



วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province Journal

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province.
Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

รายงานผลการวิจัยและบทความทางวิชาการ
การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

2

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2562

Volume 3 No. 2 July - December 2019 ISSN : 2539-6676

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province Journal

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2562

Volume 3 No.2 Jul - Dec 2019 ISSN : 2539-6676

หน้า / Page

สารบัญ / นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิจัยประเมินผลและถอดบทเรียนการดำเนินงาน
พัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง
โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด
โดยชุมชนสู่ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย
เพชรน้อย ศรีผดผ่อง
พัชรินทร์ มณีพงค์

ผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการเข้าถึงข้อมูล
สุขภาพส่วนบุคคลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ
เบาหวานผ่านสมาร์ตโฟน
เพชรน้อย ศรีผดผ่อง
ไพบูลย์ อาชีวะ

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพ
ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น
วันชัย พรหมศรี
ดุสิต อยู่คง
สุวรินทร์ อินทิแสน
เอื้องฟ้า ล่องดงบัง
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ภาวะสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพของ
ประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2562
สัณญา สุขขำ
วัลย์พร ลิงห์จ้อย
พัชรินทร์ มณีพงค์
เพชรน้อย ศรีผดผ่อง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี
บุญเรือน วงศ์พานิช
กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

ความคิดของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก :
กรณีศึกษาชุมชนรมรีน จังหวัดราชบุรี

จุฑาทิพย์ ชมภูนุช
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

Contents / Original Articles

11 Evaluation research and lessons learned in the pilot
villages of healthy behavior modification to reduce cancer,
hypertension, cardiovascular disease by the community
to the health literacy of Thai people
Petchnoi Sriputphong
Pacharin Maneepong

25 The result of application development for accessing
personal health records in hypertensive and diabetic
patients via smartphone
Petchnoi Sriputphong
Paiboon Archeewa

39 The network participation to rehabilitate social problem
of leprosy affected persons in the area of the Office of
Disease Prevention and Control 7, KhonKaen Province.
Wanchai Promshi
Dusit Ukong
Suwarin Intisan
Aeanfa Lowdongbung
The office of Disease Prevention and Control KhonKaen

49 Health status and health literacy of people aged 15 years
and above, Suphanburi Province, 2019
Sanya Sookkham
Walaipom Singjuy
Pacharin Maneepong
Petchnoi Sriputphong
Development Suphanburi public health office

58 Behavior modification of Self-care for Diabetes Mellitus
patients at clinic of Phrachomklao Hospital Phetchaburi
Province
Boonruen Wongpanit
Health Education Sector, Phrachomklao Hospital
Phetchaburi Province

68 Community's meaning Dengue Hemorrhagic Fever
Prevention : The case Study of Romruen community in
Ratchaburi Province
Chutatip Chompoonuch
The Office of Disease Prevention and Control 5 Ratchaburi

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี
เป็นวารสารทางวิชาการในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ และเป็นฐานข้อมูลในการศึกษา ค้นคว้าอ้างอิง จากแหล่งข้อมูลการวิจัย และการพัฒนางานให้เกิดประโยชน์ แก่บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุข
2. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุขมีการนำเสนอผลการดำเนินงาน มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้จากการปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นแนวทางการดำเนินงาน

1. คณะที่ปรึกษา

- | | | |
|----------------|-------------|---|
| 1.1 นายสมาน | พุตระกูล | ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี |
| 1.2. นายพงศ์ธร | ชาติพิทักษ์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องสำอางค์
แอลกอฮอล์ |
| 1.3. นายอรรถพล | ชีพสัตยากร | ข้าราชการบำนาญกรมควบคุมโรค |
| 1.4 นายโอภาส | พูลพิพัฒน์ | ข้าราชการบำนาญกรมควบคุมโรค |
- โดยคณะที่ปรึกษามีบทบาทหน้าที่ให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการจัดทำวารสาร

2. บรรณาธิการ

- | | | |
|-------------|-----------|---|
| 2.1 นายพราน | ไพรสวรรณ์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ
รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี |
|-------------|-----------|---|

3. คณะบรรณาธิการ

- | | | |
|---------------------|---------------|---|
| 3.1 นางสาวโสภภาพรรณ | จิรนิติศัย | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5
จังหวัดราชบุรี |
| 3.2 นายนิคม | กสิวิทย์อำนวย | ข้าราชการบำนาญกรมควบคุมโรค |
| 3.3 นายโยธิน | แสวงดี | รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
คณะประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3.4 นางสุคนธา | คงศีล | รองศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |

- 3.5 นางสาวมธุรส ทิพยมงคลกุล รองศาสตราจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
- 3.6 นางเพ็ญพักตร์ อุทิศ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 3.7 นายทัศนินทร์ รัชดาธนรัชต์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบถ่ายทอดอ่าวไทย
และอันดามัน
- 3.8 นายวรยุทธ นาคอ้าย วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดชลบุรี
- 3.9 นางรวินันท์ นุชศิลป์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
- 3.10 นางสาวทิพสุคนธ์ บำรุงวงศ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4. ผู้จัดการ

- 4.1 นายชีวิน สมสว่าง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

5. ฝ่ายจัดการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

- 5.1 นางสาวกฤตยา โยธาประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- 5.2 นางสาวศรันท์รัตน์ วิริยสุนทร นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
- 5.3 นางสาวอาชิรญาณ์ ใจจง นักวิชาการพัสดุชำนาญการ

6. คณะผู้จัดทำวารสาร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

- 6.1 นางสาวกฤตยา โยธาประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- 6.2 นายไกรฤกษ์ สุธรรม นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ
- 6.3 นายธีรเนตร พานิชเจริญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- 6.4 ว่าที่ร้อยตรีอนุสรณ์ ภาวภูตานันท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- 6.5 นายกวี โพธิ์เงิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- 6.6 นางจอมสุดา อินทรกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- 6.7 นางจตุพร กุศลส่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
- 6.8 นางสาวกรรณา สุขเกษม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- 6.9 นางพรพรวิมล ชำนาญกิจ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

กำหนดออก ปีละ 2 ครั้ง มกราคม , กรกฎาคม

พิมพ์ที่ : บริษัท ธรรมรักษ์การพิมพ์ จำกัด โทร. 0-3232-5534-5 โทรสาร 0-3232-7344

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ยินดีรับบทความทางวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพหรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือรอการตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-มิ.ย. ตีพิมพ์สมบูรณส์ปีศาจแรกของเดือน ก.พ.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน ก.ค.-ธ.ค. ตีพิมพ์สมบูรณส์ปีศาจแรกของเดือน ส.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน พ.ย. ฉบับที่ 2 ภายในเดือน พ.ค.

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง
บทความพื้นวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง ที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุดและภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาว

บทนำ	ไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
วัตถุประสงค์และวิธีการ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
ผลการศึกษา	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูลวิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
วิจารณ์	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุป เปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
เอกสารอ้างอิง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 2. การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม 3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อ และชื่อย่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความ

ที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิงเว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้จริงๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิงให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์และรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร/ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์: เล่มที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ก. วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช ตัวอย่าง เช่น ธีระ รามสูต, นิวัตติ มนต์วิลาสวดี, สุรศักดิ์ ลัมปิตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10:101-2.

ข. วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et.al. หรือและคณะ ถ้าเป็นภาษาไทย ใช้ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

ตัวอย่าง เช่น Fischl MA, Dickinson GM, Scottn GB. Evaluation of Heterosexual partner, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987;257:640-4.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น Toman K. Tuberculosis cas-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน; (ชื่อบรรณาธิการ) บรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน:ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค. ตระหนักจิต หารินสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมพรรณ; 2533. หน้า 115-20.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม หรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neuro physiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology, 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ. บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือนปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In:Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDNFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. P. 1561-5.

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้นิพนธ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง เช่น เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542. 80 หน้า.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่ (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from:http://....

ตัวอย่าง เช่น Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5];18: 52-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง[ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from:http://....

ตัวอย่าง เช่น Mewertris M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain of family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmwf.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf

ชนิภูฐา กาญจนรังสีนนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ต.ค. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และแผ่น diskette ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี 123/202 ถนนเพชรเกษม ซอย 1 อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร พร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนามัน ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 2 ท่านร่วมพิจารณา

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 5 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการ หรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี หรือคณะบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

6. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ

1. ต้นฉบับบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 สำหรับภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนามัน ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกออกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ

2. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ ให้ส่งเอกสารต้นฉบับ 1 ชุดพร้อม Electronics File โดย

2.1 ใบสมัครและเอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว ส่งที่กลุ่มพัฒนาวិชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ถนนเพชรเกษม ซอย 1 ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000 โทร.032-338307-8

2.2 เอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ส่งเป็น Electronics File พร้อมระบุชื่อไฟล์ และระบบที่ใช้ Ms Word ที่ E-mail : kyothaprasert@yahoo.com

สารจากบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ฉบับนี้ ได้ดำเนินการมาเป็นปีที่ 3 ฉบับที่ 2 ของปี พ.ศ.2562 เริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2562 โดยคณะบรรณาธิการ ได้ประมวลเนื้อหาสาระทางวิชาการที่หลากหลายให้กับผู้อ่านทุกๆ ท่านได้นำเอาองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ได้มากยิ่งขึ้นคณะบรรณาธิการและคณะผู้เชี่ยวชาญ จึงได้กลั่นกรองเนื้อหาวิชาการอย่างเข้มข้น และดำเนินการผลิตเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ การวิจัยประเมินผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดโดยชุมชนสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานผ่านสมาร์ตโฟน การมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2562 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และความคิดของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก : กรณีศึกษาชุมชนร่มรื่น จังหวัดราชบุรี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานต่อไป

บรรณาธิการ

การวิจัยประเมินผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง
โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดโดยชุมชนสู่ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย
Evaluation research and lessons learned in the pilot villages of healthy
behavior modification to reduce cancer, hypertension, cardiovascular disease by
the community to the health literacy of Thai people

เพ็ชรน้อย ศรีผดู่ ผอ. (ประชากรและการพัฒนา)

Petchnoi Sriputphong, Phd.

(Population and Development)

พัชรินทร์ มณีพงศ์ วทม. (การจัดการสิ่งแวดล้อม)

Pacharin Maneepong, M.S.

(Environmental Management)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ โดยประยุกต์ใช้ตัวแบบการประเมินผลชีพ(CIPPModel) และการถอดบทเรียน โดยใช้บทเรียนสะท้อนกลับเพื่อปรับตัวการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก (1) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับผิดชอบงาน 2 คน (2) การสนทนากลุ่มในผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ 20 คน (3) การสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 22 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่ในตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี หมู่ที่ 3 4 และ 6 จำนวน 322 คน ดำเนินการ 2 ครั้งระยะเวลาห่างกัน 1 ปี และ (4) แบบบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานจากคลังข้อมูลสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ สถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพคือ การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า (1) บริบท/ปัจจัยนำเข้ามีจุดแข็ง คือ แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดำเนินงาน จุดอ่อนคือ การสนับสนุนด้านทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ และการกำกับติดตามไม่ต่อเนื่อง (2) กระบวนการดำเนินงาน มีจุดแข็งคือ การดำเนินงานยึดความพร้อมของชุมชนโดยการสร้างกิจกรรมบนพื้นฐานที่ชาวบ้านมี/เป็นอยู่ และใช้ความสำเร็จเป็นแบบอย่างเพื่อขยายการดำเนินงาน จุดอ่อน คือ กิจกรรมการปรับเปลี่ยนตามเกณฑ์ 3อ.2ส. แบบเข้มข้นไม่ครบถ้วนและไม่ครอบคลุม (3) ผลการดำเนินงานพบว่า ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ และมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอลดลงโดยการประเมินครั้งที่ 2 อยู่ที่ร้อยละ 48.8 และอัตราป่วยด้วยความโลหิตสูงและเบาหวานมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ในขณะที่อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคมะเร็งค่อนข้างคงที่ แต่ผู้ป่วยไตวายที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานลดลงอย่างชัดเจน และ (4) ผลการถอดบทเรียนพบว่า กิจกรรมเน้นไปที่การเฝ้าระวังและดูแลกลุ่มเสี่ยงกับกลุ่มป่วย ไม่ได้เน้นกลุ่มปกติ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพยังขาดชุดความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการและวิถีการดำเนินชีวิต ดังนั้นระดับพื้นที่ ควรกระตุ้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. แบบเข้มข้นให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรระดับจังหวัดและอำเภอเป็นพี่เลี้ยงในการกำกับดูแลและสนับสนุนเชิงวิชาการอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลางควรสร้างชุดความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

