference, creating a research article on the journal of the Saraburi provincial health office newspaper. There are, also, some guidance. The office should create a policy and support the competency of the staff in all fields and at all levels by making a clear employee development planning, and keep supporting funds continue continuously. Lastly, there should clearly be some expertise mentors in the research field connecting through internal and external of the organization.

Keywords: development guidelines, public health staff, Saraburi Provincial Health Office

บทนำ

ในสภาวะของสังคมปัจจุบัน ถือได้ว่าเป็นยุคของการวิจัยที่มุ่งเน้นพื้นฐานของความรู้ (Knowledge-based society) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญของการพัฒนา เศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ ซึ่งในกระบวนการปฏิรูปสุขภาพได้กำหนดให้งานวิจัยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการสร้างการเปลี่ยนแปลง ยกกระดับสุขภาพของ ประชาชนและพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ⁽¹⁾ การพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพ

สอดคล้องกับการพัฒนา เศรษฐกิจ และสังคม โดยใช้ ความรู้ด้านวิชาการที่มาจากการศึกษาหรือการวิจัยเป็นฐาน เพราะกระบวนการวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการ ค้นคว้าและพัฒนาความรู้ในศาสตร์ทุกแขนง ทำให้ มนุษย์รู้จักกระบวนการคิด การค้นหาความจริง สามารถมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุและ ปัจจัยของคำตอบ ซึ่งเป็นรากเหง้าของความคิด จินตนาการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ที่นำวิถีชีวิตก้าวไปสู่ ความเจริญทางวิทยาการต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความมั่นคง

ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยการวิจัยทำให้เกิดการลดช่องว่างทางความรู้ (Knowledge divide) และการจัดการกับองค์ความรู้ (KM หรือ Knowledge management) ทำให้องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปเป็นเครื่องมือในการสร้างพลัง (Research for empowerment) การพัฒนาบุคลากรเป็นหัวใจสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาประเทศให้ขับเคลื่อนไปข้างหน้า⁽²⁾

การวิจัย (Research) เป็นกระบวนการในการศึกษาค้นคว้า เพื่อค้นหาความจริง (Fact) ในเรื่องหนึ่งเรื่องใด โดยใช้หลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นระบบ สามารถพิสูจน์และยืนยันความจริง (Fact) ของสิ่งที่ค้นพบนั้นได้ด้วยกระบวนการวิจัย (Research Methodology) ซึ่งเรียบเรียงเป็นเอกสารที่ชัดเจน กะทัดรัด ถูกต้องและครบถ้วนตามข้อกำหนดทางวิชาการของรายงานผลการวิจัย ที่นิยมและยอมรับกันทั่วโลก และกระตุ้นให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการนำไปศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมให้กว้างขวางและลึกซึ้งยิ่งขึ้น รวมทั้งการนำไปใช้ ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยเป็นพื้นฐานที่จำเป็นอย่างยิ่งยวดของทุก ๆ องค์การที่จะนำไปสู่ความได้เปรียบในการแข่งขัน (Competitive Advantage) อย่างมั่นคงและยั่งยืน⁽³⁾ องค์ความรู้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับองค์กร การพัฒนาขีดความสามารถสมรรถนะและการจัดการความรู้ให้แก่บุคลากรเป็นการสร้างคุณค่า อันจะนำไปสู่การบริหารจัดการที่มีคุณภาพ ซึ่งการวิจัยเป็นเครื่องมือในการแสวงหาความรู้ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่องค์กรยังขาดการบูรณาการ การค้นคว้าวิจัยเข้ากับการพัฒนาบุคลากร ซึ่งทำให้บุคลากรส่วนใหญ่ยังทำงานประจำในแบบเดิม ๆ ขาดการค้นคว้าและนำความรู้มาปรับใช้ในการปฏิบัติ⁽⁴⁾

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว๑๐ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๔๘ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลงานเพื่อเลื่อนแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น โดยผู้ที่ได้รับคัดเลือกต้องส่งผลงานประเมินตามหัวข้อเรื่องที่ได้เสนอไว้ใน

ขั้นตอนการคัดเลือกบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้คณะกรรมการได้ประเมินผลงาน โดยมีข้อกำหนดให้ผลงานที่ส่งประเมินจะต้องประกอบด้วยผลงานที่เกิดจากงานในภาระหน้าที่ความรับผิดชอบผลงานวิชาการด้านการวิจัย และข้อเสนอแนวคิดวิธีการเพื่อพัฒนางาน หรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งในการผลิตผลงานด้านวิจัย ที่ผ่านมามีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือบุคลากรสาธารณสุขยังขาดความรู้ความเข้าใจ ในการเขียนผลงาน เนื่องจากขาดทักษะและประสบการณ์ในการพัฒนาตนเอง และบางคนไม่เคยได้รับการฝึกอบรมการทำวิจัยหรือการเขียนผลงานทางวิชาการ รวมทั้งปัญหาด้านการครอบครัวยังขาดการวางแผนการจัดการเวลา ทำให้ไม่มีเวลาผลิตผลงานทางวิชาการ ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารทั้งในด้านข้อมูลข่าวสาร และงบประมาณ การจัดกิจกรรมสร้างบรรยากาศทางวิชาการ นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคด้านระเบียบหลักเกณฑ์ที่เปลี่ยนแปลงความถนัดที่แตกต่างกันของผู้อ่านงานวิชาการ พร้อมทั้งยังขาดการเตรียมความพร้อมในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยทางวารสารวิชาการ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าผลงานวิชาการ หรือผลงานวิจัยไม่สัมพันธ์กับตำแหน่งที่ขอประเมิน ชื่อเรื่องกับเนื้อหาไม่สอดคล้องกัน บทความไม่กระชับ ไม่ได้สาระทางวิชาการใช้อ้างอิงไม่ได้ ขาดบทคัดย่อ ไม่ระบุวัตถุประสงค์ ไม่มีวิธีดำเนินการ และสรุปผลที่ได้ไม่ครบถ้วน วัตถุประสงค์ไม่ชัดเจน และไม่สอดคล้อง กับเนื้อหา ขาดบทสรุป ไม่แสดงรายละเอียดในการจัดทำเครื่องมือในการวิจัย ขาดบรรณานุกรม หรือเอกสารอ้างอิง และเขียนไม่ถูกต้องไม่ทันสมัย⁽⁶⁾ การตระหนักถึงความสำคัญของผลงานทางวิชาการ เป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่จะทำให้บุคลากรมีการค้นคว้าและผลิตผลงานทางวิชาการออกมามากขึ้น ซึ่งเจตคติต่อการผลิตผลงานทางวิชาการเป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มส่งผลให้เกิดคุณค่าในตนเอง มีความอดทน อุทิศเวลาในการผลิตผลงานทางวิชาการเพื่อเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการ⁽⁷⁾

ปัจจัยที่ทำให้ไม่มีเวลาผลิตผลงานทางวิชาการให้แล้วเสร็จได้ตามระยะเวลาที่วางแผนไว้ ได้แก่ ภาระงานตามตัวชี้วัดมีมาก มีงานบริการในชุมชน ภาระงานอื่นที่ไม่ได้คาดคิดจากภายนอกหน่วยงาน⁽⁸⁾ รวมถึง การขาดความรู้ ประสบการณ์ และทักษะด้านระเบียบวิธีวิจัย นับเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้บุคลากรไม่คิดที่จะทำวิจัย และมองภาพของการวิจัยว่าเป็นสิ่งยุ่งยาก สลับซับซ้อนและเข้าใจยากไม่สามารถจะทำวิจัยได้ แม้จะตระหนักดีว่าการวิจัยนั้นถือเป็นหน้าที่ แต่ก็พยายามเข้ารับการศึกษาอบรมในหลักสูตรระยะสั้น เพื่อเพิ่มพูนความรู้ โดยเล็งเห็นคุณประโยชน์และมีเจตคติที่ดีต่อการทำวิจัย เนื่องจาก การวิจัยส่งเสริมให้เกิดความเป็นเลิศทางวิชาการ สร้างชื่อเสียงและเกียรติคุณ การทำวิจัยไม่ทำให้เสียเวลาหรือสูญเสีย สามารถบูรณาการการวิจัยกับการทำงาน และนำการวิจัยมาพัฒนางาน ตลอดจนจนการวิจัยเป็นกลไกสร้างคนให้มีความสามารถทางวิชาการ⁽⁹⁾ การสร้างบรรยากาศการวิจัยในองค์กร มีแหล่งค้นคว้าเอกสาร กำหนดนโยบายและแนวทางการทำงานวิจัยของหน่วยงานอย่างชัดเจน เป็นตัวบ่งชี้ต่อความสำเร็จ⁽¹⁰⁾ สำหรับบุคลากรเองต้องมีแนวทางการพัฒนาตนเอง คือ เสียสละเวลานอกเวลาราชการ นำโครงการมาต่อยอดเป็นงานวิจัย สร้างความตระหนักรู้ ค้นคว้าด้วยตนเอง อ่านและฝึกเรียนรู้ภาษาอังกฤษ ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในมหาวิทยาลัย วางแผนการเขียนบทความ เข้าอบรมการเขียนผลงานทางวิชาการสมัครสมาชิกในระบบบริหารจัดการงานวิจัยแห่งชาติ⁽¹¹⁾

2) การสืบค้นเอกสาร และงานวิจัยจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง การกำหนดปัญหาวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัยได้อย่างถูกต้องและการมีความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย เวลาที่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพงานวิจัย ส่วนทัศนคติต่อการทำวิจัยเป็นการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ โดยมีเป้าหมายของการทำวิจัยอยู่ที่ประโยชน์ทางวิชาการมากกว่าเงินค่าตอบแทน ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยที่เอื้อต่อการทำวิจัย ได้แก่ ด้านงบประมาณ ด้านสิ่งแวดล้อม วัสดุ อุปกรณ์

เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวก⁽¹²⁾

ผู้วิจัย ในฐานะผู้รับผิดชอบงานด้านการพัฒนาบุคลากรด้านการวิจัย/ วิจัย R2R และการจัดการความรู้จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน ปัญหาและอุปสรรคของการทำวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขและค้นหาแนวทางการพัฒนาและส่งเสริมการทำวิจัยให้แก่บุคลากร เพื่อการเพิ่มสมรรถนะด้านการวิจัยให้แก่บุคลากรและองค์กร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี พร้อมกับส่งเสริมการนำผลจากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสุขภาพให้แก่ประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุน ปัญหาและอุปสรรคในการทำวิจัยของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาการทำงานวิจัยของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ จัดเก็บและรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ กระบวนการกลุ่ม (Focus Group) โดยใช้แบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง ตามแนวทางการทบทวนบทเรียน (After Action Review: AAR) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยการเลือกแบบเจาะจงจากผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมการทำผลงานวิชาการในระดับที่สูงขึ้นรวมทั้งสิ้น 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างจากการสนทนากลุ่ม และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ

และความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ส่วนประกอบ และแบบอุปนัย ทำการศึกษาในช่วงตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2559 ถึง มกราคม 2560

ผลการวิจัย

จากการจัดประชุมกระบวนกรกลุ่ม (Focus Group) ในประเด็นเกี่ยวกับความคาดหวังของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เข้าร่วมเรียนรู้การทำวิจัยตามความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมต่างแสดงความคิดเห็นว่าการเรียนรู้การทำวิจัย จะช่วยพัฒนาบุคลากรในการวิจัยงานประจำ (Routine to Research: R2R) และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานประจำสำหรับการแก้ไขปัญหาและตอบโจทย์ด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างถูกต้อง อันจะทำให้ตนเองมีผลงานมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อความเจริญก้าวหน้าในอาชีพ นอกจากนี้ยังมีข้อค้นพบจากการวิจัยสามารถสรุปเป็นประเด็นเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุน ปัญหาและอุปสรรคในการทำวิจัยของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย ปัจจัยทางบวก ได้แก่ แรงจูงใจภายในตน ความมุ่งมั่นตั้งใจ การใฝ่เรียนรู้ของบุคลากร การสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหารของผู้บริหารและนโยบายการพัฒนาและส่งเสริมการทำวิจัย โดยบุคลากรเองต้องมีความพร้อมที่จะเปิดใจเรียนรู้ในด้านข้อมูล มีความรู้ และประสบการณ์ มีทีมงานหรือมีทีมพี่เลี้ยง ส่วนปัญหาและอุปสรรคของการทำงานวิจัยคือภาระงานประจำมีมากขาดที่ปรึกษา ความไม่มั่นใจในความรู้หรือความชำนาญในการทำวิจัยของตนเอง ไม่มีที่ปรึกษางานวิจัยในหน่วยงานที่ต่อเนื่อง ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการทำวิจัยและขาดช่องทางการเผยแพร่งานวิจัย

2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาการทำงานวิจัยของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า มีแนวทางที่สำคัญสำหรับการพัฒนาการทำงานวิจัยของบุคลากร ได้แก่ การส่งเสริมการเรียนรู้โดย เปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาทักษะด้านการวิจัยอย่างต่อเนื่อง การสร้างทีมนักวิจัยและทีมพี่เลี้ยงประจำในหน่วยงานทุกระดับ การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการทำวิจัยอย่างต่อเนื่อง การจัดเวทีนำเสนอผลงานวิชาการ ทั้งในรูปแบบของโปสเตอร์ การนำเสนอบนเวที การทวารสารวิชาการสำหรับเผยแพร่บทความวิจัยที่บุคลากรจัดทำขึ้นและจัดทำแหล่งเก็บข้อมูลหรือเอกสารผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมภายในหน่วยงานอย่างชัดเจน

อภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน ปัญหาและอุปสรรคด้านการวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสระบุรี ที่พบว่า มีปัจจัยทางบวกที่สนับสนุนการทำวิจัย ประกอบด้วย แรงจูงใจภายในตน ความมุ่งมั่นตั้งใจ การใฝ่เรียนรู้ของบุคลากร การสนับสนุนของผู้บริหารและนโยบายการพัฒนาและส่งเสริมการทำวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการสร้างสรรคผลงานทางวิชาการของอาจารย์มหาวิทยาลัยเอกชนคือ การได้รับการสนับสนุนและให้กำลังใจจากเพื่อนร่วมงาน การมีสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้วยบรรยากาศของความไว้วางใจ มีอิสระในความคิด มีการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ความสัมพันธ์ของพนักงานที่มีต่อผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน⁽¹³⁾ และปัจจัยแรงจูงใจในการทำวิจัย ได้แก่ ด้านการเห็นคุณค่าของตนเอง การรับฟังข้อเสนอแนะจากบุคคลอื่นอย่างมีเหตุผล มักได้รับการยอมรับจากคนส่วนใหญ่ และทำให้มีความมั่นใจในการทำวิจัยมากขึ้น⁽¹²⁾ ส่วนปัญหาและอุปสรรคของการทำงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุข คือ ความไม่มั่นใจในความรู้หรือทักษะความชำนาญใน