Abstract

The purpose of this research was to evaluate the results in the pilot villages of healthy behavior modification to reduce cancer, hypertension, cardiovascular disease by applying the CIPP model and the after-action review. Data collection by (1) in-depth interviews with 2 responsible persons (2) focus group in 20 key informants (3) interviewing people aged 22 and over who live in Wang Nam Yen Sub-district, Bangplama District, Suphanburi Province, Moo 3, 4, and 6, number 332 people, collected data 2 times by repeating data collection when 1 year, and (4) data recording form from the Suphanburi health data center. Statistics used (1) Quantitative data are descriptive statistics and (2) qualitative data is content analysis. The results of the study showed that (1) the context and input factor has a strong point: community leaders and public health officers have the intention and determination to operate. The weak point is inadequate resource support and continuous monitoring (2) The operational process has strengths: the implementation depends on the readiness of the community, creating activities according to the way of life of the people, and using the success model to expand operations. The weak point of the operation is the implementation of activities to change health behaviors according to criteria not concentrated, incomplete and not coverage (3) The outcome of the study showed that people's health literacy is at a fair level, the practice of health behaviors correctly and consistently has decreased by the second evaluation at 48.8 percent, the rate of hypertension and diabetes tended to decrease slightly, while the rate of stroke, heart disease, and cancer were relatively stable, but renal failure patients caused by hypertension and diabetes have clearly decreased, and (4) Results from the After Action Review (AAR) found that the activity focused on caring for risk groups and patients group while the normal population still lacked comprehensive care and lack of knowledge sets to create health literacy that is suitable for the lifestyle of the people. Suggestions from the research are that the community level should encourage intensive behavioral change and cover the population, while the provincial and district levels must be consultants, supervised, and have continued academic support, and the ministry level should provide a learning package of health literacy that is appropriate for the lifestyle of each target group.

ประเด็นสำคัญ

การวิจัยประเมินผล การถอดบทเรียน การพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจหลอดเลือด และความรู้ด้านสุขภาพ

Key words :

Evaluation Research, After Action Review Health Behavior Modification Village to Reduce Cancer, Hypertension, Cardiovascular Disease and Health Literacy

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ (NCDs) อันได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และของประเทศ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อได้คร่าชีวิตประชากรไทย ถึงร้อยละ 75.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรือประมาณ 320,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่ง หรือประมาณ ร้อยละ 55.0 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่เกิดจากความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรพบใน 4 โรคสำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ.2555 กับ พ.ศ.2558⁽¹⁾ สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง คือ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมและไม่เพียงพอ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ.2557 พบสัดส่วนคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 24.7 และ 8.9 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผลการสำรวจใน ครั้งที่ 4 เช่นเดียวกับความชุกของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่พบว่าเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ร้อยละ 37.5 และร้อยละ 10.9 ตามลำดับ ส่วนหนึ่งอธิบายได้จากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอที่เพิ่มขึ้น⁽²⁾

โครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดเป็นโครงการที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริม

ให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วันๆ ละอย่างน้อย 30 นาที ร่วมกับการรับประทานอาหารผักและผลไม้สดอย่างน้อยวันละครั้งก็โลกรั่มขึ้นไป หรือกินผักครึ่งหนึ่ง อย่างอื่นครึ่งหนึ่ง และลดอาหารไขมัน อันจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดลงได้ โดยในปี พ.ศ.2552 กองสุศึกษาและมูลนิธิกาญจนบารมี ได้รับพระมหากรุณาธิคุณ ล้นเกล้าล้นกระหม่อม พระราชทานพระราชานุญาตให้ดำเนินโครงการเฉลิมพระเกียรติ 57 พรรษามหาชิราลงกรณ : หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด

หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นหมู่บ้านที่มีลักษณะพึงประสงค์ 3 ประการ คือ (1) ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง (2) มีสภาพแวดล้อมที่ดีและเอื้อต่อการดูแลสุขภาพ และ (3) เครือข่ายสุขภาพมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสุขภาพ มีขั้นตอนในการดำเนินงาน 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) สร้างและพัฒนาทีมแกนนำพัฒนาหมู่บ้าน (2) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้าน (3) เข้าใจปัญหาและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (4) จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (5) เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ (6) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ และ (7) ประเมินผลสำเร็จและการถอดบทเรียน ซึ่งเป็นแนวทางที่ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเอง โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นพี่เลี้ยง รวมทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมผลักดัน ส่งเสริม และสร้างแรงจูงใจ

อย่างต่อเนื่องทุกปี อันจะส่งผลให้ประชาชน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถป้องกันและ ลดความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลและค่ายาลงได้อย่างมาก⁽³⁾

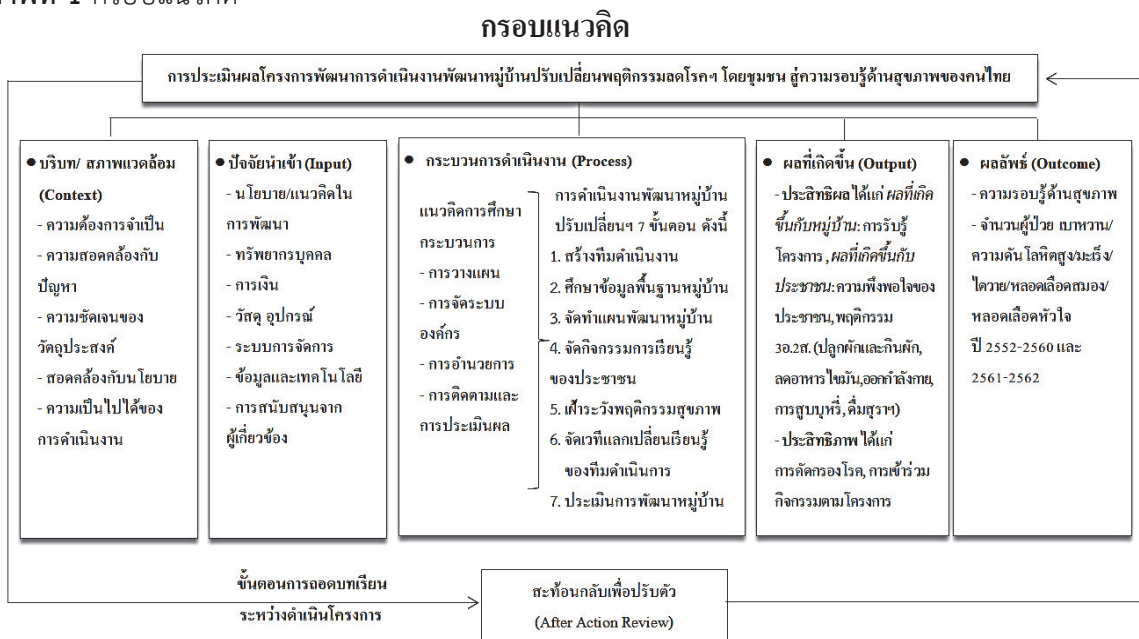
โครงการดังกล่าวนี้ ดำเนินการมาเกือบทศวรรษ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการประเมินผลโครงการที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการ ประเมินกระบวนการและ ประสิทธิภาพที่เป็น ผลผลิต (4-6) ไม่ได้เป็นการประเมินผลทั้งโครงการ โดยเฉพาะ ประสิทธิภาพส่วนที่เป็นผลลัพธ์ สำหรับ จังหวัดสุพรรณบุรี ก็เช่นกันดำเนินงานตั้งแต่เริ่ม โครงการในหมู่บ้านต้นแบบตำบลวังน้ำเย็น อำเภอ บางปลาม้า ยังไม่ได้มีการประเมินผลที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถประเมินได้ว่า ผลการดำเนินงาน บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายหรือไม่ และจะต้องพัฒนา หรือปรับปรุงการดำเนินงานเช่นไรบ้าง ทีมผู้วิจัย จึงได้ดำเนินการวิจัยประเมินผล โดยใช้แบบจำลองซีพี (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam)(7) ที่มีหลักการสำคัญมุ่งเน้นประเมินด้วยวิธีการประเมินผล ด้วยระบบวิเคราะห์ (Analytical Evaluation)

เป็นการประเมินที่วิเคราะห์บริบทสภาพแวดล้อม (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Output) ตลอดจนประเมินผล ต่อเป้าหมาย (Outcome) ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจาก โครงการทั้งทางตรงและทางอ้อม ในมิติด้านบวก และด้านลบ และใช้การถอดบทเรียนสะท้อนกลับ เพื่อปรับตัว (After Action Review- AAR) เพื่อปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้าน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดัน โลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยชุมชน สู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย โดยการศึกษา ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) ผลที่เกิดขึ้น (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้าน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ โดยชุมชนสู่ความรอบรู้ ด้านสุขภาพของคนไทย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด



วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

แบบของการศึกษาเป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การศึกษาบริบท (Context) และปัจจัยนำเข้า (Input) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการศึกษา ทบทวนเอกสาร (Document Study) และใช้ เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) ในผู้รับผิดชอบงาน ระดับจังหวัด 1 คน และระดับตำบล 1 คน

2. การศึกษากระบวนการ (Process) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ตามแนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ 7 ขั้นตอน ศึกษาในกลุ่ม (1) คณะกรรมการหมู่บ้าน/ ทีมแกนนำหมู่บ้าน/ ผู้นำชุมชน โดยคัดเลือก จากแกนนำที่เข้าร่วมในการดำเนินงานโครงการ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคฯ อย่างต่อเนื่อง มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 เป็นต้นมา จากหมู่บ้านละ 10 คน จำนวน 3 หมู่บ้าน รวม 30 คน ผู้วิจัยคัดเลือกหมู่ละ 5 คน จำนวน 3 หมู่บ้าน รวม 15 คน โดยในแต่ละหมู่บ้าน ให้ทีมคัดเลือกผู้ที่จะเข้าร่วมกันเองตามความสมัครใจ อย่างไรก็ดี ในวันที่นัดหมายทีมขอเพิ่มเติมสมาชิก เข้าร่วมเป็นหมู่ละ 6 คน จำนวน 3 หมู่บ้าน รวม 18 คน (2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระดับตำบล 1 คน และระดับอำเภอ 1 คน รวมผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 20 คน

3. การศึกษาผลการดำเนินงาน มีการประเมินผล 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 1 ปี การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย

3.1 การสัมภาษณ์ประชาชนอายุ 22 ปีขึ้นไป ของหมู่ที่ 3, 4, และ 6 ต.วังน้ำเย็น อ.บางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี ซึ่งเกณฑ์คัดเลือกประชากรตัวอย่าง

มีเหตุผลจาก (1) กลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ คือ ประชาชนวัยทำงานอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่อยู่ใน หมู่บ้านตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ คือ ปี พ.ศ.2552 ในขณะที่ข้อมูลประชากรในระบบทะเบียนราษฎร ของกระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ดำเนินการศึกษา ปี พ.ศ.2559 เลื่อนอายุเป้าหมายการประเมินจาก อายุ 15 ปี เป็น 22 ปี เพื่อให้เป็นกลุ่มเป้าหมาย เดียวกันกับจุดเริ่มต้นโครงการ (2) อาศัยอยู่ใน หมู่บ้านมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2552 เป็นต้นมา และ (3) ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือ ความบกพร่องสามารถให้ข้อมูลได้จำนวนทั้งสิ้น 1,470 คน ผู้วิจัยใช้สูตร Yamane's formula⁸ คำนวณได้ ขนาดตัวอย่าง จำนวน 322 คน เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.769) ประกอบด้วย 1) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ สุขภาพ (2) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ (3) ทักษะ การสื่อสารสุขภาพ (4) ทักษะการจัดการตนเอง (5) การรู้เท่าทันสื่อ และ (6) ทักษะการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวม น้อยกว่า 44.4 คะแนน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดี 44.4-59.1 คะแนน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ และ 59.2-74 คะแนน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมาก 2) แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. เกณฑ์การแปลผล คือ <18 คะแนนหรือ <60% ของคะแนนเต็มมี พฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามหลัก 3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง 18-23 คะแนนหรือ ≥60-<80% ของคะแนนเต็มมีพฤติกรรมปฏิบัติตน ในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้อง เป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ และ 24-30 คะแนนหรือ ≥80% ของคะแนนเต็มมีพฤติกรรมปฏิบัติตน ในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้อง อย่างสม่ำเสมอ โดยแบบสอบถาม 1) และ 2) ใช้แบบ มาตรฐานของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ

สุขภาพ 3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 4) ข้อมูลปัจจัยในหมู่บ้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 5) แบบวัดการรับรู้และการมีส่วนร่วมกิจกรรมตามโครงการของประชาชน และ 6) แบบวัดความพึงพอใจต่อกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ เกณฑ์การแปลผล คือ

1.00-1.80 คะแนนมีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

1.81-2.60 คะแนนมีความพึงพอใจระดับน้อย

2.61-3.40 คะแนนมีความพึงพอใจระดับปานกลาง

3.41-4.20 คะแนนมีความพึงพอใจระดับมาก

4.21-5.00 คะแนนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

โดยแบบสอบถามข้อที่ 4)-6) ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน

3.2 การประมวลผลการดำเนินงานจากคลังข้อมูลสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี (Suphanburi Health Data Center) ในช่วงปี พ.ศ.2552-2560 และ พ.ศ.2561 ได้แก่ ผลการคัดกรองโรค และอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจโตวาย หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง

สำหรับแนวคิดการประเมินผลการดำเนินงานคือ 1) ประสิทธิภาพโครงการประเมินจาก (1.1) ผลที่เกิดขึ้นกับหมู่บ้าน และ (1.2) ผลที่เกิดขึ้นประชาชน 2) ประสิทธิภาพของโครงการ และ 3) ผลลัพธ์ของโครงการมีความแตกต่างในการประเมินผลระหว่างครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 คือ การประเมินผลการดำเนินงานในครั้งที่ 2 ส่วนผลที่เกิดขึ้นกับหมู่บ้านใช้วิธีการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแทน

3.3 การดำเนินการถอดบทเรียน (Lessons Learned) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ตามแนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) อาสาสมัครที่เข้าร่วมกระบวนการถอดบทเรียนเป็นกลุ่มเดียวกันกับการศึกษากระบวนการ (Process)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดย 1) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตารางไขว้ และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาเก็บให้เป็นระบบระเบียบ ให้ความหมายกับข้อมูล จัดหมวดหมู่ความหมายของข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปรวบรวมความหมายที่ได้จากการสังเกต การจดบันทึก และการถอดเทปการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม โดยมีลำดับการตรวจสอบและนำเสนอข้อมูล ดังนี้ คือ (1) การใช้เทคนิคสามเส้า (Triangulation Technique) เพื่อให้ได้ความเที่ยงตรงของการบรรยายความ (2) ใช้การตีความแบบสรุป โดยมีการยืนยันจากผู้ให้ข้อมูล (Participant Feedback) เพื่อให้ตีความได้ตรงตามที่ถูกสอบถามให้ข้อมูลมา ซึ่งทีมผู้วิจัยได้มีการเปิดเวทีคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ รวมทั้งให้ส่งข้อมูลให้ตัวแทนของพื้นที่ตรวจสอบ และ (3) ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory Triangulation) เพื่อพิจารณาว่าข้อค้นพบมีความสอดคล้องต้องกันกับข้อมูลจริงและทฤษฎี

งานวิจัยนี้ มีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลในทุกขั้นตอนของการวิจัย และได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว

ผลการศึกษา

1. บริบท/ปัจจัยนำเข้าพบว่า บริบทที่สำคัญคือ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสำคัญของชุมชน โดยมีแนวโน้มของปัญหาเพิ่มขึ้นทุกปี ด้านนโยบายและวัตถุประสงค์การดำเนินงานมีความชัดเจนและเป็นไปได้ในการดำเนินการ หมู่บ้านมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานกิจกรรมตามโครงการ ได้แก่ มีแหล่งน้ำเพียงพอต่อการปลูกผัก ประชาชนฐานะ

ไม่ยากจน จึงเอื้อต่อการมีส่วนร่วม โดยปัจจัยนำเข้า ด้านนโยบายและแนวทางการดำเนินงานพัฒนา หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคฯ มีความชัดเจน ตั้งแต่แนวคิด กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงาน การกำหนดปัจจัยแวดล้อม และวิธีการประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ด้านทรัพยากร และการจัดการ ชุมชนสามารถจัดการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อให้งานดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ ปัจจัยนำเข้าที่เป็นกุญแจสู่ความสำเร็จที่สำคัญ คือ ความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจของแกนนำ ชุมชนเข้มแข็งมีลักษณะ เครือญาติ มีความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ มีแบบอย่างของผู้ที่ปฏิบัติสำเร็จ ชาวบ้านมีความศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยปัจจัยนำเข้าที่คาดว่าจะเป็จุดอ่อนคือ ขาดการประสานงาน การกำกับติดตาม และการขาดการเยี่ยมเยียนติดตามจากหน่วยเหนือที่ต่อเนื่อง เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการดำเนินงาน

2. กระบวนการดำเนินงานพบว่า ชุมชนมีการดำเนินงานตามขั้นตอนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ 7 ขั้นตอน แต่ในแต่ละขั้นตอน มีการปรับให้เข้ากับบริบทของชุมชน โดยมีทีมแกนนำ อสม. เป็นแกนหลักในการดำเนินงาน มีการสำรวจข้อมูลชุมชน และจัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้าน โดยเริ่มจากกิจกรรมเล็กๆ เมื่อประสบความสำเร็จแล้ว ค่อยขยายเพิ่มเติม เน้นกิจกรรมและการดำเนินงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชาวบ้าน โดยไม่เป็นภาระ กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเริ่มจากประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพและแกนนำจะเริ่มที่ตนเองทำให้ดูเป็นตัวอย่าง จากนั้นเข้าไปช่วยในกลุ่มที่มีปัญหา โดยให้ความรู้ให้กำลังใจ ติดตามเยี่ยมบ่่อยๆ เพิ่มความมั่นใจในการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในขั้นตอนการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเน้นไปที่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ส่วนการติดตามและประเมินผลยังไม่ค่อยเป็นระบบ

ชัดเจน จุดเด่นการดำเนินงาน คือ กิจกรรมส่งเสริมการกินผัก ส่วนใหญ่ครัวเรือนมีการบริโภคผักเป็นหลัก ส่วนจุดอ่อนของการดำเนินงาน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ไม่ได้ดำเนินการที่เข้มข้นครบทุกด้าน เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกายเป็นไปตามความพร้อมของแต่ละบุคคลไม่ได้เข้มข้นตามแบบแผนคำแนะนำ (ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 วันๆ ละ 30 นาที) กิจกรรมเพื่อลดบุหรี และสุรายังไม่ชัดเจน และการลดโรคเน้นไปที่เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ส่วนโรคมะเร็งยังไม่ชัดเจน

3. ผลดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคฯ พบว่า

3.1 ประสิทธิภาพของการดำเนินงานใน 2 ประเด็นคือ 1) ผลที่เกิดกับหมู่บ้าน พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้และมีส่วนร่วมกับโครงการ โดยกิจกรรมของหมู่บ้านที่ประชาชนรับรู้และมีส่วนร่วมกับโครงการมากที่สุด คือ “การปลูกผักไว้กินเองในครัวเรือน” (ร้อยละ 92.5) และกิจกรรมของหมู่บ้านที่ประชาชนรับรู้และมีส่วนร่วมกับโครงการน้อยที่สุด คือ “ชมรม/กลุ่มออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์ในหมู่บ้าน” (ตารางที่ 1) การประเมินผลในประเด็นนี้เป็นการประเมินครั้งที่ 1 รอบเดียว ในครั้งที่ 2 ใช้การสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแกนนำชุมชนเกี่ยวกับบริบทของชุมชนตามข้อกำหนดของโครงการ ส่วนใหญ่ยังคงเดิม 2) ผลที่เกิดกับประชาชน พบว่า (1) ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคฯ ซึ่งโดยเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ความพึงพอใจระดับมาก แต่ครั้งที่ 2 ระดับความพึงพอใจลดลงเล็กน้อย (ตารางที่ 2) และ (2) พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-5 วันๆ ละ 30 นาที พฤติกรรมการกินผัก ผลไม้สดอย่างน้อยวันละครั้ง กิโลกรัม หรือกินผักครึ่งหนึ่ง

และลดอาหารไขมัน พบว่าในรอบที่ 2 ของการประเมิน 30.2ส. ได้อย่างถูกต้องอย่างลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.8 มีพฤติกรรม 30.2ส. ได้อย่างถูกต้องอย่างลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 (ร้อยละ 63.4) (ตารางที่ 3) การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการรับรู้ข้อมูลการดำเนินกิจกรรมของหมู่บ้านที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ (n=322)

กิจกรรมของหมู่บ้าน	จำนวน (ร้อยละ)ของการรับรู้/การมีส่วนร่วมกับโครงการ		
	มี	ไม่มี	ไม่ทราบ
1. มีข้อตกลงร่วมกันของหมู่บ้านที่ส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติในเรื่องการกินและการออกกำลังกายเพื่อการมีสุขภาพดี	271 (84.2)	24 (7.5)	27 (8.4)
2. มีสถานที่ออกกำลังกายในหมู่บ้าน	273 (84.8)	36 (11.2)	13 (4.0)
3. มีชมรม/กลุ่มออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ในหมู่บ้าน	227 (70.5)	67 (20.8)	28 (8.7)
4. มีการปลูกผักไว้กินเองในครัวเรือนของท่าน	298 (92.5)	18 (5.6)	6 (1.9)
5. มีแหล่งปลูกหรือจำหน่ายหรือแลกเปลี่ยนผักปลอดสารพิษในหมู่บ้าน	246 (76.4)	54 (16.8)	22 (6.8)
6. มีแหล่งน้ำที่สามารถใช้ในการเพาะปลูก	296 (91.9)	18 (5.6)	8 (2.5)
7. แกนนำในชุมชนจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องสุขภาพอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี	281 (87.3)	20 (6.2)	21 (6.5)
8. มีการสื่อสารความรู้เรื่องสุขภาพแก่ประชาชนด้วยวิธีต่างๆ อย่างต่อเนื่อง	290 (90.1)	15 (4.7)	17 (5.3)
9. แกนนำในชุมชนมีการสื่อสารให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนอย่างสม่ำเสมอ	291 (90.4)	14 (4.3)	17 (5.3)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจการดำเนินงานโครงการฯ

ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการ	ครั้งที่ 1 (n=275)	ครั้งที่ 2 (n=298)
พึงพอใจระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน)	2 (0.6)	8 (2.7)
พึงพอใจระดับน้อย (1.81-2.60 คะแนน)	7 (2.2)	16 (5.4)
พึงพอใจระดับปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน)	71 (22.0)	82 (27.5)
พึงพอใจระดับมาก (3.41-4.20 คะแนน)	123 (38.2)	110 (36.9)
พึงพอใจระดับมากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)	119 (37.0)	82 (27.5)
*ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ (\bar{x} , SD.)	3.87 (.88)	3.81 (.98)

*ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในช่วง 3.41 – 4.20 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

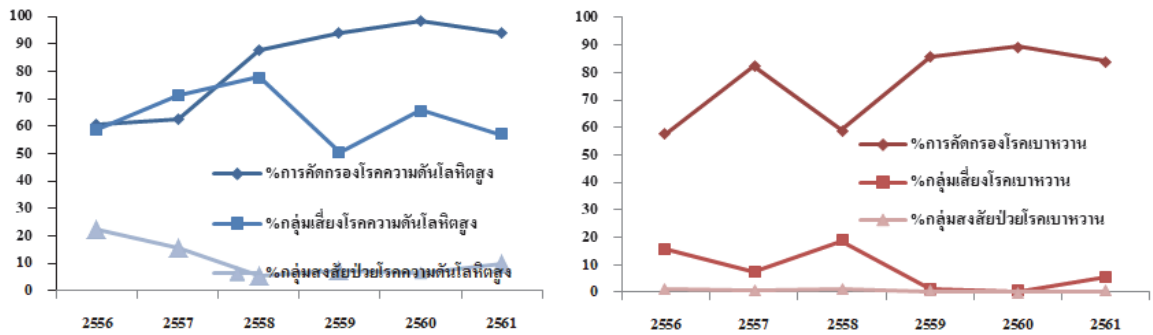
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.