การทำวิจัย ไม่มีที่ปรึกษางานวิจัยในหน่วยงาน ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการทำวิจัย มีภารกิจงานประจำมากและขาดช่องทางการเผยแพร่ผลงานวิชาการไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กร และผู้บริหารทำให้ขาดแรงจูงใจในการผลิตผลงานทางวิชาการโดยเหตุผลที่ไม่ต้องการทำผลงานวิชาการสูงสุดคือ ไม่มีแรงจูงใจที่ดีพอ แนวทางการพัฒนาด้วยการพยายามพูดคุยกับผู้บริหารบ่อยๆ และผู้บริหารต้องมีแนวทางการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากร เช่น ให้เงินขวัญถุงพิเศษกับบุคลากรที่ทำงานวิจัย⁽¹⁴⁾

2. จากผลการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาการทำผลงานวิจัยแก่บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดสระบุรี มีแนวทางที่สำคัญคือ การส่งเสริมการเรียนรู้แก่บุคลากร การพัฒนาทักษะด้านการวิจัยอย่างต่อเนื่อง การสร้างทีมนักวิจัยและทีมพี่เลี้ยงในหน่วยงาน การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการทำวิจัย การจัดเวทีนำเสนอผลงานวิชาการ และการทำวารสารวิชาการสำหรับเผยแพร่บทความวิจัยที่บุคลากรจัดทำขึ้น ผู้บริหารจะต้องสนับสนุนภารกิจด้านการวิจัยอย่างจริงจังโดยการกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจน สนับสนุนเงินอุดหนุนงานวิจัยให้มีจำนวนเพียงพอ⁽¹⁵⁾ และแนวทางการผลิตผลงานทางวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในอันดับแรกเริ่มต้นต้องเตรียมความพร้อมสำหรับการผลิตผลงานทางวิชาการ มีขั้นตอนในการวางแผน การผลิตผลงานทางวิชาการจนถึงขั้นการตีพิมพ์เผยแพร่ภายใต้การได้รับการสนับสนุนการผลิตผลงานทางวิชาการ จากหน่วยงาน สำหรับตัวบุคลากรเองแล้วต้องมีแนวทางการพัฒนาตนเองได้แก่ การทำงานวิจัยแบบมีหัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ร่วมวิจัย จับคู่กันทำงานวิจัย สลับกันเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ร่วมวิจัยกับอาจารย์ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย รวมถึงการชวนเพื่อนร่วมงานผลิตผลงานทางวิชาการ การให้กำลังใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน^(11,13) บุคลากรที่มีผลงานการวิจัย ผู้บังคับบัญชามักให้ความเชื่อถือและไว้วางใจ เพื่อนร่วมงานให้การยอมรับ ถือเป็นความ

ท้าทายความสามารถของบุคลากรสายวิชาการ สำหรับการพัฒนาด้านวิชาการ⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีควรนำผลจากการศึกษาในครั้งนี้ไปกำหนดเป็นนโยบายสำหรับการส่งเสริมทักษะการทำวิจัยในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง สำหรับส่งเสริมการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

2. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ทั้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปควรจัดทีมพี่เลี้ยงเพื่อการทำวิจัยให้แก่บุคลากรในสังกัดอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจในการผลิตผลงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการเพื่อเปรียบเทียบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน

2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำผลงานวิจัยด้านต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในชุมชนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ โรงพยาบาลชุมชน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

วิสุทธิ์ สุกรินทร์. แนวทางการพัฒนาการทำงานวิจัยของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(1): หน้า 24 - 31.

Suggested Citation for this Article

Sugarint W. Guidelines for The Development of Research of Public Health Staff On Saraburi Provincial Health Office, Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; 2(1): page 24-31.

เอกสารอ้างอิง

1. จิรุต ศรีรัตนบัลล์และภาวิกา ปิยะมาพรชัย. รูปแบบกลไกการจัดการของระบบวิจัยสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
2. จรัส สุวรรณเวลา. (2557). ปาฐกถา “การวิจัยกับการพัฒนาประเทศ”. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.trf.or.th/index.php?option=com.> (วันที่สืบค้นข้อมูล: 15 ธันวาคม 2559).
3. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. การทำงานประจำให้เป็นผลงานทางวิชาการ (Routine to Academics: R2A).วารสารบริหารงานสาธารณสุข ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน); 2552.
4. วัลยาภรณ์ ทังสุภุติ. การจัดการความรู้ด้วยการวิจัยสู่การพัฒนาผลการปฏิบัติราชการ สสจ.แพร่. บทคัดย่อผลงานวิชาการในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2559. “ก้าวที่มั่นคง สู่สังคม สุขภาพที่ยั่งยืน” (6-8 กันยายน 2559). สงขลา; 2559.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์(ตำแหน่งประเภททั่วไป) และตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะตำแหน่งระดับ 8 ลงมา.นนทบุรี; 2549.
6. คณะกรรมการประเมินผลงานวิชาการเพื่อเลื่อนระดับ แนวทางการประเมินผลงานวิชาการเพื่อประเมินเลื่อนระดับชำนาญการและชำนาญการพิเศษ.สาขาพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข.เขตบริการสุขภาพที่ 2. กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
7. กาญจนา ค้ายาดี.. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล บรรยากาศทางวิชาการกับผลผลิตทางวิชาการของอาจารย์พยาบาล สถานศึกษาพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2538.
8. เขาวรัตน์ รุ่งสว่าง และคณะ. “ความพึงพอใจของอาจารย์ต่อระบบและกลไกการสร้างแรงจูงใจในการผลิตผลงานวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี”. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) หน้า 1-6; 2554.
9. สมเจตน์ นาคเสวี, อุสมาน ราชฤทธิ์นิยม, สุสนา เจาะเลาะ. รายงานการวิจัยเรื่องเจตคติต่อการวิจัยและปัจจัยที่เอื้อต่อการทำวิจัยของบุคลากรวิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. ปัตตานี: วิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี; 2550.
10. จีตติพร ตันติศรียานุรักษ์และคณะ.ปัจจัยที่มีต่อการทำวิจัยของบุคลากร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.(รายงานวิจัย). กรุงเทพมหานคร: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; 2548.
11. ลัดดา ศรีอัมพรเอกกุล ,พิทักษ์ ศิริวงศ์.สภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนาตนเองในการผลิตผลงานทาง วิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ของกลุ่มอาจารย์วิทยาลัยน่าน.อุตรดิตถ์.มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์; 2555.
12. วนิดา พิงสระน้อย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำวิจัยของบุคลากรสายวิชาการ กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2556.
13. จุฑามาต สนกกน.ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการของอาจารย์สถาบันอุดมศึกษาเอกชน.

- [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต].
กรุงเทพฯ. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; 2553.
14. ทรงสิริ วิชิรานนท์. “การทำผลงานทางวิชาการ
เพื่อดำรงตำแหน่งวิชาการของอาจารย์คณะ
ศิลปศาสตร์”. วารสารวิชาการและวิจัย มทร.
พระนคร. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (กันยายน 2552): หน้า
167-179; 2552.
 15. สจิวรรณ ทรรพวุส. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำวิจัย
ทางการศึกษาของอาจารย์ในสถาบันราชภัฏ
เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์การศึกษา
ดุษฎีบัณฑิต (การอุดมศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2540.
 16. ศรุตาศัยสุวรรณและคณะ. ปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้า
สู่ตำแหน่งทางวิชาการของอาจารย์ในมหาวิทยาลัย
เอกชน. วารสาร ศึกษาศาสตร์. ปีที่ 18 ฉบับที่ 2
เดือนพฤศจิกายน - มีนาคม .หน้า 85; 2550.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลการประเมินระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ในพื้นที่ระดับตำบล Evaluation of Sub-district Event - based surveillance system

ศิริมา ธนานันท์¹, พูลทรัพย์ โพนสิงห์¹, สหพล ร่วมจิตร์¹, เตือนใจ นุชเทียน¹¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯSirimaThananun¹, Poolsap Phonsingh¹, Sahapol Ruamjit¹, Tuenjai Nuchtean¹¹Office of Disease Prevention and Control, Region 1 Bangkok

บทคัดย่อ

การประเมินระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ในพื้นที่ระดับตำบล โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ประเมินตามเกณฑ์การประเมินระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ในแบบฟอร์มแบบสอบถามตามแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบล ของสำนักระบาดวิทยา และสัมพันธ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี และพระนครศรีอยุธยา ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 – 31 กรกฎาคม 2558 สุ่มตัวอย่างข้อมูลข่าวเหตุการณ์ที่บ้านตึกในทะเบียนรับแจ้งจากระดับตำบลในช่วงปี 2557 จำนวน 135 ข่าว แล้วนำข้อมูลที่ได้มาประเมินคุณภาพการแจ้งข่าว การจัดการข่าว และลักษณะของข้อมูลข่าวที่ได้รับแจ้ง โดยวิธี Content Analysis วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel

ผลการศึกษาการประเมินคุณภาพการแจ้งข่าวพบว่า แหล่งข่าวสำคัญในการแจ้งข่าว/เหตุการณ์ในชุมชนไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีข่าวในทะเบียนรับแจ้งมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ข่าวขึ้นไป ร้อยละ 50.00 และเป็นข่าวที่เข้าเกณฑ์ต้องแจ้ง ร้อยละ 91.11 โดยข่าว/เหตุการณ์ที่รับแจ้งส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์การเกิดโรคในคน โดยป่วยด้วยโรคที่สำคัญในพื้นที่ (ร้อยละ 100.00) รองลงมาคือ เหตุการณ์เกี่ยวกับอันตรายจากสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 58.34) ภายหลังรับแจ้งข่าว/ เหตุการณ์เจ้าหน้าที่จะมีการจัดการและตอบสนองต่อข่าว/เหตุการณ์ได้ทันเวลาภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 87.40 โดยเริ่มจากการกรองและตรวจสอบข่าว/ เหตุการณ์ ด้วยหลากหลายวิธี เช่น ลงตรวจสอบข่าวในพื้นที่ด้วยตนเอง โทรสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม และสอบถาม อสม.ในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบยืนยันและหาข้อมูลเพิ่มเติมและนำไปสู่การดำเนินการสอบสวนโรค ซึ่งจากข่าว/ เหตุการณ์ที่ผ่านมาทีม SRRT ตำบลเกือบทุกแห่งสามารถดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคเบื้องต้นได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่งได้รับแจ้งข่าว/ เหตุการณ์จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหลัก ขณะที่การรับแจ้งจากแหล่งข่าวอื่น ๆ ในชุมชนยังมีน้อยและยังไม่มีกรขยายไปยังแหล่งข่าวอื่น ซึ่งเป็นส่วนที่พัฒนาได้ ข่าว/เหตุการณ์ที่แจ้งส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์การเกิดโรคที่สำคัญในพื้นที่ ส่วนเหตุการณ์อื่น ๆ ที่นอกเหนือจากโรคมียังมีเพียงเล็กน้อยซึ่งส่วนนี้ควรมีการชี้แจงและทบทวนเกณฑ์การแจ้งข่าวให้กับแหล่งข่าว เพื่อสร้างความตระหนักและเข้าใจไปในแนวทางเดียวกัน เจ้าหน้าที่ทุกแห่ง

มีการจัดการและตอบสนองต่อข่าว/เหตุการณ์ที่ได้รับแจ้งได้ทันเวลาและได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายเป็นอย่างดี จากนั้นมีการสรุปรายงานต่อผู้บริหาร แต่จะสรุปเฉพาะข่าว/ เหตุการณ์เกี่ยวกับโรค ซึ่งควรให้ความสำคัญในการรายงานทุกเหตุการณ์ไม่เพียงเฉพาะโรคเท่านั้น

คำสำคัญ: การเฝ้าระวังเหตุการณ์, ตำบล, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ

Abstract

Evaluation of Event – based surveillance system in service area of the Office of Disease Prevention and Control, region 1 Bangkok aimed to assess the operational process, problems and provide suggestions for incidents monitoring of sub-district areas using a cross-sectional descriptive study and evaluate the Event- based surveillance system (evaluation form and questionnaires) by interviewing the officers involved with the system at sub-district health promoting hospitals in 3 provinces, including Nonthaburi, PathumThani and PhraNakhon Sri Ayutthaya during 1st- 31st of July, 2015, followed by randomly selected 135 events in the year 2014. Key criteria include the report quality information management and characteristics of the information obtained and data analysis based on content analysis data using Microsoft Excel.

The results revealed that the major sources of community news and events, reported to the sub-district health promotion hospitals was from community health volunteers, which reported news approximately 10 events in records (50%). Interestingly, 91.11 percent of these news were met the reporting criteria, almost were the incidents of disease in that areas, 100 percent were patients with important diseases in that areas. The second was the incidents of environmental hazards (58.33%), after news receiving, staff managed and responded to news or events within 24 hours for 87.40%, verified and analyzed to confirm the outbreak investigation. Interestingly, from the previous cases, almost of SRRT in each sub-district conducted an investigation and disease containment by themselves.

All of sub-district health promotion hospitals received news of incidents or events, commonly from community health volunteers more than other type of key informants in the community. Finally, other events from the incident diseases should be clarified and reviewed, all staff have to manage and respond to news and events on time and should be supported by the network and share the summary report to the chief officer as soon as possible.

Keywords: Event-based surveillance, sub-district, Office of Disease Prevention and Control, Region 1 Bangkok

บทนำ

เหตุการณ์การระบาดของโรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบันสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงที่มากขึ้นกว่าในอดีต ซึ่งแต่ละเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ล้วนสร้างความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนจำนวนมากไม่น้อย แม้ปัจจุบันจะมีระบบเฝ้าระวังรองรับ แต่ก็ยังไม่รวดเร็วเพียงพอต่อการให้ข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจสำหรับผู้บริหารในการ

สั่งการให้มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ซึ่งประเทศไทยมีการป้องกัน คุ้มครอง ควบคุมและสนองต่อการสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) ในการจำกัดความเสี่ยงด้านสาธารณสุขที่อาจมีผลต่อการจราจรระหว่างประเทศและการค้าระหว่างประเทศโดยไม่จำเป็น⁽¹⁻³⁾ ซึ่งความสำเร็จในงานดังกล่าวต้องอาศัยเครือข่ายในการดำเนินงาน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team; SRRT) ขึ้นในปี 2554 และมีการบริหารจัดการให้มีกลไกการทำงานประสานร่วมกันเป็นระดับต่าง ๆ เช่น ระดับส่วนกลาง ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ โดยให้ทีมแต่ละระดับมีการทำงานประสานและสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งมีการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อเพิ่มศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง ต่อมามีการขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วทั้งประเทศโดยขยายเพิ่มในระดับตำบล ซึ่งมีบทบาทหลักในการแจ้งข่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นศูนย์กลางในการรับแจ้งข่าว^(4,5) ตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ การรายงานข้อมูลที่สำคัญได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องทันต่อเหตุการณ์ตามสโลแกน “รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมโรคเร็ว”⁽⁶⁾ เพื่อให้การดำเนินการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ในปี 2556 ได้ดำเนินโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ และโครงการจัดอบรมหลักสูตรการตรวจสอบข่าวแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเน้นการพัฒนาในเชิงคุณภาพมากยิ่งขึ้น และจากการประเมินคุณภาพข่าวเหตุการณ์ที่รับแจ้งจากระดับตำบล ของสำนักกระบาดวิทยา ในปี 2556 พบว่ามีการบันทึกแจ้งเหตุการณ์จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง

เหตุการณ์ของสำนักกระบาดวิทยาเพียงร้อยละ 42.59 ของทั้งหมด และข่าวที่ผ่านการจัดการถูกต้องเพียงร้อยละ 8.27⁽⁷⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังไม่มีการจัดการข่าวอย่างถูกต้อง ยังต้องมีการพัฒนาในส่วนของการตรวจจับสัญญาณเตือนภัย และการแจ้งเตือนเพื่อความถูกต้องและรวดเร็วของการเฝ้าระวังเหตุการณ์ในพื้นที่ จึงเป็นที่มาในการดำเนินโครงการพัฒนากลไกการประเมินระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based Surveillance) เพื่อติดตาม สนับสนุน และกระตุ้นการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของเครือข่ายในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) จากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านเฝ้าระวังเหตุการณ์ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี และพระนครศรีอยุธยา โดยสุ่มตัวอย่างข้อมูลข่าวเหตุการณ์ที่แจ้งในทะเบียนรับแจ้งระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2557 สำหรับพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ จังหวัดละ 4 แห่ง รวมทั้งสิ้น 12 แห่ง จำนวน 135 ข่าว ได้แก่ การป่วยด้วยโรคที่สำคัญในพื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก โรคสุกใส โรคไข้หวัด เป็นต้น จำนวน 111 ข่าวภัยจากสิ่งแวดล้อม เช่น ชยะ สารเคมี เหตุการณ์ผิดปกติ รวมเหตุการณ์ไถ่ตาย น้ำเสีย พบสุนัขจรจัด เสียชีวิตจากผูกคอต จำนวน 24 ข่าว โดยเจ้าหน้าที่จะมีการตรวจสอบข่าวเพื่อยืนยันการเกิดเหตุการณ์นั้นจริงและมีการตอบสนองข่าว เช่น จัดทีมสอบสวนควบคุมโรค ซึ่งช่วงดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 31 กรกฎาคม 2558 โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบฟอร์มตรวจสอบกิจกรรมการประเมินระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติในพื้นที่ จากหนังสือคู่มือแนวทางการเฝ้าระวังเหตุการณ์ของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข และแบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีขั้นตอนและวิธีในการดำเนินงานดังนี้

1) จัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการประเมินระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติ ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี และพระนครศรีอยุธยา เพื่อร่วมมือกันในการกำหนดวันลงประเมิน

2) ดำเนินการประเมินตามเกณฑ์ในแบบฟอร์มการประเมินระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติในพื้นที่และแบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังตามแบบสอบถาม โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านเฝ้าระวังฯ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3) รวบรวมข้อมูลทั้งหมดแล้วนำข้อมูลที่ได้มาประเมินคุณภาพการแจ้งข่าว การจัดการข่าว และลักษณะของข้อมูลข่าวที่ได้รับแจ้งประมวลผลโดยวิธี Content Analysis

4) บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Microsoft Excel สำหรับสถิติที่ใช้คือ ร้อยละ

ผลการดำเนินงาน

การแจ้งข่าว/เหตุการณ์

เมื่อมีข่าวหรือเหตุการณ์เกิดขึ้นในพื้นที่บุคคลที่เป็นแหล่งข่าวสำคัญ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังและแจ้งข่าว/เหตุการณ์ในชุมชน รองลงมาคือ ผู้นำชุมชน ครู และญาติผู้ป่วย ส่วนหน่วยงานที่เป็นแหล่งข่าวสำคัญ ได้แก่ โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยช่องทางการแจ้งข่าวที่พบมากที่สุดคือ โทรศัพท์แจ้งเจ้าหน้าที่ รองลงมาคือ การแจ้งผ่านไลน์ (Line) ซึ่งหลายพื้นที่ได้สร้างไลน์กลุ่มภายในเครือข่าย เนื่องจากเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่สามารถกระจายข่าวได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง พร้อมทั้งสามารถส่งรูปถ่ายเป็นหลักฐานแนบได้ และอีกช่องทางหนึ่งคือ การที่บุคคลเดินทางมาแจ้งข่าว/เหตุการณ์ด้วยตนเอง ส่วนใหญ่มักเป็นพื้นที่ที่ชุมชน

กับรพ.สต. อยู่ในบริเวณเดียวกัน ซึ่งมีระยะทางไม่ไกล และการเดินทางสะดวก

การรับแจ้งข่าว การค้นหาข่าวและการพัฒนาแหล่งข่าว

ในการรับแจ้งข่าว: รพ.สต. ทุกแห่งมีทะเบียนรับแจ้งข่าว/เหตุการณ์ ซึ่งมีหัวข้อและรายละเอียดในการบันทึก รับแจ้งค่อนข้างครบถ้วน มีเพียงบางแห่งที่ขาดการระบุและบันทึกรายละเอียดในบางหัวข้อ เช่น เวลาที่รับแจ้ง/ เวลาภายหลังดำเนินการ รายละเอียดอาการของผู้ป่วย เป็นต้น ประเภทข่าว/ เหตุการณ์ที่รับแจ้งในพื้นที่มากที่สุดคือการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ (ร้อยละ 100.00) ได้แก่ ไข้เลือดออก มือเท้าปาก สุกใส และอาหารเป็นพิษ ตามลำดับ รองลงมาคือ เหตุการณ์เกี่ยวกับอันตรายจากสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 58.34) ได้แก่ ปัญหาขยะ ปัญหาจากแมลงวัน ไฟไหม้ เป็นต้น และร้อยละ 25.00 คือ ผู้ป่วยเป็นโรคที่ไม่รู้จักหรือไม่เคยพบในพื้นที่มาก่อนโดยข่าว/เหตุการณ์ที่รับแจ้งเข้ามา ส่วนใหญ่ยังคงเป็นเหตุการณ์การเกิดโรคในคน โดยเฉพาะโรคที่สำคัญในพื้นที่ ส่วนเหตุการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคในคนได้รับแจ้งเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งบางพื้นที่ยืนยันว่าไม่มีข่าว/เหตุการณ์ในส่วนนี้ บางพื้นที่มีเหตุการณ์เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในคนแต่ไม่มีการแจ้งเข้ามาที่ รพ.สต. เนื่องจากเห็นว่าไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ทราบว่าเป็นเหตุการณ์ที่ต้องแจ้งและมักแจ้งไปยังส่วนขององค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) บางพื้นที่เจ้าหน้าที่ได้รับแจ้งหรือได้ฟังจากคำบอกเล่าข่าว/ เหตุการณ์เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมแต่เห็นว่าเป็นเพียงเหตุการณ์เล็กน้อยซึ่งไม่น่าจะก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ จึงแค่รับทราบและไม่ได้ทำการบันทึกลงในทะเบียนรับแจ้ง และส่วนใหญ่มักเน้นเฉพาะโรคเท่านั้น ส่วนช่องทางการรับแจ้งที่พบมากที่สุดคือ การรับแจ้งทางโทรศัพท์ รองลงมาคือ การรับแจ้งผ่านไลน์ (Line) จากการนับข่าวในทะเบียนรับแจ้งในแต่ละแห่งพบว่า มีข่าวในทะเบียนรับแจ้งมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ข่าวขึ้นไป ร้อยละ 50.00 และเป็นข่าวที่เข้าเกณฑ์ต้องแจ้งร้อยละ 91.11 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินเหตุการณ์ที่รับแจ้ง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แยกรายจังหวัดในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2557

จังหวัด	รพ.สต.	จำนวนข่าว	เข้าเกณฑ์	มีการศึกษา	กรองข่าว	ตรวจสอบข่าว	การตอบสนองต่อข่าว	ลักษณะข่าว/เหตุการณ์ที่รับแจ้ง
พระนครศรีอยุธยา	ราชคราม	18	18	18	18	18	18	โรคที่สำคัญในพื้นที่, ผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน, โรคที่ไม่เคยพบในพื้นที่
	วัดตูม	8	6	0	6	6	ไม่ได้ระบุเวลา 0	โรคที่สำคัญในพื้นที่ เช่น สุกใส ใช้หวัด ไข้หวัดใหญ่, อันตรายจากสิ่งแวดล้อม เช่น ไฟไหม้ขยะ
	ทำดินแดง	8	6	6	6	6	6	โรคที่สำคัญในพื้นที่ เช่น โรคมือ เท้า ปาก สุกใส
	ท่าเจ้าสนุก	10	9	0	9	9	9	โรคที่สำคัญในพื้นที่ เช่น โรคใช้เมล็ดดอก สุกใส, อันตรายจากสิ่งแวดล้อม
	บ้านใหม่	29	25	0	25	25	25	โรคที่สำคัญในพื้นที่และอันตรายจากการปนเปื้อนสารเคมี
นนทบุรี	บางเขยง	18	18	0	18	18	18	โรคที่สำคัญในพื้นที่ เช่น โรคใช้เมล็ดดอก, อันตรายจากการปนเปื้อนสารเคมี
	บางเตย	5	5	5	5	5	5	โรคที่สำคัญในพื้นที่ เช่น โรคใช้เมล็ดดอก สุกใส
	บางโพธิ์เหนือ	6	6	6	6	6	6	โรคที่สำคัญในพื้นที่ เช่น โรคใช้เมล็ดดอก
	บางคูเวียง	9	8	0	9	9	9	โรคที่สำคัญในพื้นที่ เช่น โรคใช้เมล็ดดอก, อันตรายจากการปนเปื้อนสารเคมี
	บางตะไนย์	10	9	0	9	10	9	โรคที่สำคัญในพื้นที่ เช่น โรคใช้เมล็ดดอก โรคมือ เท้า ปาก, ตาแดง, สุกใส อันตรายจากสิ่งแวดล้อม
ร้อยเอ็ด	คลองขุนศรี	3	3	1	3	3	3	โรคที่สำคัญในพื้นที่ เช่น โรคใช้เมล็ดดอก, โรคไข้กาฬหลังแอ่น, สุกใส อันตรายจากสิ่งแวดล้อม
	เสาชิงหิน	11	10	3	10	10	10	โรคที่สำคัญในพื้นที่ เช่น โรคอาหารเป็นพิษ, มือ เท้า ปาก, สุกใส
	รวม	135	123	39	124	125	118	
ร้อยละ		91.11	28.88	91.85	92.59	91.85	87.4	

การค้นหาคำว่า: เป็นการทำงานด้านการเฝ้าระวังเหตุการณ์ในเชิงรุก ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ โดยวิธีการรวมเข้าไปในการทำงานประจำที่พบมากที่สุดคือ การสอบถามจากประชาชนในช่วงที่มีการออกเยี่ยมบ้าน หรือสอบถามจากครูและนักเรียนในโรงเรียนในช่วงที่มีการออกหน่วยบริการสุขภาพ ส่วนการหาข่าวในช่องทางอื่นยังมีน้อย

การพัฒนาแหล่งข่าว: เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จะใช้เวทีการประชุม อสม. ในการประชุมประจำเดือน โดยชี้แจงกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การแจ้งการเกิดโรคหรือเหตุการณ์ในพื้นที่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคที่สำคัญต่าง ๆ พร้อมทั้งมีการแจกเอกสาร/แผ่นพับที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังใช้เป็นเวทีให้ อสม. ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือถ่ายทอดความรู้ที่ได้จากการไปอบรมจากที่ต่าง ๆ ให้กับสมาชิก อสม. อื่น ๆ โดยการให้ความรู้ยังคงเน้นเฉพาะองค์ความรู้เรื่องโรคและมีการสอดแทรกในเนื้อหาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังเหตุการณ์บ้าง แต่ยังไม่มีการอบรมหรือประชุมที่เน้นเฉพาะการเฝ้าระวังเหตุการณ์บางพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่ค่อนข้างมาก เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้มีการส่งเสริมและพัฒนาตัวแทนแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ที่สมัครใจและพร้อมให้ความร่วมมือในการเป็น อสม. คอยเฝ้าระวังและแจ้งข่าวเกี่ยวกับโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แต่ด้วยข้อจำกัดหลายอย่าง จึงทำให้การพัฒนาในกลุ่มนี้ยังมีน้อยและจำกัดเฉพาะบางพื้นที่

การจัดการและตอบสนองต่อข่าว/เหตุการณ์

ภายหลังบันทึกการรับแจ้งลงในทะเบียนรับแจ้งข่าว/เหตุการณ์แล้ว เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทุกแห่งจะจัดการและตอบสนองต่อข่าว/เหตุการณ์ที่ได้รับแจ้งได้ทันเวลาภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 87.40 (ตารางที่ 1) โดยเริ่มจากการกรองและตรวจสอบข่าว/เหตุการณ์ด้วยหลากหลายวิธี ซึ่งวิธีหลักจะใช้การโทรศัพท์ติดต่อกลับไปยังบุคคลหรือหน่วยงานที่แจ้งข่าวเข้ามา เพื่อสอบถามข้อมูลเบื้องต้นเพิ่มเติม