ช่วงคะแนนของพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	การแปลผล
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
<18 คะแนนหรือ <60% ของคะแนนเต็ม	22 (6.8)	37 (11.5)	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง
18-23 คะแนนหรือ ≥60-<80% ของคะแนนเต็ม	96 (29.8)	128 (39.8)	พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้อง เป็นส่วนใหญ่แต่ไม่สม่ำเสมอ
24-30 คะแนนหรือ ≥80% ของคะแนนเต็ม	204 (63.4)	157 (48.8)	พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้อง อย่างสม่ำเสมอ

3.2 ด้านประสิทธิภาพการดำเนินงานพบว่า (1) ผลการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคความดันโลหิตสูงประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีจนถึงปี พ.ศ.2560 และลดลงเล็กน้อย ในปี พ.ศ.2561 โดยผลการคัดกรองความดันโลหิต ร้อยละ 93.8 แต่ยังเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด คือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลการคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงจากปีพ.ศ.2556-2558 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากอัตราร้อยละ 58.56 เป็นร้อยละ 77.76 และมีอัตราป่วยลดลงเป็นร้อยละ 60.61 ในปี พ.ศ.2559 และยังมีลักษณะผันผวนขึ้นลง (fluctuation) ระหว่างปี พ.ศ.2559-2561 และในส่วนกลุ่มที่สงสัยป่วยมีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ.2556 อัตราป่วยร้อยละ 22.29 เป็นร้อยละ 5.61 ในปี พ.ศ.2558 แต่ยังมีลักษณะผันผวนขึ้นลง (fluctuation) ระหว่างปี พ.ศ.2558-2560 และเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ.2561 (9) เช่นเดียวกันประชาชนได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 57.82 ในปี พ.ศ.2556 เพิ่มขึ้นร้อยละ 89.43 ในปี พ.ศ.2560 แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายการคัดกรองที่กำหนดไว้ ร้อยละ 90 และในปี พ.ศ.2561 พบว่า ผลการคัดกรองลดลงเหลือร้อยละ

84.06 ส่วนผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในปี พ.ศ. 2556 -2558 มีลักษณะผันผวนขึ้นลง (fluctuation) อยู่ระหว่างร้อยละ 7.21- 18.74 และมีแนวโน้มลดลงในปีพ.ศ.2559-2560 เหลือร้อยละ 0.3 อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ.2561 เริ่มพบอัตราป่วยกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.59 สำหรับกลุ่มที่สงสัยป่วยยังมีลักษณะผันผวนขึ้นลง (fluctuation) ระหว่างปี พ.ศ.2556-2558 โดยมีแนวโน้มลดลงในปี พ.ศ.2559-2560 แต่เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ.2561 (9) ตามภาพที่ 2 และ (2) ประชาชนได้เข้าร่วมกิจกรรมของโครงการพบว่า การประเมินครั้งแรก และครั้งที่ 2 ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 63.4 และ ร้อยละ 60.9 ตามลำดับ) แต่การเข้าร่วมกิจกรรมจากการประเมินครั้งที่ 2 มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมลดลง เช่น การปลูกผักผลไม้ไว้รับประทานจากร้อยละ 95.6 เหลือร้อยละ 71.0 การออกกำลังกายจากร้อยละ 93.1 เหลือร้อยละ 79.6 แต่กิจกรรมที่ประชาชนเข้าร่วมใกล้เคียงกัน คือ การสอน/แนะนำเรื่องสุขภาพ (ร้อยละ 81.9 และ ร้อยละ 80.6 ตามลำดับ)

ภาพที่ 2 ร้อยละผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน หมู่ที่ 3 4 และ 6 ต.วังน้ำเย็น



ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของการเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการของหมู่บ้าน

การเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการ	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2	
	จำนวน (n=322)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (n=322)	ร้อยละ (100.0)
ไม่เคย	118	36.6	126	39.1
เคย	204	63.4	196	60.9
กิจกรรมที่เข้าร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 กิจกรรม) เฉพาะผู้ตอบว่าเคย				
- การสอน/แนะนำเรื่องสุขภาพ	167	81.9	158	80.6
- กิจกรรมออกกำลังกาย	190	93.1	156	79.6
- การปลูกผักผลไม้ไว้รับประทาน	195	95.6	151	71.0

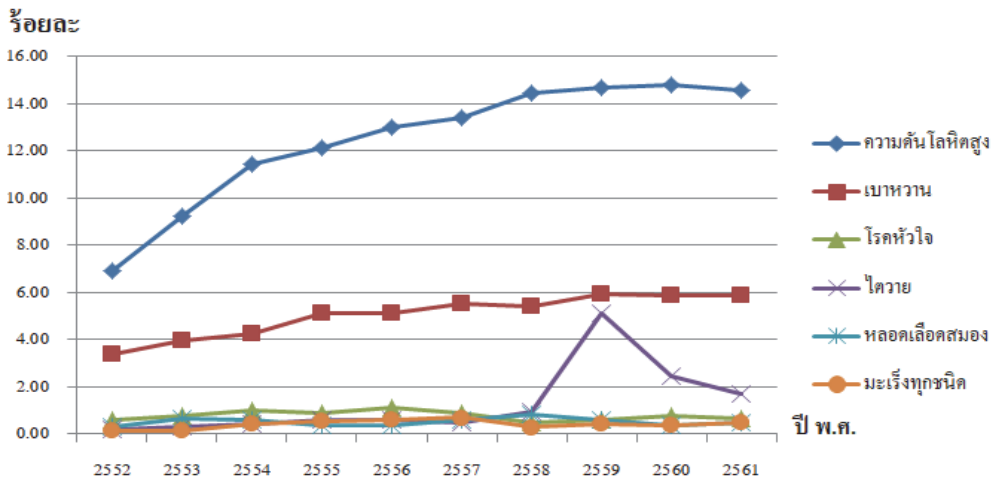
4. ผลลัพธ์ของการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ พบว่า (1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ในการประเมินผลการดำเนินงานครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่ของประชาชน (ร้อยละ 50.0) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้โดยสัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก และพอใช้ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 (ตารางที่ 5) และ (2) อัตราป่วยของ 3 หมู่บ้านพบว่า จากปีพ.ศ.2552- 2559

โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานเพิ่มขึ้น หลังจากนั้นเริ่มมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่ผู้ป่วยไตวายที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูง และเบาหวานมีแนวโน้มคงที่จนถึงในปี พ.ศ.2559 อัตราป่วยสูงเพิ่มขึ้นอย่างมาก และหลังจากนั้น มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน ส่วนโรคหัวใจหลอดเลือดสมอง และมะเร็ง มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ (ภาพที่ 3)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ผลการประเมินครั้งที่ 1		ผลการประเมินครั้งที่ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
น้อยกว่า 44.4 คะแนน (ไม่ดี)	78	24.2	146	45.3
44.4-59.1 คะแนน (พอใช้)	206	64.0	161	50.0
59.2-74 คะแนน (ดีมาก)	38	11.8	15	4.7

ภาพที่ 3 ร้อยละของอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ ปี พ.ศ.2552 – 2561 หมู่ที่ 3 4 และ 6 ต.วังน้ำเย็น



5. ผลการถอดบทเรียนการดำเนินงาน พบว่า ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาชุมชนมีการเพิ่มเติม และปรับเปลี่ยน กิจกรรมการดำเนินงานในกระบวนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ไม่มากนัก โดยกิจกรรม ที่เพิ่มเติมจะเน้นไปที่การเฝ้าระวังและการดูแลกลุ่มเสี่ยง กับกลุ่มป่วย ส่วนในกลุ่มปกติไม่ได้เน้นหนักเท่าใดนัก ในเรื่องการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น แขนงนี้ยังมีความรู้ การสื่อสาร ทักษะ และการจัดการไม่เพียงพอ เนื่องจากยังไม่มีรูปแบบ การดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ทำให้ชุมชน ไม่สามารถสร้างกิจกรรม นวัตกรรม หรือแนวทางใหม่ๆ ได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ขาดความต่อเนื่องของการ ดำเนินกิจกรรม และยังขาดการติดตามประเมินผล การดำเนินงาน

วิจารณ์

1. ประสิทธิภาพของโครงการทั้งผลที่เกิดกับ ประชาชน และผลที่เกิดขึ้นกับหมู่บ้านอยู่ในเกณฑ์ดี เนื่องจากการดำเนินงานโครงการอยู่ภายใต้บริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการดำเนินงานของหมู่บ้าน มีความเป็นไปได้ เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิต ของคนในชุมชน ซึ่งประเมินได้จากประชาชนมีการรับรู้ และมีส่วนร่วมกับโครงการมากที่สุด คือ “การปลูกผัก

ไว้กินเองในครัวเรือน” และประชาชนมีความพึงพอใจ ต่อกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ในระดับมาก โดยที่โครงการฯ ดังกล่าว เป็นโครงการ ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุก กระบวนการดำเนินงาน ทำให้ประชาชนเห็นว่า ได้รับประโยชน์คุ้มค่ากับเวลาที่เสียไปในการเข้าร่วม กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ แต่อย่างไรก็ตาม ช่วงปีหลังๆ ของการดำเนินงานชุมชนขาดการกระตุ้น ที่ต่อเนื่อง ขาดการกำกับติดตามจากหน่วยเหนือ ในทุกระดับ ทำให้กิจกรรมขาดความเข้มข้นลง แม้ว่า โดยทั่วไปประสิทธิผล และประสิทธิภาพของโครงการ จะยังอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ผลการดำเนินงานมีแนวโน้ม ลดต่ำลง

2. ภายหลังจากการดำเนินงานโครงการ ผลลัพธ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า จากปี พ.ศ.2552- 2559 โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ยังคง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปีพ.ศ.2560-2561 เริ่มมีแนวโน้ม ลดลงเล็กน้อย แต่ผู้ป่วยไตวายที่เกิดจากภาวะความดัน โลหิตสูง และเบาหวานมีแนวโน้มคงที่จนถึง ในปีพ.ศ. 2559 อัตราป่วยสูงเพิ่มขึ้นอย่างมาก และ หลังจากนั้น มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน แต่โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่

เมื่อพิจารณาในแง่ประสิทธิผล และประสิทธิภาพของโครงการโดยรวมนับว่าอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เริ่มมีแนวโน้มลดต่ำลง ส่วนผลลัพธ์ของโครงการพบว่า แนวโน้มของปัญหาในช่วง 5 ปีแรก ยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น จากนั้นเริ่มคงที่ และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการ (1) ผลของการรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีประชาชนเข้าสู่ระบบการคัดกรองเพิ่มขึ้น ซึ่งเท่ากับสามารถค้นหาโรคและปัจจัยเสี่ยงได้เพิ่มขึ้น ข้อมูลจึงสามารถสะท้อนถึงขนาดของปัญหาว่า ยังมีประชาชนจำนวนมากมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้กราฟแสดงผลข้อมูล จึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (2) ผลกระทบของโครงการที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ทำให้สามารถคงระยะของการเกิดผลกระทบตามมาจากรโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือ โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง (3) ภาวะไตวายที่เพิ่มอย่างมากในปี พ.ศ.2559 เป็นผลมาจากนโยบายชะลอไตเสื่อมกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายรณรงค์คัดกรองประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป เพื่อให้ค้นพบผู้ป่วยหรือมีความเสี่ยงป่วยได้เร็วขึ้น ทำให้ระดับพื้นที่ที่มีการค้นหาผู้ป่วยและนำมาขึ้นทะเบียนในระบบเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่หมู่บ้านเมื่อพบปัญหาไตวายเพิ่มขึ้น ได้มีการเพิ่มมาตรการการเฝ้าระวังโรคเพิ่มขึ้น โดยเน้นไปที่การส่งเสริมให้ครัวเรือนลดเกลือในการปรุงอาหาร (4) กระบวนการดำเนินงานมีจุดเด่น คือ กิจกรรมการส่งเสริมการกินผัก ส่วนใหญ่ครัวเรือนมีการบริโภคผักเป็นหลัก ทำให้ชุมชนสามารถลดการบริโภคของที่มีไขมันสูงลงได้ระดับหนึ่ง แต่จุดอ่อนคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ไม่ได้ดำเนินการที่เข้มข้นครบทุกด้าน โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องตามเกณฑ์และการลดละเลิกบุหรี่ สุรา จึงทำให้

กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้ (5) ผลจากการถอดบทเรียน พบว่า ในระดับพื้นที่ยังไม่สามารถสร้างนวัตกรรม หรือแนวทางใหม่ๆ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3อ.2ส.ได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความรู้ด้านสุขภาพมีหลายองค์ประกอบที่ต้องใช้ทั้งความรู้ ทักษะ ความสามารถคิดวิเคราะห์ รู้เท่าทัน และจัดการกับปัญหา ซึ่งอาจยากเกินไปสำหรับเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่และกลุ่มแกนนำที่จะดำเนินการเพียงลำพัง โดยไม่มีตัวแบบแห่งความสำเร็จให้ ประกอบกับการดำเนินงานลดความเข้มข้นลง และการขาดการกำกับติดตามที่ต่อเนื่อง รวมทั้ง ยังขาดการประเมินผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ทำให้ประชาชนมีองค์ความรู้ที่เป็นความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพียงพอ ผลการศึกษา จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ อาเนช โออิน⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพในส่วนของการจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเอง มีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเองในเชิงเหตุผลมากที่สุด ดังนั้น หากต้องการให้ประชาชนมีการดูแลรักษาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขต้องส่งเสริมความสามารถของประชาชนในการจัดการเงื่อนไขสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชน และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามลำดับ เพราะทั้งสี่ปัจจัยนี้ รวมกันมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน และการศึกษาของ ศิริเนตร สุขดี⁽¹¹⁾ ที่พบว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชนบางเกลืออำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ด้านกระบวนการมีส่วนร่วมที่ต้องดำเนินการเป็นขั้นตอนตั้งแต่การศึกษาบริบท ปัญหา และสาเหตุที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพของชุมชน การสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา การพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และการสะท้อนผลลัพธ์หลังการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตรธรรมกุล⁽¹²⁾ ที่พบว่า การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุที่ผ่านมามุ่งเน้นความสามารถพื้นฐานมากเกินไป ให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะค่อนข้างน้อย และการพัฒนาวิธีการวัดและการประเมินไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร

สรุป

ผลของการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ โดยชุมชนสู่ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยแสดงให้เห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีกับประชาชนในชุมชน คือ อัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไตวาย มีแนวโน้มลดลง ส่วนโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมองยังคงที่ อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องสร้างและพัฒนาให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพในเกณฑ์รอบรู้ระดับมากและค้นหานวัตกรรม หรือแนวทางใหม่ๆ เพื่อสร้างกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ.2ส.ที่ถูกต้องอย่างเข้มข้นครอบคลุม และต่อเนื่อง โดยระดับจังหวัดและอำเภอควรมีการกำกับติดตามและให้การสนับสนุนทางวิชาการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายสาโรจน์ มะรุมดี แพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนผู้ให้ข้อมูล ผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยทุกท่านที่ให้สนับสนุน และให้ความร่วมมือให้การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ: บริษัท อีโมชั่นอาร์ต จำกัด; 2560.
2. คณะทำงานสุขภาพคนไทย. รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2560. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. (สืบค้นเมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2561). แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/Books/544>.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เส้นทางสู่...ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย จำกัด); 2559.
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ประสิทธิผลหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ. กองสุขศึกษา; 2557. (สืบค้นเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2561). แหล่งข้อมูล: <http://hed.go.th/linkHed/index/312>.
5. พันธุ์ทิพา อินทรศร และวงศา เลหาศิริวงศ์. การประเมินผลโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด จังหวัดชัยภูมิ ตามโครงการเฉลิมพระเกียรติ 57 พรรษามหาชริราชลวงกรณ กรณีสึกษาบ้านลาดใต้. วารสารวิจัย มช. (บศ.). 2555;12 (2):30-41.

6. นาดยา เกรียงชัยพฤกษ์. การศึกษากระบวนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด: กรณีศึกษาจังหวัดตรัง. วารสารคณะพลศึกษา 2554;14 (1): 28-38.
7. Stufflebeam, Daniel. Educational Evaluation and Decision Making. Illinnis: F. E.Peacock; 1971.
8. Yamane, Taro. Statistics, an Introductory Analysis. 3rded. New York: Harrer & Row, Publishers; 1973.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. ประมวลผลจากโปรแกรม HDCSuphanburi). (สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2562). แหล่งข้อมูล : https://spb.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
10. อาเนช โออิน. ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง. วารสารการวิจัยการพัฒนาการบริหาร 2559; 9(1): 113-132.
11. ศิริเนตร สุขดี. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วม. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต).กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ;2560. หน้า229.
12. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. 2556. ความฉลาดทางสุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย (จำกัด); 2558.

ผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล
ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานผ่านสมาร์ทโฟน

The result of application development for accessing personal health records
in hypertensive and diabetic patients via smartphone

เพ็ชรน้อย ศรีผุดผ่อง ปร.ด. (ประชากรและการพัฒนา)

Petchnoi Sriputphong, Ph.D.

(Population and Development)

ไพบุลย์ อาชีวะ วท.ม. (เทคโนโลยีสารสนเทศ)

Paiboon Archeewa, M.Sc.

(Information Technology)

บทคัดย่อ

การพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (Personnel Health Record: PHR) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการเข้าถึงข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล และใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง การทำงานของระบบเป็นการเชื่อมโยง แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบข้อมูลของโรงพยาบาล (HIS) กับระบบฐานข้อมูลกลาง (HDC) โดยมีการดึงข้อมูล ประมวลผล และแสดงผลข้อมูลในรูปแบบที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย เช่น สถิติ กราฟ รูปภาพ จากข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีคำแนะนำในการดูแลสุขภาพการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานผ่านสมาร์ทโฟน และศึกษาผลของการพัฒนาแอปพลิเคชัน โดยเริ่มจากการศึกษาบริบทของงานดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ความต้องการของผู้ป่วย และผู้ให้บริการเพื่อพัฒนาต้นแบบ และตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของแอปพลิเคชันโดยใช้กระบวนการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เมื่อนำไปทดลองใช้จริงได้มีการประเมินผลจาก (1) การศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน และ (2) การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ใช้และกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แอปพลิเคชัน ก่อน-หลังการทดลอง จำแนกกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แนวการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง แบบสอบถาม และแบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ สถิติพรรณนา และการทดสอบค่าที (t-test) และข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า (1) ความพึงพอใจต่อการใช้งานแอปพลิเคชันของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด และมาก (ร้อยละ 50.0 และ ร้อยละ 45.0 ตามลำดับ) และ (2) ภายหลังจากทดลอง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.001), ค่าความดันโลหิตค่าบนและค่าล่าง และค่าน้ำตาลในเลือด FBS ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value>.05) แต่ค่าน้ำตาลในเลือด HbA1C หลังการทดลองลดต่ำลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.05) และ (3) ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันและไม่ใช้แอปพลิเคชันภายหลังจากทดลอง พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันสูงกว่า

กลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) ส่วนค่าความดันโลหิตค่าบนและค่าล่าง และค่าน้ำตาลในเลือด FBS ในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) และค่าน้ำตาล HbA1C ในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$)

Abstract

The develop Personal Health Record (PHR) based on patients' feedback to allowing patients accessing and verify their data without putting any workload burden to hospital staff. The system connects with hospital HIS and HDC to exchange and retrieve data that will be processed and display to the patient using data visualization including laboratory results, behavioral change recommendation. This research and development aim to develop an application to access personal health records in patients with hypertension and diabetes via smartphones and study the results of application development. The study began with a study of the context of operations for the care of patients with hypertension and diabetes, patient needs, and service providers to develop a prototype and prove the performance of the application by using the research study both the quantity and quality. The developed application has trials and evaluations performed by (1) patient satisfaction study on application usage and (2) comparison of health behavior, blood pressure, and the blood glucose levels of patients between the user group (30 samples) and the non-application group (30 samples) by comparing before - after the trial. The research instruments consisted of semi-structured interviews, questionnaires, and health examination records. The statistics for quantitative data analysis are the descriptive statistics and t-test and the qualitative data analysis statistics is Content analysis

The results of the study showed that (1) The satisfaction of using the application of the patients was at the highest and high level (50.0% and 45.0% respectively), (2) After the experiment, the patients using the application had significantly higher health behavior scores than before the experiment. ($p\text{-value}<.001$). Blood pressure, upper and lower values, and FBS decreased lower than before the experiment with no statistically significant. ($p\text{-value}>.05$). HbA1C was significantly lower than before the experiment. ($p\text{-value}<.05$) and (3) The comparison of results between the groups that use the applications and those that do not use the applications; after the experiment shows that the health behavior scores in the groups using the applications are higher than the groups that do not use the applications ($p\text{-value}<.05$), blood pressure, upper and lower values in the group using the application were lower

than the group that didn't use the application with no statistically significant (p -value $> .05$), FBS in the group that uses the application is lower than the group that does not use the application with no statistically significant (p -value $> .05$), and HbA1C in the group that used the application was higher than the group that did not use the application but no statistically significant. (p -value $> .05$)

ประเด็นสำคัญ

ผลของการพัฒนาแอปพลิเคชัน,
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล,
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

Key words :

The results of application development,
Accessing personal health records
Diabetics and hypertension patients

บทนำ

ในระบบบริการสุขภาพ ได้มีการนำเทคโนโลยี ดิจิทัลมาใช้เป็นเครื่องมืออำนวยความสะดวก และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ ทำให้ผู้รับบริการ มีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพของตนเอง ได้อย่างเสมอภาค ทั้งถึง เท่าเทียม และปลอดภัย การจัดทำระบบข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการใช้เทคโนโลยี ดิจิทัลในการจัดเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ ประมวลผล และสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการสร้างระบบ ที่อำนวยความสะดวกแก่แพทย์ ผู้ป่วย ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน โดยมีการจัดเก็บ ข้อมูลบริการสุขภาพไว้ เพื่อใช้ประโยชน์ในหน่วยงาน เป็นหลัก และจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ข้อมูลกลาง 43 แฟ้ม ให้กระทรวงสาธารณสุข เพื่อรวบรวม ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายงาน สรุปในระบบ Health Data Center (HDC)⁽¹⁾ โดยแสดงข้อมูลทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลบริการสุขภาพที่หน่วยบริการ สุขภาพจัดเก็บนั้น ประชาชนผู้รับบริการที่เป็นเจ้าของ ข้อมูล ยังไม่มีช่องทางในการเข้าถึง และใช้ประโยชน์ จากข้อมูลเหล่านั้น แนวคิดของการพัฒนาการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล คือ ถ้าหากประชาชนผู้รับบริการ มีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง จะเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของข้อมูล และช่วยตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูล ทำให้ข้อมูลสุขภาพที่หน่วย บริการจัดเก็บมีความถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้ ประชาชนผู้รับบริการยังสามารถนำข้อมูลความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเพื่อลดความเสี่ยงจากการ เกิดอาการเจ็บป่วย และนำไปใช้เป็นแนวทางในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ซึ่งจะช่วยลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรค และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

พยาบาลระยะยาวได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้อง พบแพทย์เป็นประจำตามการนัดหมายของแพทย์ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการ ศึกษาการใช้โมบายแอปพลิเคชันประเภทสุขภาพของ ผู้ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนของปณิดา จันทรทองสุข นพวรรณ เปี้ยชื่อ และจุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย⁽³⁾ พบว่า พฤติกรรมการใช้โมบายแอปพลิเคชันด้านการรักษา/ การดูแลตนเองเบื้องต้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และ ความดันโลหิตซิสโตลิก ซึ่งมีข้อสรุปให้ทีมสุขภาพ ควรพิจารณาเลือกใช้โมบายแอปพลิเคชันสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ ให้แก่ผู้ให้บริการแผนกตรวจสุขภาพของโรงพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ อนุชา จันทรเต็ม สรัญญา เชื้อทอง และปกรณ์ สุปินานนท์⁽⁴⁾ ที่พัฒนาแอปพลิเคชัน โดยใช้การเรียนรู้ร่วมกันเรื่อง การออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการ เรียนรู้ของผู้สูงอายุมีคะแนนหลังการเรียนรู้สูงกว่า ก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการประเมิน ความพึงพอใจโดยภาพรวม มีความพึงพอใจทุกด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และหลังจากมีการเรียนรู้ร่วมกัน ผ่านกลุ่มไลน์ โดยมีการแลกเปลี่ยนความรู้และการ มีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุเรื่องการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการติดต่อสื่อสารที่ รวดเร็วและสะดวกมากขึ้น

ทีมผู้วิจัย จึงได้มีการพัฒนาการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพส่วนบุคคล (Personnel Health Record: PHR) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการเข้าถึงข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล และใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพ ของตนเองได้โดยพัฒนาแอปพลิเคชัน “mPeople-Care”: ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