เช่น ข้อมูลผู้ป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ บางแห่งเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ตรวจสอบข่าวในพื้นที่ด้วยตนเอง และ/หรือบางแห่งเพื่อใช้การโทรศัพท์ประสานไปยัง อสม. ที่ดูแลชุมชนนั้น ๆ ให้เข้าไปตรวจสอบพร้อมควบคุมโรคในเบื้องต้นก่อน จากนั้นเจ้าหน้าที่จึงลงพื้นที่หาข้อมูลเพิ่มเติมอีกครั้ง นอกจากนี้ บางแห่งเจ้าหน้าที่มีการกรองข่าว/เหตุการณ์ที่รับแจ้งโดยพิจารณาจากแหล่งที่มาของข่าว กรณีได้รับแจ้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ/โรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความน่าเชื่อถือจะดำเนินการลงพื้นที่ตรวจสอบและหาข้อมูลเพิ่มเติม แต่ถ้าเป็นกรณีที่รับแจ้งข่าว/เหตุการณ์จาก อสม./ญาติผู้ป่วย/คนในชุมชน เจ้าหน้าที่จะโทรศัพท์ติดต่อสอบถามข้อมูลในเบื้องต้นก่อน จากนั้นจึงสอบถามไปยังหน่วยงานระดับสูงขึ้นไป (สาธารณสุขอำเภอ) และกลุ่มบุคคลในพื้นที่ (อสม.) แล้วจึงค่อยลงไปตรวจสอบในพื้นที่ ภายหลังจากตรวจสอบและหาข้อมูลเพิ่มเติมหลายแห่งมีการประเมินความรุนแรงของข่าว/เหตุการณ์และศักยภาพของทีม SRRT ต่ำลง ถ้าเหตุการณ์ไม่รุนแรง ทีม SRRT ต่ำลงจะดำเนินการสอบสวนโรคร่วมกับ อสม. ในพื้นที่ แต่ถ้าเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงหรือเกินศักยภาพของทีม เจ้าหน้าที่จะขอสนับสนุนทีมจากหน่วยงานที่สูงขึ้นไปในการร่วมลงสอบสวนโรค เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/จังหวัด และขอการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล/อบต. ในการร่วมลงควบคุมโรค ซึ่งจากข่าว/เหตุการณ์ที่ผ่านมา ทีม SRRT ต่ำลงเกือบทุกแห่งสามารถดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคได้ เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ใช่การระบาด และพบผู้ป่วยเพียง 1-2 รายเท่านั้น มีเพียงบางพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ที่ค่อนข้างรุนแรง พบโรคที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในพื้นที่ หรือกรณีที่ต้องควบคุมโรคใช้เลือดออกเป็นบริเวณกว้างในพื้นที่ เป็นต้น จึงขอการสนับสนุนจากเครือข่าย และภายหลังดำเนินการเสร็จสิ้นเจ้าหน้าที่จะสรุปและรายงานต่อผู้บริหาร ซึ่งมีรายงานทั้งไม่เป็นทางการ (ทางวาจา) และเป็นทางการ

(เอกสาร) โดยความถี่ในการสุบปรายงาน แต่ละแห่ง จะแตกต่างกันไป ส่วนใหญ่จะสุบปรายเฉพาะที่เป็นชาว/ เหตุการณ์เกี่ยวกับโรคเท่านั้น

การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในด้านเฝ้าระวังเหตุการณ์ ในพื้นที่ ภาพรวมจะเน้นเฝ้าระวังในชุมชนที่ตนเอง รับผิดชอบ ซึ่งส่วนใหญ่แบ่งเขตรับผิดชอบอย่าง ชัดเจน เมื่อมีผู้ป่วยในชุมชน อสม. จะลงพื้นที่ไปตรวจ สอบในเบื้องต้น เมื่อได้รายละเอียดแล้ว จึงแจ้งกับ ทาง รพ.สต. เพื่อดำเนินการควบคุมโรคต่อไป โดยใช้ หลายช่องทางการแจ้งข่าว เช่น แจ้งด้วยตนเอง โทรศัพท์แจ้ง และแจ้งผ่านไลน์ (Line) เป็นต้น ในแต่ละเดือนจะมีการประชุม อสม. ในพื้นที่ ซึ่ง รพ.สต. จะใช้เป็นเวทีพบปะพูดคุยเกี่ยวกับการแจ้ง ข่าวหรือเหตุการณ์ที่สำคัญ และหาแนวทางป้องกัน ควบคุมโรคร่วมกันกับ อสม. สำหรับแนวทางการ ดำเนินงานของ อสม. บางพื้นที่ที่มีคู่มือการทำงาน ทำให้ ได้ทราบแนวทางและมีความรู้ในเรื่องของการเฝ้าระวัง เหตุการณ์เพิ่มมากขึ้น แต่บางพื้นที่ยังขาดคู่มือส่วนนี้ ทำให้การดำเนินงานไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

การดำเนินงานสนับสนุนด้านการเฝ้าระวังเหตุการณ์ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอส่วนใหญ่เคยผ่านการ อบรมด้านการเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance) บางแห่งมีการลงนิเทศติดตามการ ดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังให้กับ รพ.สต. (มาพร้อม กับอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง ไม่มีการนิเทศโดยตรง) เมื่อทราบข่าว/ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่เจ้าหน้าที่ ระดับอำเภอจะแจ้งข่าวต่อไปยังหน่วยงานระดับตำบล และระดับจังหวัดผ่านหลายช่องทาง และยังทำหน้าที่ เป็นพี่เลี้ยงให้กับ รพ.สต. ทั้งด้านการสอบสวนโรค วิชาการ เช่น การนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังเหตุการณ์ ที่ได้รับจากทั้ง รพ.สต. และหน่วยงานอื่นๆ ไปใช้ในการ วิเคราะห์ร่วมกับกับทีม SRRT เพื่อวางแผนในการออก

สอบสวนโรค บางพื้นที่มีการตรวจสอบข้อมูลจากทาง ออนไลน์แล้วนำมาแจ้งผู้บริหารรับทราบ แต่ยังไม่มีการนำข้อมูลมารวบรวมในทางสถิติ บางพื้นที่มีการจัด อบรมโครงการให้กับ รพ.สต. และ อสม. เกี่ยวกับโรค ที่มีความสำคัญและการเฝ้าระวังเหตุการณ์ บางพื้นที่ ได้รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลค่อนข้างช้า ส่งผลให้การรายงานและควบคุมโรคล่าช้าไปด้วย

ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานเฝ้าระวัง เหตุการณ์ในพื้นที่

1) บางพื้นที่ที่มีประชากรแฝง/ ต่างดาว และ ชุมชนก่อสร้าง (แคมป์คนงาน) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการ เคลื่อนย้ายประชากรค่อนข้างบ่อย ทำให้การ เฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคทำได้ยาก

2) พื้นที่ที่เป็นชุมชนเมืองที่มีหมู่บ้านจัดสรร/ ห้างสรรพสินค้า และมีโรงงานอุตสาหกรรมมาก ในพื้นที่ ยังไม่มีการเฝ้าระวังในพื้นที่ส่วนนี้เนื่องจาก ผู้ประกอบการหรือคนในหมู่บ้านไม่ให้ความสำคัญ และขาดความร่วมมือ

3) ประชาชนบางส่วนไม่เข้าใจและไม่ ตระหนักในการดำเนินงานเฝ้าระวังในพื้นที่ มักมองว่า เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ฝ่ายเดียว บางส่วนไม่ให้ความ ร่วมมือ เช่น ไม่ให้ข้อมูลความจริง เนื่องจากเกรงว่า จะมีความผิด ในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่

4) บางพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลเอกชนมาก ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลในการ ให้ข้อมูลผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ. สต. ทำหน้าที่เป็นศูนย์รับแจ้งข่าว/ เหตุการณ์ ในพื้นที่ระดับตำบล โดยมีทะเบียนรับแจ้งข่าว/ เหตุการณ์และมีการบันทึกข้อมูลค่อนข้างครบถ้วน รพ.สต. ทุกแห่งได้รับแจ้งข่าว/ เหตุการณ์จาก อสม. มากที่สุด ขณะที่การรับแจ้งจากแหล่งข่าวอื่น ๆ ในชุมชนยังมีน้อยมาก อาจเนื่องมาจากการสร้างความรู้ ความเข้าใจและการพัฒนาเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง เหตุการณ์ยังคงจำกัดเฉพาะบางกลุ่ม และยังไม่มีการ

ขยายและพัฒนาไปยังแหล่งข่าวอื่นในชุมชน โดยเฉพาะแหล่งข่าวประเภทบุคคล ซึ่งเป็นส่วนที่สามารถส่งเสริมและพัฒนาได้ เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. มีน้อย หากแหล่งข่าวมีการขยายเครือข่ายเพิ่มขึ้นในชุมชนก็จะช่วยให้การเฝ้าระวังมีความครอบคลุมมากขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุจินดา สุขกำเนิด⁽⁸⁾ ที่ศึกษาการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยพบว่าอสม. มีศักยภาพในการเฝ้าระวังป้องกันโรคและการสำรวจข้อมูลโดยอาจสร้างช่องทางการแจ้งให้หลากหลายมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในบริบทของแต่ละพื้นที่ การเฝ้าระวังเหตุการณ์ในพื้นที่ของ รพ. สต. ทุกแห่งทำงานในรูปแบบการรับแจ้งข่าว/เหตุการณ์จากแหล่งข่าวเป็นหลัก ส่วนการค้นหาข่าวเชิงรุกตามช่องทางอื่น ๆ ยังมีน้อย ไม่มีการกำหนดแนวทางหรือรูปแบบการหาข่าวที่ชัดเจนจากแหล่งข่าวที่หลากหลายและยังขาดความต่อเนื่องอาจมีข้อจำกัดด้วยภาระงานและจำนวนเจ้าหน้าที่ ส่วนข่าว/ เหตุการณ์ที่มีการแจ้งในพื้นที่ยังคงเป็นเหตุการณ์การเกิดโรคที่สำคัญในพื้นที่เกือบทั้งหมด ส่วนเหตุการณ์อื่น ๆ ที่นอกเหนือจากโรคที่สำคัญมีการแจ้งเข้ามาเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องมาจากอาจไม่มีเหตุการณ์ในส่วนนี้เกิดขึ้นในพื้นที่ และมีเหตุการณ์เกิดขึ้นแต่ไม่ได้แจ้งเข้ามา ซึ่งบางเหตุการณ์ผู้แจ้งเห็นว่าเป็นเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ไม่น่ามีความเสี่ยง บางส่วนไม่ทราบว่าเป็นเหตุการณ์ที่ต้องแจ้ง ซึ่งในส่วนนี้ควรมีการชี้แจงและทบทวนเกณฑ์เกี่ยวกับการเฝ้าระวังข่าว/เหตุการณ์ให้กับแหล่งข่าว เพื่อสร้างความตระหนักและเข้าใจหลักเกณฑ์เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ภายหลังบันทึกข่าว/เหตุการณ์ที่รับแจ้งลงในทะเบียน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทุกแห่งได้มีการจัดการและตอบสนองต่อข่าว/เหตุการณ์ที่ได้รับแจ้งทุกข่าว ได้ทันเวลาสอดคล้องกับการศึกษาของสัญญาบัวเจริญ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาการสร้างเครือข่ายการข่าวอาสาสมัครที่มีประสิทธิภาพ โดยภาพรวมส่วนใหญ่เริ่มจากการกรองและตรวจสอบข่าว/เหตุการณ์หลากหลายวิธี และภายหลังตรวจสอบหาข้อมูลเพิ่มเติมเสร็จหลายแห่งมีการประเมินความรุนแรงของข่าว/

เหตุการณ์และศักยภาพของทีม SRRT ตำบลซึ่งจากข่าว/ เหตุการณ์ที่ผ่านมา ทีม SRRT ตำบลเกือบทุกแห่งสามารถดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคได้ เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ใช้การระบาดและพบผู้ป่วยเพียง 1-2 รายเท่านั้น ยกเว้นบางเหตุการณ์ที่ต้องขอรับการสนับสนุนทีมระดับเหนือขึ้นไปสำหรับการควบคุมโรคใช้เลือดออกจะขอการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งทุกแห่งต่างได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายเป็นอย่างดีทั้งในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้การเฝ้าระวังในทุกพื้นที่ประสบความสำเร็จ และภายหลังดำเนินการเสร็จสิ้นเจ้าหน้าที่จะสรุปและรายงานต่อผู้บริหารของหน่วยงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิภาพรรณ สุธะดีอภิรักษ์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบล จังหวัดแพร่ที่ว่า การรับแจ้งข่าวจากเครือข่ายในชุมชนที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และการใช้ทะเบียนรับแจ้งบันทึกรายละเอียดของการดำเนินงาน มีส่วนช่วยให้การดำเนินงานสำเร็จ ซึ่งมีทั้งรายงานแบบไม่เป็นทางการและเป็นทางการ โดยความถี่ในการสรุปรายงานแต่ละที่จะแตกต่างกันไป ส่วนใหญ่จะสรุปเฉพาะที่เป็นข่าว/ เหตุการณ์เกี่ยวกับโรคมกกว่าเหตุการณ์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรค ซึ่งควรให้ความสำคัญในการรายงานทุกเหตุการณ์ไม่เพียงเฉพาะโรคเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการทบทวนการบันทึกข่าวในโปรแกรมออนไลน์ เนื่องจากเจ้าหน้าที่เห็นว่าเป็นการเพิ่มภาระงานมาก ซึ่งปัจจุบันมีการกำหนดตัวชี้วัดจำนวนมาก ทำให้เจ้าหน้าที่มีภาระงานเพิ่มขึ้น

2. เจ้าหน้าที่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องการการสนับสนุนให้มีการจัดอบรมและต้องการเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังเหตุการณ์ เพื่อเป็นคู่มือ แนวทางการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการประชาสัมพันธ์และเพิ่มการเฝ้าระวังเชิงรุก โดยมีการพัฒนาเครือข่ายในการแจ้งข่าวในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน หน่วยงานในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น โรงเรียน และควรให้เจ้าหน้าที่จากเทศบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีบทบาทในการแจ้งข่าว

4. ควรมีการพัฒนากลไกการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม โดยทีม SRRT ในระดับอำเภอเข้ามาเป็นที่เสียงให้กับเจ้าหน้าที่ใหม่ หรือที่มีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ และควรมีการดำเนินการร่วมกันทั้งในการแจ้งเหตุการณ์ และสอบสวน ควบคุมโรค รวมทั้ง ติดตาม การดำเนินงาน เพื่อเป็นการพัฒนาในด้านคุณภาพต่อไป

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ศิริมา ธนानันท์. ผลการประเมินระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ในพื้นที่ระดับตำบล, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(1): หน้า 32- 40.

Suggested Citation for this Article

Thananun S. Evaluation of Sub-district Event - based surveillance system. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; 2(1): page 32 - 40.

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ภูอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2553. หน้า 9.
2. World Health Organization, Westem Pacific Region. A Guide to Establishing Event-based Surveillance. 2008 Available from: <http://WWW.wpro.who.int/internet/resources.ashx/CSR/Publications/eventbasedsurv.pdf>

3. International epidemiology association. A dictionary of epidemiology. In: Porta M.,Greenland S, Last MJ, editors. 5th ed. London: Oxford university press; 2008.
4. วันชัย อาจเขียน และคณะ. คู่มือเฝ้าระวังเหตุการณ์และการควบคุมโรคระบาดในชุมชน พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร:องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
5. กรมควบคุมโรค. คู่มือเฝ้าระวังเหตุการณ์และการควบคุมโรคระบาดในชุมชน พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานครสำนักงานกิจการโรงพิมพ์อาคารสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
6. กรมควบคุมโรค.แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
7. วันชัย อาจเขียน, นิภาพรรณ สฤชดีอภิรักษ์, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. การพัฒนาระบบงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบล. กรุงเทพมหานคร; 2558.
8. สุจินดา สุขกำเนิด. การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง. 2546 [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2017. เข้าถึงได้จาก:<https://www.researchgate.net>
9. สัญญา บัวเจริญ. การสร้างเครือข่ายการข่าวอาชญากรรมที่มีประสิทธิภาพ. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2017 เมษายน 17 เข้าถึงได้จาก:http://elibrary.trf.or.th_content.asp?PJID=RDG5140040
10. นิภาพรรณ สฤชดีอภิรักษ์, นรินทร์ ยิ้มจ่อหอ, ภัทรธินันท์ ทองโสม. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบล จังหวัดแพร่. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2556; 46:49-5.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาการเข้าถึงสิทธิการได้รับบริการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
ความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ คุณภาพชีวิต และการพัฒนาระบบบริการคนพิการ
จังหวัดนครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2558

Study of access to care, ability to perform daily life activities, satisfaction with medical rehabilitation
service, quality of life and developing health care system for people with physical disability
in Nakhonsawan province, fiscal year 2015

¹เจิมจันทร์ เดชปิ่นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์¹¹Jermjun DetpunNakhonsawan Provincial Health Office¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว 2) พัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และ 3) เปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับการดูแล การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ระยะที่ 2 เป็นการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ และระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 400 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า คนพิการเข้าถึงสิทธิส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการด้านเบี้ยยังชีพ ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และด้านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเป็นรายบุคคลคิดเป็นร้อยละ 92.30, 79.50 และ 68.00 ตามลำดับ คนพิการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 59.40 พึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 60.90$, S.D. = 9.59) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 73.80$, S.D. = 16.60) และหลังได้รับการดูแลด้วยระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า คนพิการมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประสานงานกันให้คนพิการสามารถเข้าถึงสิทธิตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ และพัฒนาระบบการดูแลให้ครอบคลุมคนพิการทุกประเภทโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

คำสำคัญ: คนพิการทางการเคลื่อนไหว, การเข้าถึงสิทธิการได้รับบริการ, ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน, ความพึงพอใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์

Abstract

This research aimed to 1) investigate access to the claim related to empowerment of persons with disability act B.E. 2550, ability to perform daily life activities, satisfaction with medical rehabilitation service, and quality of life among people with physical disabilities, 2) develop family and community based care system for disabled people, and 3) compare daily life activities, satisfaction, and quality of life before and after receive system developed. Methodology of this study was research and development. It included 3 phases of 1) survey study, 2) system development, and 3) quasi-experimentation. Participants were 400 disabled people who were 15 years old or over. Study had been conduct during November, B.E. 2558 and September, B.E. 2559. Data were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

Results indicated that disabled people accessed to claim of the act regarding subsistence allowance, medical rehabilitation service, and personal assistance support as 92.30%, 79.50%, and 68.00%, respectively. 59.40% of them could perform daily life activities by their own. They were satisfied with medical rehabilitation service at a high level (\bar{x} = 60.90, S.D.=9.59), had quality of life at a moderate level (\bar{x} =73.80, S.D. =16.60). After receiving the care system, scores of their daily life activities, satisfaction, and quality of life significantly increased ($p < .001$).

Findings suggest that associated organizations would work collaboratively to help disabled people access to claim of the act and would develop family and community based care system covering all types of disabled people.

Keywords: people with physical disability, access to claim related to empowerment of persons with disability act, ability to perform daily life activities, satisfied with medical rehabilitation

บทนำ

“คนพิการ” เป็นบุคคลสำคัญกลุ่มเล็ก ๆ กลุ่มหนึ่งในสังคมไทยที่นับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ⁽¹⁾ พบว่า ในปี 2517 มีคนพิการประมาณ ร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 1.7 ในปี 2545 และ ร้อยละ 3.0 ในปี พ.ศ. 2550 รวมทั้งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละกว่า 1 แสนคน สาเหตุความพิการมีหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จนเป็นบ่อเกิดของความอ้วนและโรคเรื้อรังและเกิดภาวะแทรกซ้อนความพิการตามมาเกิดจากอุบัติเหตุจราจร หรือกรณีความไม่พร้อมในขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้เด็กที่เกิดมามีความพิการ

ประกอบกับปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่อวัยวะต่าง ๆ มีความเสื่อมลง จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและความพิการปัญหาเหล่านี้ได้ทวีความรุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อตัวคนพิการ ครอบครัว และสังคมในอนาคต⁽²⁾

ปัจจุบันรัฐมีนโยบายให้ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และคนพิการ ดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อให้บุคคลเหล่านี้ได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่ตนคุ้นเคยในชุมชน⁽³⁾ อีกทั้งยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล และเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียง เพื่อรับผู้ป่วยอื่นในโรงพยาบาล โดยเป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพคนพิการที่บ้าน คือ คนพิการได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

มีส่วนร่วมของชุมชน สามารถพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ และมีความสุขตามอัตภาพ⁽⁴⁾

การดูแลคนพิการ เป็นภารกิจยาวนานที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบ เป็นงานที่หนักและซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ความพยายามอย่างต่อเนื่อง และปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งหากไม่สามารถปรับบทบาทหรือเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้ จะเกิดผลกระทบต่อคนพิการ กล่าวคือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการว่าจะดีหรือแย่ลง อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากในครอบครัวเอง และชุมชนจะส่งผลให้ผู้ดูแลผ่านวิกฤตนี้ไปได้ ซึ่งหากไม่สามารถผ่านไปได้ ผู้ดูแลและครอบครัวจะเกิดความเครียด มีปัญหาสุขภาพ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตไม่ดีตามมา⁽⁵⁾

ระบบการดูแลสุขภาพคนพิการ โดยให้ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลจึงมีความสำคัญยิ่ง สอดคล้องกับสิทธิ กฎหมาย และกรอบการพัฒนา ที่สำคัญ คือ มีลักษณะเป็นองค์รวมผสมผสานครอบคลุมทุกมิติการดูแล (การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ) และต่อเนื่องเชื่อมโยง กล่าวคือ มีการแบ่งความรับผิดชอบและเชื่อมโยงบทบาทระหว่างครอบครัว ชุมชน สถานบริการแต่ละระดับ ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการประกันว่าคนพิการ จะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชน⁽⁶⁾ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานเพื่อให้คนพิการได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านที่พึงประสงค์ ซึ่งการพัฒนาดังกล่าว จำเป็นต้องทำอย่างเป็นระบบ

ตั้งแต่การสำรวจสถานการณ์ การเข้าถึงสิทธิ ปัญหาและความต้องการการดูแลคนพิการในครอบครัวและชุมชน เพื่อนำไปปรับระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานที่เหมาะสม สามารถสนองตอบต่อปัญหา ความต้องการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพคนพิการในครอบครัว และชุมชนให้สามารถพึ่งตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁷⁻⁹⁾ อันจะก่อเกิดองค์ความรู้ที่สำคัญ นำไปใช้ในการจัดการความรู้และผลักดันนโยบายการดูแลคนพิการต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเข้าถึงสิทธิ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต พัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของคนพิการ ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาการเข้าถึงสิทธิ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เพื่อนำข้อมูลมาเป็นพื้นฐานการวิจัย ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน และระยะที่ 3 ศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหว อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้มาโดยใช้สูตรคำนวณ

ของ Taro Yamane (1973) จำนวน 400 คน ระยะเวลาการศึกษาพฤศจิกายน 2558 ถึงกันยายน 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired Samples t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

คนพิการส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 53.3 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.5 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 67.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 74.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.5 ความพิการอัมพาตครึ่งท่อน/ครึ่งซีก ร้อยละ 42.8 สาเหตุเกิดจากโรค/ความเจ็บป่วย ร้อยละ 54.3 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 82.7 สมาชิกครอบครัว 2-4 คน ร้อยละ 64.3 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 64.0 ผู้ดูแลเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 32.3 มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ร้อยละ 62.0 และลักษณะที่อยู่อาศัยแข็งแรงถาวร ร้อยละ 59.3

2. การเข้าถึงสิทธิ

การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิตามมาตรา 20 ของ พ.ร.บ.ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ด้านเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 92.3 ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ร้อยละ 79.5 ด้านการสนับสนุน ผู้ช่วยเหลือคนพิการ ร้อยละ 68.0 ด้านการยอมรับและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 65.0 ด้านการปรับที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวก ร้อยละ 52.5 ด้านการศึกษา ร้อยละ 45.5 ด้านการฝึกอาชีพ ร้อยละ 37.8 ด้านการจ้างงาน ร้อยละ 22.8 และด้านล่ามภาษา ร้อยละ 21.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคนพิการ เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิตามมาตรา 20 ของ พ.ร.บ. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550

สิทธิตามมาตรา 20 ของพระราชบัญญัติส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550	คนพิการ	
	เข้าถึง (%)	ไม่สามารถเข้าถึง (%)
การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์	318 (79.5)	82 (20.5)
การศึกษา	182 (45.5)	218 (54.5)
การฝึกอาชีพสำหรับคนพิการ	151 (37.8)	249 (62.2)
การยอมรับและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	260 (65.0)	140 (35.0)
ล่ามภาษามือ	85 (21.3)	315 (78.7)
เบี้ยยังชีพสำหรับคนพิการ	369 (92.3)	31 (7.7)
การปรับที่อยู่อาศัยในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน	210 (52.5)	190 (47.5)
การได้รับการสนับสนุนผู้ช่วยเหลือคนพิการ	272 (68.0)	128 (32.0)
การได้รับการจ้างงานจากหน่วยงานราชการ/เอกชน	91 (22.8)	309 (76.2)

3. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

ค่าเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 12.15 (ตารางที่ 2) คนพิการส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 59.4 ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ร้อยละ 18.8 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 21.8 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ของคนพิการ

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	\bar{x}	S.D.
การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้เรียบร้อยแล้ว	1.78	1.76
การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด	1.15	1.86
การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	2.18	1.87
การใช้ห้องน้ำ/ห้องสุขา	1.41	1.71
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	1.91	1.85
การสวมเสื้อผ้า	1.47	1.67
การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	1.26	1.87
การอาบน้ำ	0.91	1.68
การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	1.74	1.63
การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	1.71	1.56
รวม	12.15	7.15

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL)

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
ช่วยเหลือตนเองได้ (12-20 คะแนน)	238	59.4
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (5-11 คะแนน)	75	18.8
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (0-4 คะแนน)	87	21.8

4. ความพึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจรวมทุกด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 60.90$) ด้านการให้บริการ พึงพอใจการให้บริการด้วยความยิ้มแย้มมากที่สุด ($\bar{x} = 4.26$) ด้านกระบวนการ พึงพอใจการให้บริการตามลำดับก่อน-หลังมากที่สุด ($\bar{x} = 4.17$) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก พึงพอใจการมีสถานที่สำหรับคนพิการ มากที่สุด ($\bar{x} = 4.92$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ จำแนกตามค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของคนพิการ

ความพึงพอใจ	\bar{x}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/อสม.			
1. การให้บริการด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส	4.26	0.92	มากที่สุด
2. การให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามอย่างชัดเจน	4.24	0.91	มากที่สุด
3. การให้บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว	4.14	0.91	มาก
4. การดูแลเอาใจใส่ กระตือรือร้น เต็มใจให้บริการ	4.24	0.90	มากที่สุด
5. การให้บริการเป็นประจำ	4.12	1.09	มาก
ด้านกระบวนการ ขั้นตอนในการให้บริการ			
1. ขั้นตอนการให้บริการมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย	4.15	1.03	มาก
2. ระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม	4.07	1.06	มาก
3. การให้บริการตามลำดับก่อน-หลัง	4.17	1.11	มาก
4. มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่เหมาะสมในการให้บริการ	4.15	1.14	มาก
5. มีเอกสาร/แผ่นพับแนะนำบริการ	4.06	1.46	มาก
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก			
1. มีสถานที่สำหรับคนพิการ	4.92	1.34	มากที่สุด
2. สถานที่ให้บริการสะอาด เป็นระเบียบ	4.15	1.15	มาก
3. มีน้ำดื่มให้บริการ	4.21	1.11	มาก
4. มีทางลาดสำหรับคนพิการ	4.11	1.22	มาก
5. มีห้องน้ำสำหรับคนพิการ	4.08	1.27	มาก
รวม	60.90	9.59	มาก

5. คุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิตรวมทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 73.80$) โดยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 29.64$) ด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 19.33$) ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 17.19$) และด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 9.10$) ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 คุณภาพชีวิตของคนพิการ จำแนกรายด้าน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	\bar{x}	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านร่างกาย	19.33	4.84	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	17.19	4.82	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	9.10	2.92	มาก
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.64	7.35	ปานกลาง
รวม	73.80	16.60	ปานกลาง

6. การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ด้านปัจจัยนำเข้า มีการกำหนดนโยบาย มีคณะกรรมการดูแลคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน และมีการบูรณาการทรัพยากรร่วมกัน ด้านกระบวนการ 1) การมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาคีเครือข่าย แกนนำชุมชน ภาคประชาชน และครอบครัวคนพิการ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลคนพิการและจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม โดยนักกายภาพบำบัด ร่วมกับญาติผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของคนพิการ สนับสนุนแหล่งประโยชน์การเข้าถึงสิทธิ 4) การติดตามการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน โดยชุมชนและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ด้านผลลัพธ์ได้ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่ใช้ชุมชนและครอบครัวเป็นฐาน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีในด้านสุขภาพของคนพิการ ทำให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

7. เปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คะแนนความพึงพอใจ และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ภายหลังได้รับการดูแลด้วยระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} < 0.001$ เท่ากันทุกค่า

ตารางที่ 6 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วย ระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำแนกตามค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ยก่อน		ค่าเฉลี่ยหลัง		p-value
	ได้รับการดูแล		ได้รับการดูแล		
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	12.15	7.15	14.55	6.19	< 0.001
ความพึงพอใจ	60.90	9.59	62.22	9.16	< 0.001
คุณภาพชีวิต	73.80	16.60	83.09	15.47	< 0.001