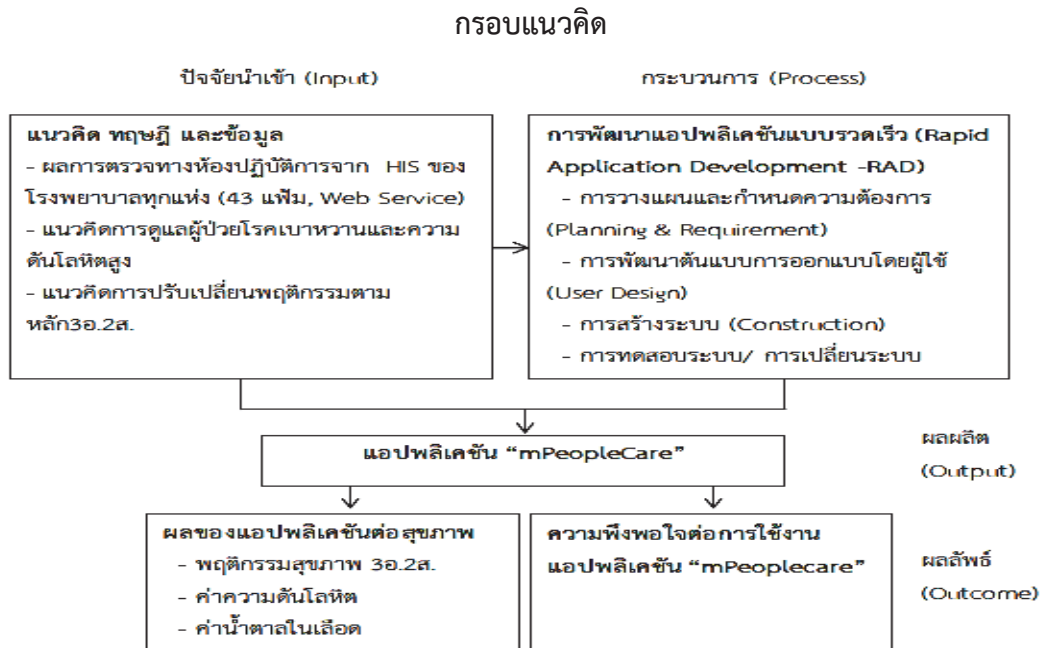
ผ่านสมาร์ตโฟน (Smart Phone) เพื่อเพิ่มช่องทางในการแจ้งข้อมูลบริการสุขภาพ เช่น ข้อมูลผลการตรวจร่างกาย (LAB) ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้ง ข้อมูลคำแนะนำในการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วย โดยแสดงข้อมูลเป็นค่าของตัวเลข สถิติ และกราฟ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นแนวโน้มของการรักษา และมีข้อมูลคำแนะนำในการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นไว้ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ภายหลังจากพัฒนาแอปพลิเคชันและใช้งานในกลุ่มเป้าหมายจริง ได้มีการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เพื่อสร้างความมั่นใจในการใช้และเผยแพร่แอปพลิเคชัน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานผ่านสมาร์ตโฟน

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน “mPeopleCare”
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ก่อน-หลังการใช้แอปพลิเคชัน “mPeopleCare”
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ใช้กับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แอปพลิเคชัน “mPeopleCare”

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัสดุและวิธีการศึกษา

แบบของการศึกษาเป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) โดยมีวิธีการศึกษาดังนี้


1. การพัฒนาต้นแบบ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1.1 การศึกษาบริบท และสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ความต้องการของผู้ป่วย ข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้ และความต้องการใช้แอปพลิเคชันจากผู้ให้บริการ และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อนำมาเป็นปัจจัยนำเข้า (Input) ในการพัฒนาต้นแบบ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในผู้บริหารเทคโนโลยีสารสนเทศระดับสูง (CIO) ระดับจังหวัด 1 คน และ CIO ของโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช 1 คน ผู้รับผิดชอบงาน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด 1 คน และผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี 1 คน และผู้ให้บริการของโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช 1 คน รวมทั้งสิ้น 3 คน และสัมภาษณ์กลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนของโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช และสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 จำนวน 20 คน (เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่นัดรอคิวพบแพทย์ เป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องโทรศัพท์มือถือและสนใจให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ คือ แนวการสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) ส่วนการศึกษาทบทวนเอกสาร (Document Study) จากแนวคิด ทฤษฎี และข้อมูลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. และระบบการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital Information System-HIS) ทุกแห่ง (43 แพ้ม, Web Service) และการศึกษาเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบสอบถามความต้องการใช้งานแอปพลิเคชันผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง เป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 13 ข้อ และมีคำตอบที่สามารถเติมคำในช่องว่างได้โดยอิสระ

ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้ ทำให้ได้แอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้น มีการออกแบบหน้าจอแสดงผลเบื้องต้นตามแนวคิดการพัฒนาต้นแบบเพื่อให้ผู้ใช้งานเข้าใจใช้งานง่าย เช่น มีคำอธิบายและให้ความหมายของผลการตรวจร่างกาย การนำเสนอข้อมูลผลการตรวจร่างกายเป็นกราฟ เพื่อให้ผู้ใช้เห็นแนวโน้มของการรักษา เทคโนโลยีในการพัฒนาแอปพลิเคชันที่ใช้ทำงานบนโทรศัพท์มือถือ (Mobile Application) เพื่อแจ้งคืนข้อมูลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย เทคนิคการพัฒนาแอปพลิเคชันเป็นประเภท Hybrid Application เพื่อต้องการให้สามารถดำเนินการ (Run) ได้ทุกระบบปฏิบัติการ แต่ในระยะแรกดำเนินการบนระบบปฏิบัติการ Android สถาปัตยกรรมที่ใช้เป็นแบบการใช้งานฐานข้อมูลแบบไคลเอนต์เซิร์ฟเวอร์ และใช้แบบจำลองฐานข้อมูลแบบสัมพันธ์ (Relational Model) เป็นเครื่องมือในการอธิบายความสัมพันธ์ต่างๆ ของข้อมูลและอธิบายโครงสร้างของข้อมูลในฐานข้อมูล ส่วนโปรแกรมระบบจัดการฐานข้อมูลใช้ MySQL เครื่องมือในการพัฒนา ได้แก่ Visual Studio, Android Studio, Ionic Framework และ YII Framework และการดูแลระบบ Privacy & Security ข้อมูลผลการตรวจ และข้อมูลต่างๆ จะถูกจัดเก็บอยู่บน Cloud ของสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) ส่วนการคืนข้อมูลผลการตรวจร่างกายจะคืนข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยโดยตรงเท่านั้น และผู้ป่วยต้องนำบัตรประชาชนมายืนยันตัวตนกับ

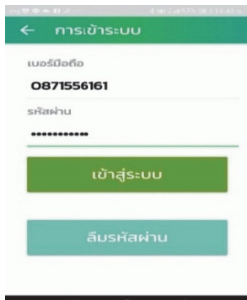
เจ้าหน้าที่ ซึ่งการยืนยันตัวตนของผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน ใช้มาตรฐาน OAuth2 ซึ่งเป็นมาตรฐานหนึ่งของระบบ ยืนยันตัวตน และจัดการสิทธิ์การเข้าใช้งานระบบต่าง ๆ เป็นมาตรฐาน rfc6747 ที่ใช้สำหรับ Client เชื่อมต่อกับ Server ที่ใช้ในการ Authen& Authorize เพื่อให้ได้รับสิ่งที่เรียกว่า Access Token เพื่อใช้แทน Username และ Password ทำให้ผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน มีความมั่นใจว่าข้อมูลสุขภาพของตนเองจะมีความเป็นส่วนตัวและปลอดภัยมากขึ้น ผลของการพัฒนาแอปพลิเคชัน mPeopleCare: การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผ่าน Smart Phone ปรากฏองค์ประกอบและรูปแบบของแอปพลิเคชัน ดังนี้

เมื่อผู้รับบริการติดตั้งแอปพลิเคชัน mPeopleCare ลงบนสมาร์ตโฟน จะมีรูปไอคอน  ปรากฏบนหน้าจอของสมาร์ตโฟน การเข้าใช้งานให้คลิกเลือกที่ไอคอน จะได้หน้าจอของแอปพลิเคชันดังภาพที่ 2 และการเข้าใช้งานระบบตามภาพที่ 3 โดยมีหน้าจอลหลักในการเชื่อมโยงเข้าไปใช้งานเมนูต่าง ๆ ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 2 หน้าจอของแอปพลิเคชัน



ภาพที่ 3 การเข้าใช้งานระบบ



ภาพที่ 4 หน้าจอหลักในการเข้าใช้งาน



1.2 ระยะเวลากระบวนการ (Process) การพัฒนาแอปพลิเคชัน (D1 = Development ครั้งที่ 1) โดยใช้แนวคิดดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล HIS ของโรงพยาบาลแล้วแจ้งคืนข้อมูลผลการตรวจให้แก่ผู้ป่วย พร้อมข้อมูลคำแนะนำเพื่อการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย เพื่อทำการออกแบบระบบงาน โดยใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) ในกลุ่มพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคเรื้อรัง เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร เจ้าหน้าที่เวชระเบียนและผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาล ศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชน แห่งละ 1 คน รวม 40 คน ผู้รับผิดชอบแผนงานโรคเรื้อรังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน และผู้รับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน ส่วนดำเนินการตรวจสอบประสิทธิภาพในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (R1 = Research ครั้งที่ 1) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 10 คน เพื่อปรับปรุงต้นฉบับ (D2) เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกข้อคิดเห็น และข้อสังเกตจากการใช้งานผลผลิต (Output) ที่ได้ คือ แอปพลิเคชัน mPeopleCare

2. การทดลองใช้ในนวัตกรรม : ทดลองใช้ใน กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น (R2) ภายหลังจากพัฒนานวัตกรรมและได้แอปพลิเคชัน ได้นำให้ผู้เชี่ยวชาญ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค หรือ CDC (Centers for

Disease Control and Prevention) และอาจารย์ที่ปรึกษาจากโครงการ Growing Expertise in e-Health Knowledge and Skills (GEEKS) ตรวจสอบและทดลองใช้จริงและมีการประเมินผลการใช้งานแอปพลิเคชัน ดังนี้

2.1 การศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้ออปพลิเคชัน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองเป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีลักษณะการตอบเป็นการประเมินความถี่มากน้อย ข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ พึงพอใจระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้คะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ โดยแบบสอบถามทั้งหมดนี้ ได้ผ่านการทดลองใช้ (Try Out) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/เบาหวาน จำนวน 20 คน และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.904

2.2 การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ตามแนวคิด 3อ.2ส.) ค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน (FBS และ HbA1C) ก่อนและหลังการใช้ออปพลิเคชัน ซึ่งแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ Two Groups Pretest-posttest Design แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน รวม 60 คน โดยการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองเป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะการตอบเป็นการประเมินความถี่ของการปฏิบัติเป็นจำนวนวันใน 1 สัปดาห์ แบบสอบถามทั้งหมดนี้ ได้ผ่านการทดลองใช้ (Try Out) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/

เบาหวาน จำนวน 30 คน และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.700 ส่วนการศึกษาค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้ออปพลิเคชัน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกผลการตรวจวัดความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือด ก่อน-หลังการทดลอง (วัดผลหลังจาก 6 เดือน) โดยประมวลผลและดึงข้อมูลจากโปรแกรม HDC ตัวอย่างของการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ที่ขึ้นทะเบียนตรวจรักษากับโรงพยาบาล และลงทะเบียนใช้งานแอปพลิเคชันระยะเวลาเกิน 6 เดือนขึ้นไป (เฉพาะกลุ่มทดลอง) การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ทั้งนี้ การคัดเลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มผู้วิจัยได้พยายามทำให้ผลการวิจัยมีความเที่ยงตรงภายนอก (External Validity) โดยการจับคู่ (Matched Pair) ด้วยเกณฑ์ เพศ และอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปีป่วยด้วยโรคเดียวกัน โดยคุณสมบัติของตัวอย่างในการวิจัยคือ (1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือทั้งสองโรคพร้อมที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 (2) ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่สมาร์ตโฟนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ (เฉพาะกลุ่มทดลอง) (3) สมัครใช้งานแอปพลิเคชัน mPeopleCare ระยะเวลาเกิน 6 เดือนขึ้นไป (เฉพาะกลุ่มทดลอง) (4) อายุระหว่าง 35-80 ปีมีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารได้ และ (5) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในขั้นตอนการทดลองใช้นวัตกรรมนี้ จะทำให้ทราบผลลัพธ์ (Outcome) ของการพัฒนาแอปพลิเคชันว่า ผลของแอปพลิเคชันก่อนการให้

เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสุขภาพ (พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด) เช่นใดบ้าง และผู้ใช้แอปพลิเคชันมีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันมากน้อยเพียงใด

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และการทดสอบที (t-test) ประกอบด้วย Paired Sample Test กับ t-test Independent

งานวิจัยนี้ มีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล ในทุกขั้นตอนของการวิจัย และได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว

ผลการศึกษา

ผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานผ่านสมาร์ทโฟน พบว่า คุณลักษณะของกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แอปพลิเคชัน mPeopleCare (กลุ่มเปรียบเทียบ) เป็นดังนี้ กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน mPeopleCare ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 56.7 อายุต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 56.7 อายุเฉลี่ย 57.43 ปี สถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 66.7 การศึกษาระดับประถมหรือต่ำกว่า ร้อยละ 60.0 อาชีพทำนา ทำไร่ ทำสวน และไม่ได้ประกอบอาชีพ/อยู่กับบ้านเท่ากัน คือ ร้อยละ 26.7 และมีรายได้ ร้อยละ 86.7 โดยกลุ่มนี้ มีรายได้ 10,000 บาท หรือต่ำกว่าลงมา ร้อยละ 69.2 โดยเฉลี่ยรายได้ 10,244 บาท ส่วนในกลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชัน มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน mPeopleCare และกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ (n=30, n=30)

คุณลักษณะ		กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน		กลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	13	43.3	13	43.3
	หญิง	17	56.7	17	56.7
อายุ	ต่ำกว่า 60 ปี	17	56.7	17	56.7
	60 -80 ปี	13	43.3	13	43.3
		$\bar{X} = 57.43$ S.D. 11.02		$\bar{X} = 57.30$ S.D. 11.65	
สถานภาพการสมรสคู่		20	66.7	21	70.0
ระดับการศึกษา ประถมหรือต่ำกว่า		18	60.0	22	73.3
อาชีพ	ทำนา ทำไร่ ทำสวน,ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ อยู่กับบ้าน	8, 8	26.7, 26.7	6, 13	20.0, 43.3
	เป็นผู้มีรายได้	26	86.7	23	76.7
	-10,000 บาทหรือต่ำกว่า	18	69.2	17	73.9
	- 10,001 บาทขึ้นไป	8	30.8	6	26.1
		$\bar{X} = 10,244$ S.D. 8,781		$\bar{X} = 8,429$ S.D.8,780	

สำหรับผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน

mPeopleCare ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน mPeopleCare ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 45.0 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน mPeopleCare

ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการใช้งานแอปพลิเคชันโดยรวม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	20 (50.0)	18 (45.0)	2 (5.0)	0	0

2.2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ก่อน-หลังการใช้ค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย แอปพลิเคชัน mPeopleCare

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ค่าน้ำตาล FBS ค่าน้ำตาล HbA1C ค่าความดันโลหิตค่าบน และค่าความดันโลหิตค่าล่างของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานก่อน-หลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D		
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม						
ใช้แอปพลิเคชัน	41.63	6.56	51.26	7.30	7.173 ^{***}	.000
ไม่ใช้แอปพลิเคชัน	43.30	8.40	46.76	7.73	4.115 ^{***}	.000
ค่าความดันโลหิตค่าบน						
ใช้แอปพลิเคชัน	127.97	12.52	126.73	15.14	-.460	.649
ไม่ใช้แอปพลิเคชัน	124.67	11.61	125.87	13.88	.558	.581
ค่าความดันโลหิตค่าล่าง						
ใช้แอปพลิเคชัน	78.30	7.52	77.03	9.63	-.716	.480
ไม่ใช้แอปพลิเคชัน	77.13	7.83	76.97	7.58	-.123	.903
ค่าน้ำตาล FBS						
ใช้แอปพลิเคชัน	131.63	33.79	126.17	34.68	-1.096	.282
ไม่ใช้แอปพลิเคชัน	114.03	32.29	121.40	45.45	.982	.334
ค่าน้ำตาล HbA1C						
ใช้แอปพลิเคชัน	7.73	1.93	7.03	1.17	-2.155 [*]	.042
ไม่ใช้แอปพลิเคชัน	7.47	1.32	6.93	1.21	-1.697	.112

หมายเหตุ: * p<.05 *** p<.001

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานพบว่า กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ใช่แอปพลิเคชัน (กลุ่มเปรียบเทียบ) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) แต่กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน (กลุ่มทดลอง) มีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่แอปพลิเคชัน (กลุ่มเปรียบเทียบ) (กลุ่มทดลอง) ค่าเฉลี่ยจาก 41.63 เป็น 51.26 และกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจาก 43.30 เป็น 46.76) ส่วนผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิต ค่าบนและค่าล่าง และค่าน้ำตาลในเลือด FBS ของผู้ป่วย ทั้งในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน และไม่ใช้แอปพลิเคชัน ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) อย่างไรก็ตาม พบว่า ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือด HbA1C ในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) ในขณะที่ กลุ่มที่ไม่ใช่แอปพลิเคชัน (กลุ่มเปรียบเทียบ) ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือด HbA1C หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) (กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยจาก 7.73 ลดลงเป็น 7.03 และกลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจาก 7.47 ลดลงเป็น 6.93)

2.3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ค่าน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานระหว่างกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แอปพลิเคชัน mPeopleCare

จากตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ค่าน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิตระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในกลุ่มที่ใช้ กับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แอปพลิเคชัน พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ค่าเฉลี่ย

ความดันโลหิตค่าบนและค่าล่างและค่าเฉลี่ยน้ำตาล HbA1C ในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันและกลุ่มที่ไม่ใช้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด FBS ในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$)

ในขณะที่ หลังการทดลอง พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ค่าบน, ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่าล่าง และค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด FBS ในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยน้ำตาล HbA1C ในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ค่าความดันโลหิตค่าบน ค่าความดันโลหิตค่าล่าง ค่าน้ำตาล FBS และค่าน้ำตาล HbA1C ระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในกลุ่มที่ใช้ กับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แอปพลิเคชัน mPeopleCare ก่อน-หลังการทดลอง

พฤติกรรมสุขภาพ	ระยะเวลา	กลุ่มใช้แอป		กลุ่มไม่ใช้แอป		t	p-value
		\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D		
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)	ก่อนทดลอง	41.63	6.56	43.30	8.40	-.856	.396
	หลังทดลอง	51.27	7.30	46.76	7.73	2.317*	.024
ค่าความดันโลหิตค่าบน	ก่อนทดลอง	127.97	12.52	124.67	11.61	1.059	.294
	หลังทดลอง	126.73	15.14	125.87	13.88	.231	.818
ค่าความดันโลหิตค่าล่าง	ก่อนทดลอง	78.30	7.52	77.13	7.83	.589	.558
	หลังทดลอง	77.03	9.63	76.97	7.58	.030	.976
ค่าน้ำตาล FBS	ก่อนทดลอง	131.63	33.79	114.03	32.29	2.062*	.044
	หลังทดลอง	126.17	34.68	121.40	45.45	.457	.650
ค่าน้ำตาล HbA1C	ก่อนทดลอง	7.73	1.93	7.47	1.32	.462	.647
	หลังทดลอง	7.03	1.21	6.93	1.24	.088	.930

หมายเหตุ: * p<.05

วิจารณ์

ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน mPeopleCare มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น กว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชัน โดยในกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองดีกว่า ก่อนทดลอง ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาล ในเลือด FBS ลดลง ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก (1) การใช้ แอปพลิเคชันเป็นช่องทางการสื่อสารความรู้ที่เพิ่มเติม จากความรู้ และคำแนะนำที่ได้จากแพทย์ พยาบาล โดยที่เป็นสื่อความรู้ที่ผู้ป่วยสามารถนำติดตัวไป เปิดดูได้ทุกที่ ผู้ป่วยมีความสะดวก และการเข้าใช้ งานบ่อยๆ จะช่วยกระตุ้นเตือนให้คอยปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้มีความถูกต้อง เหมาะสม เช่น การกินผักผลไม้ที่หลากหลายเพิ่มขึ้น ลดอาหาร และเครื่องดื่มที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และมีการ ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การออกแบบ หน้าตาของตัวโปรแกรม ความดึงดูดให้ใช้งาน ทำให้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมาก-มากที่สุด (ร้อยละ

90.0) โดยเฉพาะด้านการเข้าใช้งาน ตัวอักษร สี พื้นหลัง การมีระบบแจ้งการนัดหมาย การแสดงผลข้อมูล ข้อมูลคำแนะนำ และ (2) พฤติกรรมสุขภาพที่ดีของ ผู้ป่วยเกิดขึ้น อธิบายโดยการอ้างอิงตามแนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) Rogers⁽⁵⁾ และ Rogers⁽⁶⁾ ที่อธิบายว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่คุกคามต่อสุขภาพ ของผู้ป่วย เกิดขึ้นเมื่อได้รับการสื่อสาร (ผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ หรือ Lab) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ ตนเองอ่อนแอหรือมีอยู่ในสถานะเสี่ยง จึงตัดสินใจ ที่จะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อโรคที่คุกคามอยู่ และ การได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ ตามคำแนะนำในตัวโปรแกรมว่าจะสามารถช่วยลด ความรุนแรงของการเกิดโรคได้ จึงส่งเสริมให้เกิด ความตั้งใจหรือความพยายามที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างจริงจัง ซึ่งเหตุผล ดังกล่าว นับเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันมีแนวโน้มที่จะ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แอปพลิเคชัน (3) ตัวโปรแกรมเองได้มีการออกแบบการให้ความรู้ และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามผลการตรวจสุขภาพ ดังนั้น ความรู้และคำแนะนำที่ให้จึงเป็นความรู้ที่ตรงกับปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ทำให้ไม่เกิดความสับสนในการปฏิบัติตนเหมือนกับเอกสารแนะนำความรู้ทั่วไปที่จะให้ความรู้และคำแนะนำที่เป็นภาพรวม ผลการศึกษาจึงสอดคล้องกับการศึกษาของประกายเพชร วินัยประเสริฐ และจิณพิชญ์ชา มะมม⁽⁷⁾ ที่พัฒนาแอปพลิเคชันช่วยคำนวณอาหารที่จำเป็นต่อวัน (NuTu-App) เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่มีผลกดทับ พบว่า ภายหลังจากที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยใช้แอปพลิเคชันช่วยคำนวณอาหารที่จำเป็นต่อวัน ค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในเลือดของผู้ป่วยที่มีผลกดทับสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงถึงภาวะโภชนาการที่ดีของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยด้านการทำงาน และด้านความสะดวกสบายอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านการออกแบบอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของรสนันต์ อารีมิตร และคณะ⁽⁸⁾ แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์พกพาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กไทย (ปีที่ 2) ได้พัฒนาแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์พกพา “คุณลูก” (KhunLook Mobile Application) พบว่า ผู้ที่ใช้แอปพลิเคชันคุณลูกประเมินน้ำหนัก ส่วนสูง ขนาดเส้นรอบศีรษะ พัฒนาการ การได้รับนม และอาหารสอดคล้องตรงกับที่แพทย์ประเมิน ร้อยละ 82.35-100 และเป็นสัดส่วนตรงกันมากกว่าผู้ปกครองที่ใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และผู้ปกครองให้ความเห็นว่าการใช้แอปพลิเคชันคุณลูกเพื่อใส่ข้อมูลบันทึกข้อมูลประเมินสุขภาพเด็กและการใช้งานโดยรวมง่ายถึงง่ายมาก มากกว่าร้อยละ 90

สรุป

การใช้แอปพลิเคชัน mPeopleCare ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ดีขึ้น และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือด FBS มีแนวโน้มดีขึ้น ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการ ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้แอปพลิเคชัน mPeopleCare ควบคู่ไปกับการสร้างความรู้และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพโดยทั่วไปตามปกติ โดยมีการช่วยเหลือให้คำแนะนำการใช้งานเป็นระยะ และทีมพัฒนาโปรแกรม ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้สามารถใช้งานที่เป็นประโยชน์เพิ่มขึ้น เช่น การประเมินอาหารรับประทานในแต่ละวัน การสร้างระบบเตือนการนัดหมาย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาโรจน์ มะรุมดี นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี นายแพทย์รัฐพล เวทสรณสุธี CIO ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งและนายแพทย์วุฒธมา สว่างสุภากุล CIO ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ที่ให้ความสำคัญและสนับสนุนนโยบาย และขอบคุณอาจารย์จาก CDC (Centers for Disease Control and Prevention) กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการศึกษาที่สนับสนุนความรู้ทางวิชาการ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย และญาติที่เข้าร่วมโครงการไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. HDCกระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2561, แหล่งข้อมูล <https://hdcservice.moph.go.th/hdc>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. HDC สุพรรณบุรี.[อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2561, แหล่งข้อมูล <https://spb.hdc.moph.go.th/hdc>
3. ปนิตา จันทร์ทองสุข นพวรรณ เปี้ยชื้อ และ จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. ภาวะสุขภาพ พฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้ไมบาย แอปพลิเคชันประเภทสุขภาพของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลเอกชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.28 (3) : 147-159.
4. อนุชา จันทร์เต็ม สรัญญา เชื้อทอง และ ปกรณ์ สุปินานนท์. การพัฒนาแอปพลิเคชัน โดยใช้การเรียนรู้ร่วมกัน เรื่องการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. Veridian E-Journal, Silpakorn University. ฉบับภาษาไทย [อินเทอร์เน็ต].;2561.11 (1): 1371-1385. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/download/119424/91327>. สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2562.
5. Rogers, R. W. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*.1975; 91 (1): 93–114.
6. Rogers R.W. *Social psychology: A sourcebook*. In I. Cacioppo J, & R. Petty (Eds.), *Cognitive and psychological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation*(pp. 153-176). New York: Guilford Press, 1983.
7. รสวันต์ อาริมิตร และคณะ. แอปพลิเคชันบนอุปกรณ์พกพาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กไทย (ปีที่ 2). รายงานฉบับสมบูรณ์ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2560.