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิตาม มาตรา 20 ของ พ.ร.บ.ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 พบว่า คนพิการเข้าถึงสิทธิเป็นส่วนใหญ่ อาจเนื่องจากความสะดวกของการติดต่อสื่อสาร ทำให้ การติดต่อและสร้างสัมพันธภาพได้ดี ส่งผลต่อความสามารถรับรู้แหล่งข้อมูล ทำให้คนพิการได้รับรู้และ ได้รับสิทธิต่างๆอย่างค่อนข้างทั่วถึง การเข้าถึงบริการ ภาครัฐของคนพิการมากขึ้น และนโยบายภาครัฐ ที่ชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพคนพิการ ที่กำหนด เป็นพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

มีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ปี พ.ศ. 2550 มีผลทำให้ทุกฝ่ายให้ความสำคัญต่อคนพิการ มากกว่าในอดีต สอดคล้องกับการศึกษาของ พรธิดา วิเศษศิลป์านนท์ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า คน พิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิ ร้อยละ 70.0

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า คนพิการช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ร้อยละ 18.8 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 21.8 การใช้ชีวิต แบบทุนนิยม ทำให้ครอบครัวต้องเน้นการหารายได้ เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้คนพิการขาดผู้ดูแล ขณะเดียวกัน ครอบครัวคนพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

ต้องขาดรายได้ในการที่ต้องมีคนอยู่ดูแลคนพิการ ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนารี หน่อไชย⁽¹²⁾ ที่พบว่า ครอบครัวที่มีคนพิการ มีผลกระทบต่อการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว และการสูญเสียรายได้ประจำ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพ คนพิการ ไม่ได้ส่งผลต่อตัวคนพิการเพียงเท่านั้น แต่ช่วยเหลือครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย

ความพึงพอใจต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีวัลลา ราชบุรุษ⁽¹³⁾ ที่พบว่า ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อสำนักงานบริการ ฝ่ายทะเบียนสำนักงานที่ดินจังหวัดลำปาง โดยมีการ ติดป้ายชื่อสำนักงานมีความชัดเจน หาง่าย สถานที่ตั้ง ของสำนักงานอยู่ในที่ที่เหมาะสม การจัดสถานที่นั่งพัก เพื่อขอรับบริการมีความเหมาะสม ความสะอาดภายใน อาคารสำนักงาน ระบบแสงสว่างและการถ่ายเทของ อากาศของสำนักงานมีความเหมาะสม มีความสะดวก ในการเดินทางมาติดต่อขอรับบริการ น้ำดื่มสำหรับ ผู้มารับบริการมีพอเพียง และการจัดห้องสุขาสำหรับ คนพิการมีความเหมาะสม และการศึกษาของ ทฤษฎศ พิลาสันต์ และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า คนพิการ ให้คะแนนความพึงพอใจต่อทุกมิติคิดเป็นค่าเฉลี่ย 3.77 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

คุณภาพชีวิตของคนพิการ โดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิธินันท์ โคกคาน⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การติดตามข้อมูลข่าวสาร ทำให้คนพิการได้รับทราบสิทธิประโยชน์ ตลอดจน เรื่องราวต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพ ของตนเองให้สามารถพึ่งตนเองได้ คุณภาพชีวิตด้าน ร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษา ของ ปกรวี วัชรกุล⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า คนพิการโดยส่วนใหญ่ สามารถที่จะเรียนรู้การช่วยเหลือตนเองได้ดีในระดับ หนึ่ง ได้แก่ การนอนหลับ การพักผ่อน ซึ่งเป็นกิจกรรม ที่ทำให้ คนพิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง

สอดคล้องกับแนวคิดของ มาสโลว์⁽¹⁷⁾ ที่มนุษย์ต้องการ ความนับถือ พอใจตนเอง เป็นความต้องการที่จะได้รับการ เห็นคุณค่าของตน หรือได้เห็นคุณค่าของสิ่งอื่น ทำให้สุขภาพจิตดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ ทางสังคมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี ประไพวัชรพันธ์⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า คุณภาพชีวิต ของคนพิการแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง

การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ที่ประกอบไปด้วย ความร่วมมือ ระหว่างคนพิการ ผู้ดูแล ครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับ คนพิการ ชุมชน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับการ ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษา การพัฒนาสังคม การพัฒนาอาชีพและอื่น ๆ ซึ่งมีหลาย ภาคส่วนทำงานร่วมกันเป็นทีม การสื่อสารระหว่าง บุคคลที่มีประสิทธิภาพ ร่วมทั้งการใช้ข้อมูลคนพิการ ร่วมกันจะส่งผลให้สามารถวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ และคุณภาพชีวิตคนพิการได้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้คนพิการ ได้เต็มเต็มความเป็นบุคคล เป็นผู้ที่มีคุณค่าทางสังคม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ได้รับโอกาส ได้รับสิทธิที่พึงได้ และได้รับการยอมรับอย่างมีคุณค่า และศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับการ ศึกษาของ รัชณี สรรเสริญ และคณะ⁽⁵⁾ การศึกษา ของ นริสวางค์พนารักษ์ และศิรินาถ ตงศิริ⁽⁷⁾ ที่พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน ช่วยให้ คนพิการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่อง กระตุ้น และสร้างขวัญกำลังใจให้คนพิการ ให้รู้สึกถึงคุณค่า ในตัวเอง ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง ทั้งยังเป็นการสร้างความ เข้มแข็งในชุมชน ให้ชุมชนสามารถดูแลคนพิการได้

การเปรียบเทียบความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยระบบการดูแลคน พิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน พบว่า คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คะแนนความพึงพอใจ และคะแนนคุณภาพชีวิต

เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการดูแลด้วยระบบการดูแลคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของชัชวาล ขจรอนันต์⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ผลการพัฒนาระบบการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ระดับความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของคนพิการเพิ่มขึ้นทุกรายและการศึกษาของ ธัญญพิชชา อาสินรัมย์⁽²⁰⁾ ที่พบว่าระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นก่อนได้รับการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนเป็นฐาน

สรุป

ควรประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 เสริมสร้างความรู้การดูแลสุขภาพแก่คนพิการและครอบครัว จัดระบบการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน ให้มีความครอบคลุมคนพิการทุกประเภท

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมเกียรติ ขำนุรักษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ และนางลักขณา รัตนศรีทอง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ที่สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะการวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์หญิงปัทมา สีมาขจร แพทย์หญิงมณฑกานต์ โอประเสริฐสวัสดิ์ ผศ.ดร.นฤมล ธีระรังสิกุล และขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ที่สนับสนุนงบประมาณ และขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนพิการที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ตลอดจนชุมชนที่ให้ความร่วมมือจนทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

เจิมจันทร์ เดชปุ่น. การศึกษาการเข้าถึงสิทธิการได้รับบริการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคุณภาพชีวิต และการพัฒนาระบบบริการคนพิการจังหวัดนครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2558, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(1): หน้า 41 - 50.

Suggested Citation for this Article

Detpun J. Study of access to care, ability to perform daily life activities, satisfaction with medical rehabilitation service, quality of life, and developing health care system for people with physical disability in Nakhon Sawan Province, fiscal year 2015. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; 2(1): page 41 - 50.

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจความพิการ พ.ศ.2550. ค้นเมื่อ 14 เมษายน 2556, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-5-4.html.
2. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2555-2559). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพปัญญาวิสัย; 2556.
3. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พุทธศักราช 2550. (2550, กันยายน 27) ราชกิจจานุเบกษา, 8-9.
4. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2556 (2556, มีนาคม 20) ราชกิจจานุเบกษา, 6-12.
5. รัชณี สรรเสริญ และคณะ. การบูรณาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานใน

- สถานบริการปฐมภูมิ: บทเรียนรู้จากประเทศไทย. การพยาบาลและการศึกษา 3(2); 2553. หน้า 99-113.
6. องค์การอนามัยโลก. CBR Guideline ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (Community-Based Rehabilitation). กรุงเทพฯ: พรี่เมียน เอ็กซ์เพรส; 2556.
 7. นริสา วงศ์พนารักษ์ และศิรินาถ ตงศิริ. การใช้แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
 8. อัญมณี บูรณากานนท์ และคณะ. โครงการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ออนอาร์ตครีเอชั่น; 2552.
 9. WHO (2004). CBR A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and Social Inclusion of People with Disabilities. Joint Position Paper 2004: 1-3.
 10. ปัทมา สุพรรณกุล. การวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยด้านสาธารณสุขด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย; 2557.
 11. พรธิดา วิเศษศิลปานนท์ และคณะ. การติดตามการเข้าถึงสิทธิของคนพิการและการพัฒนารูปแบบระบบสวัสดิการที่ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิของคนพิการ. ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556. หน้า 158.
 12. สุนารี หน่อไชย. บทบาทของสถาบันครอบครัวต่อการจัดสวัสดิการสำหรับคนพิการทางจิต. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์มหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสังคม) คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547. หน้า 157.
 13. ศรีวัลลา ราชบุรุษ. การศึกษาความพึงพอใจในบริการประชาชนของฝ่ายทะเบียนสำนักบริการฝ่ายทะเบียน สำนักงานที่ดินจังหวัดลำปาง สาขาแจ้ห่ม. ภาคนิพนธ์ ศศบ. (พัฒนาสังคม) พิษณุโลก. มหาวิทยาลัย นเรศวร; 2547. หน้า 184.
 14. ทรงยศ พิลาสันต์ และคณะ. ความพึงพอใจของคนพิการต่อบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์และบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่โรงพยาบาลของรัฐใน 8 จังหวัด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข; 2558. 9: 369-381.
 15. นิตินันท์ โคกคาน. การพึ่งตนเองของคนพิการทางกายในอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547. หน้า 199.
 16. ปกรณ์ วชิรคกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของคนพิการในจังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541. หน้า 145.
 17. Maslow. A.H. Motivative and personality. 2nd ed.) New York. Harper & Row; 1970.
 18. ปราณี ประไพวัชรพันธ์. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในตำบลอรพิมพ์ อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัด นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาสุขภาพชุมชน. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2551. หน้า 216.
 19. ชัชวาล ขจรอนันต์. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหวของสถานบริการ เครื่องช่วยสุขภาพโรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. ผลงานวิชาการดีเด่นระดับจังหวัด ปี 2553. บุรีรัมย์; มพท. 2553.
 20. ธัญญพิชชา อาสินรัมย์. การดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสว่าง ตำบลหัวฝาย อำเภอแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์. ผลงานวิชาการดีเด่นระดับเขต ปี 2555. บุรีรัมย์; มพท; 2555.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
การป้องกันควบคุมโรคใช้หูดับจังหวัดนครสวรรค์ ในปี 2559

The evaluation of risk communication to change health behavior for Streptococcus suis
prevention in Nakhon Sawan Province in 2016

ชรินทร์ ห่วงมิตร¹, นเรศน์ ฐิตินันท์วิวัฒน์¹, อมรรัตน์ กล่ำทัพ¹

¹ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

Charin Haungmitr¹, Nares Thitinunthiwat¹, Amornrat Klamthap¹

¹ Office of Disease Prevention and Control 3, Nakhon Sawan Province

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคใช้หูดับจังหวัดนครสวรรค์ ในปี 2559 โดยใช้รูปแบบการประเมินซิปปโมเดล (CIPP Model) กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 46 คน 2) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบหน่วยบริการสาธารณสุขจำนวน 420 คน และ 3) ผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคใช้หูดับ จำนวน 6 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2560 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา 1) ปัจจัยแวดล้อม (Context :C) พบว่า สถานการณ์โรคใช้หูดับตั้งแต่ปี 2553 – 2558 จังหวัดนครสวรรค์เป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการเกิดโรคใช้หูดับติด 1 ใน 5 อันดับแรกของประเทศ และสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 3 และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีนโยบาย/ยุทธศาสตร์/มาตรการและแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้หูดับไว้ชัดเจน 2) ปัจจัยนำเข้า (Input :I) พบว่า บุคลากรผู้รับผิดชอบงานมีเพียงพอร้อยละ 58.7 มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน ร้อยละ 50.0 และวัสดุอุปกรณ์มีเพียงพอร้อยละ 50.0 3) กระบวนการบริหารจัดการ (Process: P) พบว่า หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการการแก้ไขปัญหาโรคใช้หูดับ ร้อยละ 82.6 (การวางแผน) มีช่องทางการสื่อสารการป้องกันโรคไปยังประชาชน ร้อยละ 89.1 (การจัดองค์การ) เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมเรื่องโรคใช้หูดับ ร้อยละ 71.7 (การอำนวยการ) ภาควิชาเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ร้อยละ 91.3 (การประสานงาน) และมีการติดตามกำกับการทำงาน ร้อยละ 95.7 (การติดตามกำกับ) 4) ผลการดำเนินงาน (Product : P) (1) ผลผลิต (Output) พบว่า ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคใช้หูดับระดับสูง ร้อยละ 92.6 (2) ผลลัพธ์ (Effect) พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคใช้หูดับระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ 82.5 และ มีความพึงพอใจต่อการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันควบคุมโรค ร้อยละ 94.3 และ (3) ผลกระทบ (Impact) พบว่า ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559 มีผู้ป่วยจำนวน 20 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 6.02 ต่อประชากรแสนคน และ ผู้ป่วยตายจำนวน 1 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับ 0.30 ต่อประชากรแสนคน

สรุปผลการประเมิน พบว่า ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ ปัจจัยแวดล้อม กระบวนการบริหารจัดการ ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์การ การประสานงาน และการติดตามกำกับงาน และผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย (1) ผลผลิต ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคไขุ่หูดับระดับสูง (2) ผลลัพธ์ 1) ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคไขุ่หูดับระดับเหมาะสมมาก และ 2) มีความพึงพอใจต่อการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันโรคระดับมาก และ (3) ผลกระทบ คือ จำนวนผู้ป่วยตายและอัตราป่วยลดลงมากกว่าร้อยละ 50.0 ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย บุคลากรงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ กระบวนการบริหารจัดการคือ การอำนวยการ และ ผลกระทบ คือ จำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50.0

ข้อเสนอแนะควรมีการพัฒนาช่องทางการสื่อสารและกำหนดประเด็นการสื่อสาร (Key message) ไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง ด้วยช่องทางและวิธีการที่หลากหลาย โดยมีเป้าหมายเพื่อการลดโรคให้น้อยลงและหมดไป

คำสำคัญ : การสื่อสารความเสี่ยง, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคไขุ่หูดับ

Abstract

Abstract

The purpose of this descriptive study was to evaluate the operating result of risk communications to change the health behaviour for Streptococcus suis prevention in Nakhon Sawan province in 2016 by CIPP model using. The 3 groups of sample were composed of 1) The 46 officials who responds for disease prevention in the level of sub-district, district, and provincial in Lat Yao district and Muang Nakhon Sawan district. 2) The 420 people who over 15 years of age in public health care center and 3) 6 directors of related agencies with S.suis prevention. Just once data was gathered from February to March 2017 by questionnaires, interviews, and related documents. The data was analyzed by descriptive statistics of percentage and mean.