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

The network participation to rehabilitate social problem of leprosy affected persons
in the area of the Office of Disease Prevention and Control 7, KhonKaen Province.

วันชัย พรหมศรี ศ.น.ม.(รัฐศาสตรการปกครอง)

Wanchai Promshi M.A.(Government)

ดุสิต อยู่คง ส.บ.(สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต)

Dusit Ukong B.P.H

สุวรินทร์ อินทิแสน ส.บ.(สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต)

Suwarin Intisan B.P.H

เอื้องฟ้า ล่องดงบัง ส.บ.(สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต)

Aeanfa Lowdongbung B.P.H

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

The office of Disease Prevention and
Control KhonKaen

บทคัดย่อ

การศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาบริบททั่วไป กระบวนการและผลการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการพัฒนา โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน จำนวน 93 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานภาครัฐและจิตอาสา จำนวน 50 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ 2) สำรวจสภาพความพิการปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนเสถภูมิ 3) ทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติการตามแผน 5) นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน 6) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 7) สรุปเปรียบเทียบผลการพัฒนาก่อนและหลังการพัฒนา และ 8) สรุปปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ กระบวนการดังกล่าว ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งก่อนการพัฒนาพบว่า ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับน้อย ร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ มีส่วนร่วมน้อยที่สุด ร้อยละ 28.57 หลังการพัฒนา ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับมาก ร้อยละ 64.29 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 35.71 หลังการพัฒนาพบว่าเครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น

Abstract

A study of network participation for the rehabilitation of leprosy sufferers in the area of the Office of Disease Prevention and Control 7, KhonKaen Province. To study the general context study the process and results of network participation to restore the condition of

people suffering from leprosy in the area responsible for the Office of Disease Prevention and Control 7, KhonKaen Province. Before and after development applying the theory of participation in action research (Action Research), the population studied is 93 patients of leprosy in the community and the persons involved in the process are the workers in government agencies and volunteers of 50 people. Qualitative data were analyzed by content analysis while quantitative data used descriptive statistic.

The results of the study revealed that the participatory processes of network partners consisted of 8 steps which were 1) Studying the context of the area 2) Surveying the disability, economic and social problems in the leprosy sufferers in the Selaphum community 3) Making the action plan 4) Implement the plan, 5) Supervise to monitor the operation results, 6) Meet the learning exchange, 7) Summarize the results of the development before and after the development, and 8) Summarize the problems, obstacles, and b Suggestions. This process results in the participation of network partners. Which before development. It was found that most network partners had low level of participation. Followed by the least participation, 28.57% after the development, the majority of the development after the participation was 64.29%, followed by the middle level After the development, the network participation increased significantly at the level of 0.05.

ประเด็นสำคัญ

การมีส่วนร่วม, ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน,
การฟื้นฟูสภาพ

Key words :

participation; persons affected with leprosy,
rehabilitation

บทนำ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียเรื้อรังที่ผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลาย เกิดจากเชื้อ *Mycobacterium leprae* ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับเชื้อวัณโรค โรคเรื้อนมีระยะฟักตัว 2-12 ปี ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคสามารถแพร่ติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจ โดยการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อนและอาการแสดงที่สำคัญของโรคเรื้อน คือ อาการทางผิวหนัง และอาการจากเส้นประสาทส่วนปลาย ถูกทำลาย ซึ่งอาการทางผิวหนังมีรอยโรคที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน โรคเรื้อนเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ แต่ต้องได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นหากผู้ป่วยได้รับการค้นพบและรักษาล่าช้าและไม่ถูกต้องจะนำไปสู่ความพิการที่มองเห็นได้ชัด เช่น ตาบอด แขนขาด ขาขาด เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนรักษาทั่วประเทศ จำนวน 555 คน มีอัตราความชุกของโรคเฉลี่ย 0.09 คนต่อจำนวนประชากร 10,000 คน จากพื้นที่ทั่วประเทศไทย โดยพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นชาวต่างชาติ 20 คน ทั้งหมดเป็นสัญชาติพม่า การกระจายของผู้ป่วยโรคเรื้อนจำแนกรายภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 291 คน ร้อยละ 52.43 ภาคใต้ จำนวน 95 คน ร้อยละ 17.12 ภาคเหนือ จำนวน 86 คน ร้อยละ 15.50 และภาคกลาง จำนวน 83 คน ร้อยละ 14.95⁽¹⁾ และผลกระทบจากโรคเรื้อน คือ ความพิการที่เกิดขึ้น ขณะกำลังรักษา หรือ จำหน่ายจากการรักษาแล้ว ซึ่งปัญหาที่สำคัญจากร่องรอยความพิการที่ปรากฏอยู่อาจส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมตามมา ปี พ.ศ.2557 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ธรณรงค์เจาะกลุ่มเป้าหมาย 72 อำเภอ ใน 33 จังหวัด⁽²⁾ ที่ยังมีข้อบ่งชี้ว่ายังมีการระบาดของโรคอยู่ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การกำจัดโรคเรื้อนไปจาก

ประเทศไทยอย่างยั่งยืน ซึ่งอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นหนึ่งในอำเภอเป้าหมายที่มีผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนมากถึง 93 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความพิการที่ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ

แม้ปัจจุบันโรคเรื้อนจะไม่มี ความรุนแรงเหมือนในอดีตที่ผ่านมา ผู้ป่วยรายใหม่แต่ละปีพบจำนวนลดน้อยลง ซึ่งถือว่าไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศอีก แต่งานควบคุมโรคเรื้อนในปัจจุบันถือเป็นภารกิจในระยะสุดท้าย โดยมีสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไป คือ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน ให้เท่าเทียมกับประชาชนปกติทั่วไป ให้มีสภาพความเป็นอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดปัญหาผู้ด้อยโอกาสในสังคม รวมถึงลดปัญหาการถูกตีตราจากสังคม ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืนในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคมเสลภูมิ จำนวน 93 คน

1.2 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนและผู้เกี่ยวข้องของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นและผู้ปฏิบัติงานในนิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 6 คน บุคลากรที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน และจิตอาสา ประกอบด้วยเครือข่าย จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ตัวแทนเครือข่ายจากสำนักงานเทศบาล อำเภอเสลภูมิ ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเสลภูมิ และตัวแทนจากเครือข่ายโรงเรียนบ้านนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 40 คน

2. ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการวิจัย ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 – กันยายน 2557

นิยามศัพท์เฉพาะ

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานในทุกขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการประเมินผล

เครือข่าย หมายถึง ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเรื้อน ประกอบด้วย ตัวแทนจากสถาบันราชประชาสมาสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนจากภาคเอกชนและผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน หมายถึง ผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคเรื้อนและได้รับผลกระทบที่เป็นปัญหาในด้านต่างๆ เช่น ด้านร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

1. ศึกษาบริบททั่วไปของพื้นที่ และเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องด้านการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน และผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ ในสังคม เพื่อนำไปปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพ

3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำเสนอข้อมูลและทำความเข้าใจปัญหาร่วมกับเครือข่าย

4. ระดมสมอง กำหนดแนวทางและกิจกรรมดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา โดยจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action)

5. ลงพื้นที่ เพื่อดำเนินการตามแผนปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนในการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตผล (Observation)

6. นิเทศติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน โดยการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยใช้แบบทดสอบ แบบสังเกตและแบบประเมิน

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

7. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คัดข้อมูล

8. สรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน และวางแผนแก้ไขปัญหาวงรอบต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ประสพปัญหาจากโรคเรื้อรังในนิคมเสลภูมิ จำนวน 93 คน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรังและผู้เกี่ยวข้องของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น และผู้ปฏิบัติงานในนิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 6 คน บุคลากรที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน และจิตอาสา ประกอบด้วยเครือข่าย จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ตัวแทนเครือข่ายจากสำนักงานเทศบาลอำเภอเสลภูมิ ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเสลภูมิ และตัวแทนจากเครือข่ายโรงเรียนบ้านนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 40 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล online และ การศึกษาจากทะเบียนรายงานต่างๆ โดยการค้นคว้า การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูล อาทิ วิทยานิพนธ์ พระราชบัญญัติ กฎกระทรวง ประกาศ บทความวารสาร หนังสือ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และสื่อสิ่งพิมพ์ อื่นๆ เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ดังนี้

2.1 การสนทนากลุ่ม (focus group) เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสอบถามบุคคลในกลุ่มเพื่อให้ได้มาถึงความคิดเห็น ความเชื่อ หรือทัศนคติ ต่อผู้ปฏิบัติงานในนิคมเสลภูมิ หรือแนวคิด โดยคำถามจะถูกถามในรูปแบบของการปฏิสัมพันธ์แบบต่างๆ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมมีโอกาสพูดคุยน และแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระระหว่างผู้ร่วมวิจัย หรือผู้เข้าร่วมด้วยตนเอง

2.2 แบบสัมภาษณ์ (Interview Form) เป็นรายการคำถามที่กำหนดเรื่องราวไว้เป็นแนวคำถาม สำหรับการสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้ข้อมูลข้อเท็จจริง ทัศนคติ ความคิดเห็น และแนวคิดของผู้ตอบ

2.3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้ประสพปัญหาจากโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ซึ่งคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด (Closed-end Question) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงหนึ่งคำตอบและมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert-Type Scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การให้คะแนน ข้อความที่มีความหมายทางบวก

มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน แบ่งเป็น 5 ระดับชั้น โดยมีช่วงห่างของชั้น ดังนี้

คะแนนสูงสุดของแบบสัมภาษณ์ – คะแนนต่ำสุดของแบบสัมภาษณ์/ระดับชั้นดังนี้ $(5-1)/5 = 0.8$

กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมาย แปลผลการให้คะแนนระดับการมีส่วนร่วม ค่าคะแนน 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
มากที่สุด	4.21-5.00
มาก	3.41-4.20
ปานกลาง	2.61-3.40
น้อย	1.81-2.60
น้อยที่สุด	1.00-1.80

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด (Max-Min)

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อหาข้อสรุป และการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยเทคนิค การตรวจสอบสามเส้า

ผลการวิจัย

การศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาบริบททั่วไป ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วม และศึกษาผลการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการพัฒนาเพื่อศึกษาบริบททั่วไป ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมและศึกษาผลการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ก่อนและหลังการพัฒนา โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมตามรูปแบบ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ การติดตามนิเทศงาน และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา กระบวนการพัฒนาตามขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วม ผลการวิจัย ดังนี้

1. บริบททั่วไปของนิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

นิคมเสลภูมิก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ.2496 มีวัตถุประสงค์เพื่อกักกันแยกผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อรัง และสำหรับดูแลรักษาและให้การสงเคราะห์ฟื้นฟูสภาพ จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วนไม่ให้ผู้ป่วยออกไปสร้างความรำคาญและสร้างปัญหากับสังคม ตั้งอยู่ที่ตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในระยะแรกมีจำนวนผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อรังที่เข้ามาพักอาศัยในนิคม จำนวน 72 คน จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 43 คน เพศหญิง จำนวน 29 คน จำนวนผู้ปกครองนิคมรวมทั้งสิ้น 11 คน ในปัจจุบัน มีผู้ป่วยทั้งหมด 93 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