The results of study 1) Context (C): Nakhon Sawan province was the 1st in top 5th of S. suis problem in Thailand and highest in health area region 3 and the related agencies had an obvious policies, strategies, and procedures for disease control 2) Input (I) was found that there were enough officers (58.7%) who was responsible for disease prevention, 50% equally for budget and material supporting 3) Process (P) was found that the agencies had plans, projects, or activities for disease prevention was 82.6% (planning), communication channels for disease prevention to people in the area for 89.1% (organization management). The related officers who was trained for disease prevention was 71.7% (directing), the participating network of disease prevention was 91.3% (co-ordination), and follow up for the operation was 95.7% (follow up). 4) Product (P): (1) Output was found that 92.6% of people in the study area had a lot of knowledge of S. suis (92.6%). (2) Effect was found that 82.5% of people in the study area had much suitable health behaviours and 94.4% of those satisfied with the communication for S. suis prevention and (3) Impact was found that there were 20 patients from 1 January – 31 December 2016, morbidity rate was 6.02 per 100,000 people, and one of dead patient was 0.3 per 100,000 people.

The summary of evaluation result of risk communication to change health behavior for *S. suis* in Nakhon Sawan province in 2016 that passed the evaluation criteria were 2 environmental factors: process of management that consisted of planning, organization management, coordination, follow up, and the operating result consisting of 1) the production: the people had much knowledge of *S. suis*. 2) the result: 1) the people had suitable health behaviour for *S. suis* prevention 2) much satisfied with the communication for the disease prevention, and 3) the effect: number of dead patients and mortality rate was decreased over 50% from 2015. Under criteria evaluation comprised with input factors: personnel budgets, and materials, process of management: directing and the effect: number of morbidity rate was decreased over 50% from 2015.

The suggestion from this study should improvement of risk communication and key message to all target people with various ways for disease decreasing and elimination.

Keywords: Risk communication, Health behavior, *Streptococcus suis*

บทนำ

โรคไขหูดับ มีสาเหตุจากเชื้อ *Streptococcus suis* เกิดจากการรับประทานเนื้อสุกรที่นำมาปรุงอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรือสัมผัสเนื้อ หรือเลือดสุกรที่มีเชื้อปนเปื้อนอยู่ เชื้อนี้สามารถผ่านเข้าทางบาดแผลหรือรอยถลอกตามร่างกาย ตลอดจนเข้าทางเยื่อตา มีอัตราการสูงถึงร้อยละ 5 – 20 ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อนี้มักเป็นกลุ่มเพศชายวัยกลางคน และผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีประวัติการรับประทานลาบ หลู้ ส้า ดิบร่วมกับดื่มสุราเป็นประจำ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไต มะเร็ง ผู้ป่วยร้อยละ 54 – 80 จะสูญเสียการได้ยิน (หูหนวกถาวร) ในรายที่รุนแรง อาจมีการติดเชื้อในกระแสโลหิต อวัยวะภายในอีกเสบ มีจำเลือดทั่วตัว ซ็อก⁽¹⁾

สถานการณ์โรคไขหูดับของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2556 – 2558 พบว่า ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง จังหวัดนครสวรรค์ มีอัตราป่วยของผู้ป่วยโรคไขหูดับสูงติดอันดับ 1 ใน 5 ของประเทศ ติดต่อกันมาโดยตลอด อัตราป่วยเท่ากับ 4.66 , 5.87 และ 5.50 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾ และ เป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วย/ตายมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 3

ติดต่อกันมา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 – 2558 คือ มีผู้ป่วย/ตายเท่ากับ 25/1 , 32/0 , 51/3 , 49/5 , 32/5 และ 60/7 ราย ตามลำดับ อำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วย/ตายสะสมสูงสุด คือ อำเภอเมืองนครสวรรค์จำนวน 96/4 ราย รองลงมาเป็น อำเภอลาดยาว 40/5 ราย นอกจากนั้นยังสามารถพบผู้ป่วย/ตายสะสมจากโรคไขหูดับเกิดขึ้นเกือบทุกอำเภอยกเว้นอำเภอตากฟ้าที่ไม่พบผู้ป่วยในช่วงเวลาดังกล่าว⁽³⁾ เป็นปัญหาระดับพื้นที่ โดยเฉพาะเขตพื้นที่อำเภอลาดยาวและอำเภอเมืองนครสวรรค์ที่มีจำนวนผู้ป่วยและตายด้วยโรคดังกล่าวเกิดขึ้นอยู่เป็นประจำ จากปัญหาดังกล่าวสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ในฐานะหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรค ได้เห็นความสำคัญและจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไขหูดับที่เกิดขึ้น จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบสื่อสารเพื่อป้องกันควบคุมโรคไขหูดับเขตพื้นที่อำเภอลาดยาวและอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ในปี 2559 ขึ้นเพื่อสร้างการรับรู้ให้กับประชาชนในพื้นที่เป้าหมายได้เกิดความตระหนักและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันโรคไขหูดับ อันมีเป้าหมายเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยและตายจากโรคดังกล่าวให้ลดน้อยลงจากปีที่ผ่านมา ดังนั้นจึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะ

ประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคใช้หุ้ดดับจังหวัดนครสวรรค์ ในปี 2559 เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปปรับปรุงพัฒนาและขยายผลการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่ทั้งในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินปัจจัยแวดล้อม ปัจจัยนำเข้ากระบวนการบริหารจัดการ และผลการดำเนินงานการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคใช้หุ้ดดับของจังหวัดนครสวรรค์ ในปี 2559

วิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ใช้รูปแบบการประเมินซิโม่เดล (CIPP Model) เป็นการประเมินผลแบบสรุปรวม (Summative evaluation) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามี 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลของหน่วยงานสาธารณสุขพื้นที่เป้าหมายในจังหวัดนครสวรรค์จำนวน 46 คน 2) ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุขพื้นที่อำเภอลาดยาวและอำเภอเมืองนครสวรรค์จำนวน 420 คน และ 3) ผู้บริหารหน่วยงานในจังหวัดนครสวรรค์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคใช้หุ้ดดับ จำนวน 6 คน เลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรค เลือก

หน่วยบริการสาธารณสุขใช้การสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) สัมภาษณ์ประชาชนในพื้นที่เป้าหมายใช้การสุ่มแบบโดยบังเอิญ (Accidental Sampling) และสัมภาษณ์ผู้บริหารเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด อำเภอ และ ตำบล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริหารจัดการ และปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันควบคุมโรคใช้หุ้ดดับ

2. แบบสัมภาษณ์ประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคใช้หุ้ดดับ พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคใช้หุ้ดดับ และความพึงพอใจที่มีต่อการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันโรคใช้หุ้ดดับ

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคใช้หุ้ดดับ ในปี 2559 ที่ผ่านมา ประกอบด้วย ข้อมูลสถานภาพของผู้ให้สัมภาษณ์ ข้อคิดเห็นต่อการดำเนินงานและความสำเร็จการป้องกันควบคุมโรคของจังหวัดนครสวรรค์ในรอบปีที่ผ่านมา และข้อเสนอแนะอื่น ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำหนังสือถึงผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลเพื่อรวบรวมข้อมูล ด้านปัจจัยแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริหารจัดการ และปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคใช้หุ้ดดับ ในปี 2559

2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบของหน่วย

บริการสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอลาดยาวและอำเภอเมืองนครสวรรค์ เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติ และความพึงพอใจที่มีต่อการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันโรคไขุ่หัด ในปี 2559

3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันควบคุมโรคไขุ่หัดในรอบปีที่ผ่านมา เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านนโยบาย/ยุทธศาสตร์/มาตรการ/แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และปัญหาอุปสรรค/ข้อจำกัดในการดำเนินงาน และความคาดหวังต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไขุ่หัดในอนาคต

4. รวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ แล้วนำมาลงรหัสและวิเคราะห์แปรผลข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถามผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล และข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ประชาชน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารหน่วยงานใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไขุ่หัด

ข้อมูลทั่วไปของผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไขุ่หัด ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ในปี 2559 พบว่า เพศชายและเพศหญิงเท่ากันคือ ร้อยละ 50.0 อายุ 41 – 45 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.9 รองลงมาอายุ 51 – 55 ปี ร้อยละ 21.7 สถานภาพ

สมรส สมรสร้อยละ 78.3 ระดับการศึกษา จบปริญญาตรี ร้อยละ 73.9 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 87.0 ระยะเวลาปฏิบัติงานที่หน่วยงานปัจจุบัน 1 – 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.9 รองลงมา 11 – 15 ปี ร้อยละ 26.0 ประสบการณ์ทำงานด้านการป้องกันควบคุมโรค 1 – 5 ปี ร้อยละ 26.0 รองลงมา 21 – 25 ปี ร้อยละ 21.7

1.2 ข้อมูลทั่วไปของประชาชนผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในพื้นที่เป้าหมาย

ข้อมูลทั่วไปของประชาชนผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ในพื้นที่เป้าหมาย พบว่า เพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 59.5 อายุ 50 – 54 ปี ร้อยละ 13.3 รองลงมาอายุ 55 – 59 ปี ร้อยละ 12.7 ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 53.0 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษา ร้อยละ 25.7 อาชีพเกษตรกรพบมากที่สุด ร้อยละ 30.7 รองลงมาอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.0

1.3 ข้อมูลผู้บริหารหน่วยงานที่ให้สัมภาษณ์
ผู้บริหารหน่วยงานที่ให้สัมภาษณ์ จำนวน 6 แห่ง ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ปศุสัตว์จังหวัดนครสวรรค์ สาธารณสุขอำเภอลาดยาว สาธารณสุขอำเภอเมืองนครสวรรค์ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเนินขี้เหล็ก อำเภอลาดยาว และนายกองค้การบริหารส่วนตำบลหนองกรด อำเภอเมืองนครสวรรค์

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันควบคุมโรค

ไขุ่หัดจังหวัดนครสวรรค์ ในปี 2559 ตามกรอบแนวคิด CIPP Model เปรียบเทียบกับเกณฑ์การตัดสิน/เป้าหมายที่กำหนดไว้

จากการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคไขุ่หัดจังหวัดนครสวรรค์ ในปี 2559 ตามกรอบแนวคิด CIPP Model เปรียบเทียบกับเกณฑ์การตัดสิน/เป้าหมายที่กำหนดไว้ ผลเป็นดังนี้

ด้านปัจจัยแวดล้อม (Context : C) ประกอบด้วย (1) การมีข้อมูลสถานการณ์โรคไข้หัดระดับประเทศ เขต จังหวัดและอำเภอ ในช่วง 3-6 ปีที่ผ่านมา และ (2) การมี นโยบาย/ยุทธศาสตร์/มาตรการ/แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หัดของหน่วยงานในปี 2559 ที่ผ่านมา พบว่ามีข้อมูลสถานการณ์โรคไข้หัดระดับประเทศที่สอดคล้องกับปัญหา และหน่วยงานแต่ละระดับมีนโยบาย/ยุทธศาสตร์/มาตรการ/แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หัดในรอบปีที่ผ่านมาทุกหน่วยงาน

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input : I) ประกอบด้วย บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) และวัสดุอุปกรณ์ (Material) พบว่า เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคมีเพียงพอ ร้อยละ 58.7 ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หัดเพียงพอ ร้อยละ 50.0 และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการสื่อสารฯ ได้แก่ สปอตวิทยุ บทความออกกระจายข่าว และโปสเตอร์/แผ่นพับ/ไว้นิล/ปฏิทินป้องกันโรคฯมีเพียงพอ ร้อยละ 50.0

ด้านกระบวนการบริหารจัดการ (Process : P) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การอำนวยการ (Directing) การประสานงาน (Co-ordinating) และการติดตามกำกับ (Monitoring) พบว่า หน่วยงานแต่ละระดับมีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการแก้ไขปัญหาโรคไข้หัด ร้อยละ 82.60 มีช่องทางการสื่อสารการป้องกันโรคฯไปยังประชาชน ร้อยละ 89.1 เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้หัด ร้อยละ 71.7 ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคฯ ร้อยละ 91.3 และมีการติดตามกำกับงานฯ ร้อยละ 95.7

ด้านผลการดำเนินงาน (Product : P) ประกอบด้วย ผลผลิต (output) คือ ความรู้เรื่องโรคไข้หัดของประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย ผลลัพธ์ (Effect) ได้แก่ (1) พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

เป้าหมายในการป้องกันโรคไข้หัด และ (2) ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการสื่อสารความเสี่ยง การป้องกันโรคไข้หัด และผลกระทบ (Impact) ได้แก่ (1) จำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วย และ (2) จำนวนผู้ป่วยตายและอัตราป่วยตายด้วยโรคไข้หัดของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายในปี 2559 พบว่าประชาชนในพื้นที่เป้าหมายมีความรู้เรื่องโรคไข้หัดระดับสูง ร้อยละ 92.6 มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หัดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ 82.5 และมีความพึงพอใจต่อการสื่อสารความเสี่ยง การป้องกันโรคไข้หัดระดับมาก ร้อยละ 94.3 และในปี 2559 ที่ผ่านมาในพื้นที่เป้าหมาย มีผู้ป่วยโรคไข้หัดจำนวนทั้งหมด 20 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 6.02 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้ป่วยตายจำนวน 1 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับ 0.30 ต่อประชากรแสนคน

สรุปผลการประเมินตามกรอบแนวคิด CIPP Model เปรียบเทียบกับเกณฑ์การตัดสิน/เป้าหมายที่กำหนดไว้ ผลเป็นดังนี้

ด้านปัจจัยแวดล้อม (Context : C) พบว่าผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ ทั้ง 2 องค์ประกอบ

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input : I) ประกอบด้วย บุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) และวัสดุอุปกรณ์ (Material) พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ทั้ง 3 องค์ประกอบ

ด้านกระบวนการบริหารจัดการ (Process : P) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การอำนวยการ (Directing) การประสานงาน (Co-ordinating) และการติดตามกำกับ (Monitoring) พบว่า

- ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ คือ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การประสานงาน (Co-ordinating) และการติดตามกำกับ (Monitoring)

- ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ คือ การอำนวยการ ในประเด็น เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้หัด

ด้านผลการดำเนินงาน (Product) ประกอบด้วย ผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Effect) และ ผลกระทบ (Impact) พบว่า

- ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย ผลผลิต (Output) คือ ความรู้เรื่องโรคไข้หัดของประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย ผลลัพธ์ (Effect) ได้แก่ (1) พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายในการป้องกันโรคไข้หัด และ (2)

ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันโรคไข้หัด และ ผลกระทบ (Impact) คือ จำนวนผู้ป่วยตายและอัตราป่วยตายด้วยโรคไข้หัดลดลงร้อยละ 50 เปรียบเทียบกับปี 2558

- ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ คือ จำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยด้วยโรคไข้หัดลดลงร้อยละ 50 เปรียบเทียบกับปี 2558 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคไข้หัด จังหวัดนครสวรรค์ ในปี 2559 ตามกรอบแนวคิด CIPP Model เปรียบเทียบกับเกณฑ์การตัดสิน/เป้าหมายที่กำหนดไว้

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์การตัดสิน/เป้าหมาย	ผลการประเมิน	สรุปผลการประเมิน
ปัจจัยแวดล้อม (Context : C)			
1. ข้อมูลสถานการณ์โรคไข้หัดระดับประเทศ จำนวนฐานข้อมูลสถานการณ์โรคไข้หัดระดับเขตจังหวัดและอำเภอในรอบ 3-6 ปีที่ผ่านมา ประเทศ เขตจังหวัด และอำเภอจำนวน 1 ฐาน	จำนวนฐานข้อมูลสถานการณ์โรคไข้หัดระดับประเทศ เขตจังหวัด และอำเภอจำนวน 1 ฐาน	จำนวน 1 ฐาน	ผ่าน
2. นโยบาย/ยุทธศาสตร์/มาตรการ/แนวทาง การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หัดของหน่วยงานในรอบปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 80 ของหน่วยงานที่ทั้งเกี่ยวข้องมี ควบคุมโรคไข้หัด	ร้อยละ 100.0	ผ่าน
ปัจจัยนำเข้า (Input : I)			
1. บุคลากร (Man)			
- จำนวนเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน	ร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่เห็นว่าเพียงพอ	ร้อยละ 58.7	ไม่ผ่าน
2. งบประมาณ (Money)			
- งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน	ร้อยละ 80 ของหน่วยงานที่ได้รับงบประมาณ สนับสนุนเพียงพอ	ร้อยละ 50.0	ไม่ผ่าน
3. วัสดุอุปกรณ์ (Material)			
- วัสดุอุปกรณ์ในการสื่อสาร เช่น สปอตวิทยุ, บทความออกหออกระจายข่าว, เอกสารแผ่นพับ/ โปสเตอร์ ฯลฯ	ร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่เห็นว่าเพียงพอ	ร้อยละ 50.0	ไม่ผ่าน
กระบวนการบริหารจัดการ (Process)			
1. การวางแผน (Planning)			
- แผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาโรคไข้หัด	ร้อยละ 80 ของหน่วยงานมีแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาโรคไข้หัด	ร้อยละ 82.6	ผ่าน
2. การจัดองค์การ (Organizing)			
- ช่องทางการสื่อสารการป้องกันควบคุมโรคไข้หัดไปยังประชาชน	ร้อยละ 80 ของหน่วยงานมีช่องทางการสื่อสารการป้องกันควบคุมโรคไข้หัดไปยังประชาชน	ร้อยละ 89.1	ผ่าน
3. การอำนวยการ (Directing)			
- เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้หัด	ร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เป้าหมายเคยได้รับการอบรม	ร้อยละ 71.7	ไม่ผ่าน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาการประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดนครสวรรค์ ในปี 2559 ผลการศึกษาเป็นดังนี้

ปัจจัยแวดล้อม พบว่า 1) สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ระดับประเทศตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 - 2558 จังหวัดนครสวรรค์เป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ติด 1 ใน 5 อันดับแรกของประเทศและภาคเหนือ ระดับเขตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 - 2558 เป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สูงสุดของเขต 3 โดยเฉพาะอำเภอเมืองนครสวรรค์ และอำเภอลาดยาว มีจำนวนผู้ป่วย/ตายด้วยโรคไข้หวัดใหญ่เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องในทุก ๆ ปี และหน่วยงานทุกระดับมีความชัดเจนของ นโยบาย ยุทธศาสตร์ มาตรการและแนวทางการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ จึงเป็นสิ่งบ่งบอกถึงเหตุผลและความจำเป็นในการดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยใช้กลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยงและการประชาสัมพันธ์เป็นมาตรการนำ อันมีเป้าหมายเพื่อลดการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ในเขตพื้นที่ดังกล่าว

ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย บุคลากรงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ ทั้ง 3 องค์ประกอบ ที่กำหนดให้มีปัจจัยนำเข้าดังกล่าว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.0 จึงควรนำหลักการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการมาใช้ในการดำเนินงาน โดยการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไขปัญหา ได้แก่ ปศุสัตว์จังหวัด/อำเภอ องค์การบริหารส่วนตำบล ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และกำนันผู้ใหญ่บ้าน ตลอดจนหาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งอื่น ๆ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่เป้าหมายบางแห่ง ได้นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งจะช่วยให้ช่วยแก้ไขปัญหาเรื่องบุคลากรงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพออันหมดไป

กระบวนการบริหารจัดการ ประกอบด้วย

การวางแผน การจัดองค์กร การอำนวยการ การประสานงาน และการติดตามกำกับ พบว่า ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ 4 องค์ประกอบ คือ การวางแผน การจัดองค์กร การประสานงาน และการติดตาม กำกับ สอดคล้องกับ ธงชัย สันติวงษ์⁽⁴⁾ ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการบริหารจัดการเป็นกระบวนการที่ทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ ต้องอาศัย การวางแผน การจัดองค์กร การจัดคนเข้าทำงาน การสั่งการ และการควบคุมงาน อย่างไรก็ตามมีเพียง 1 องค์ประกอบ คือ การอำนวยการที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ จึงเป็นไปได้ที่จากผลการประเมินที่พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องมีเพียงพอ ร้อยละ 58.7 ซึ่งแต่ละคนรับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคของหน่วยงานหลายโรค ทำให้ไม่มีเวลาที่ จะเข้ารับการอบรม ดังนั้นจึงอาจใช้ช่องทางหรือวิธีการอย่างอื่นในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เช่น การชี้แจงให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน เป็นต้น

ผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย ผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Effect) และผลกระทบ (Impact) พบว่า ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ครบถ้วน 2 องค์ประกอบ คือ ผลผลิต (Output) เป้าหมายร้อยละ 80.0 ของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายมีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ระดับสูง ผลการดำเนินงาน ประชาชนในพื้นที่เป้าหมายมีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ระดับสูง ร้อยละ 81.2 ผลลัพธ์ (Effect) เป้าหมาย (1) ร้อยละ 80.0 ของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ระดับเหมาะสมมาก และ (2) ร้อยละ 80.0 ของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายมีความพึงพอใจต่อการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ผลการดำเนินงาน ประชาชนในพื้นที่เป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ระดับเหมาะสมมาก ร้อยละ 82.5 และมี

ความพึงพอใจต่อการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันโรคไข้หัดระดับมาก ร้อยละ 94.3 และ ผลกระทบ (Impact) เป้าหมาย (1) จำนวนผู้ป่วย/อัตราป่วย และ (2) จำนวนผู้ป่วยตาย/อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้หัด ในปี 2559 ลดลงร้อยละ 50.0 เปรียบเทียบกับปี 2558 ผลการดำเนินงาน ปี 2559 มีจำนวนผู้ป่วย 20 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 6.02 ต่อประชากรแสนคน เปรียบเทียบกับปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วย 30 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 9.20 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยลดลง ร้อยละ 33.3 อัตราป่วยลดลงร้อยละ 34.6 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ สำหรับจำนวนผู้ป่วยตายและอัตราป่วยตาย ในปี 2559 มีจำนวนผู้ป่วยตาย 1 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับ 0.30 ต่อประชากรแสนคน เปรียบเทียบกับปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วยตาย 5 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับ 9.20 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยตายลดลงร้อยละ 80.0 และอัตราผู้ป่วยตายลดลงร้อยละ 80.4 ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ แม้ว่าในปี 2559 ที่ผ่านมามีการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันโรคไข้หัดไปยังประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย ผ่านกลไกหน่วยงานและผู้รับผิดชอบงานในแต่ละระดับ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่อำเภอลาดยาวและอำเภอเมืองนครสวรรค์ แบบหวังผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยและตายจากโรคไข้หัดให้น้อยลง โดยมีทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น โปสเตอร์ ไลน์ แผ่นพับ ปฏิทินป้องกันโรค ร่วมกับสื่อออกอากาศทางหอกระจายข่าว เช่น สปอตวิทยุและบทความออกอากาศทางหอกระจายข่าว อันเป็นการสื่อสารโดยใช้สัญลักษณ์หรือใช้ถ้อยคำซึ่งเป็น 1 ใน 4 รูปแบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ที่จะส่งผลให้การสื่อสารนั้นประสบความสำเร็จมากขึ้น ตามแนวทางของ นริศรานงนุช อั้งลีในสมฤทัย เสือปาน⁽⁵⁾ ร่วมไปกับการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเป็นการป้องกัน (Proactive) ให้ประชาชนมีความตระหนักต่ออันตรายหรือเตือนให้รู้จักวิธีป้องกันความเสี่ยงและลดความสูญเสียจากการป่วยเป็นโรคไข้หัด ทำให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วย

และตายจากโรคไข้หัดได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายการประเมินที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นเพราะขาดการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องจากการให้สัมภาษณ์ของผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลพื้นที่เป้าหมาย ประกอบกับโรคไข้หัดพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 45-54 ปี และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง⁽⁶⁾ ดังนั้นการเลือกใช้สื่อเพื่อสร้างการรับรู้สร้างความเข้าใจกับประชาชนให้เกิดความตระหนักในการป้องกันโรคไข้หัด ควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับประชาชนในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยพิจารณาคุณสมบัติและลักษณะต่างๆ ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้ทราบถึงเพศ อายุ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา ความคิดเห็น ความเชื่อทัศนคติ และพฤติกรรมการสื่อสาร ฯลฯ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการเลือกใช้สื่อที่มีประสิทธิภาพและตรงกับกลุ่มเป้าหมาย ตามที่วาสนา จันทรสว่าง⁽⁷⁾ ได้ให้หลักการเลือกสื่ออะไรบางอย่างในการประชาสัมพันธ์ไว้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไข้หัดให้เป็นไปอย่างมีระบบและต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการลดโรคในพื้นที่ที่เป็นปัญหา

2. ควรมีการผลิตและพัฒนาสื่อต้นแบบและกำหนดประเด็นการสื่อสาร (Key message) การป้องกันควบคุมโรคไข้หัดที่สามารถเข้าถึงประชาชนในแต่ละกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันควบคุมโรคทุกระดับทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ให้มีขีดความสามารถในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หัดได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน

2. พัฒนาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคให้หุดดับให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพ

3. พัฒนาช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงการป้องกันควบคุมโรคให้หุดดับให้สามารถเข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ด้วยวิธีการและช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ชรินทร์ ห่วงมิตร. การประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคให้หุดดับ จังหวัดนครสวรรค์ ในปี 2559, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(1): หน้า 51- 61

Suggested Citation for this Article

Haungmitr C. The evaluation of risk communication to change health behavior for Streptococcus suis prevention in Nakhon Sawan Province in 2016. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; 2(1): page 51 - 61

เอกสารอ้างอิง

1. Pootong P, Boongrid P, Phuapdit P. Streptococcus suis meningitis at Ramathibodi Hospital. Ramathibodi Med J 1993; 16 : 203 - 7.
2. สำนักโรคบาดวิทย์ฯ. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2558.; 2558.
4. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารงาน. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช จำกัด; 2543.
5. สมฤทัย เสือปาน. รูปแบบการสื่อสารในการจัดการท่องเที่ยวของชุมชนตลาดสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนาการ คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
6. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2559.; 2559.
7. วาสนา จันทร์สว่าง. การประชาสัมพันธ์ในงานสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์ ; 2534.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

ในการอ้างอิงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิง ในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ () ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน

เอกสารที่นำมาอ้างอิงส่วนใหญ่เป็นวารสารวิชาการ หนังสือ รายงานการประชุมสัมมนา วิทยานิพนธ์ หนังสือพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ 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, วรรณภา โพน้อย, รัฐวิษญญ์ 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 ธรรมภรณ์พิลาศ, บรรณาธิการ. ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 2550. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ 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 ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตอำรง, 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. การปฏิสนธิอกร่างกาย 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>

การเปลี่ยนแปลงชื่อวารสารเป็น “สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง”

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เริ่มมีการรวบรวมบทความวิชาการ ผลการศึกษาวิจัย และดำเนินการตีพิมพ์ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2540 โดยมีการเปลี่ยนแปลงชื่อวารสารตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและชื่อหน่วยงาน จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

1. ฉบับแรกชื่อ “วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1” ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม-ธันวาคม 2540 จนถึง ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2545

2. ครั้งที่ 2 ชื่อ “วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1” ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2546 จนถึง ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2559

3. ครั้งที่ 3 ชื่อ “วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ” ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2559 มีเพียงฉบับเดียว

4. ครั้งที่ 4 ชื่อ “วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง” ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม-สิงหาคม 2559 จนถึงปัจจุบัน ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2560 เนื่องจากมีคำสั่งกรมควบคุมโรค ที่ 507/2559 ลงวันที่ 21 เมษายน 2559 จัดตั้งสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (เดิมคือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ) เพื่อให้การพัฒนานโยบาย ระบบและการวิจัยรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อปกป้องประชาชนในเขตเมือง

วัตถุประสงค์ในการตีพิมพ์เผยแพร่ “วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง” เพื่อเผยแพร่วิชาการที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของประชาชน เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคและองค์กรอื่นๆ และเพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างนักวิชาการหรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

จากการประชุมพิจารณาของคณะกรรมการ “วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง” มีมติให้มีดำเนินการแจ้งหอสมุดแห่งชาติเพื่อให้ฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน โดยมีการปรับการจัดพิมพ์วารสารจากเดิมปีละ 2 ฉบับ เป็นปีละ 3 ฉบับ (ทุก 4 เดือน) เพื่อให้สอดคล้องกับปริมาณบทความวิชาการที่มากขึ้นและได้เตรียมความพร้อมในการยื่นขอรับรองประเมินคุณภาพวารสาร ของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index: TCI) กองบรรณาธิการขอเรียนว่า “วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง” ยังคงคุณภาพในการตีพิมพ์และเผยแพร่วารสาร และจะพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

กองบรรณาธิการ วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง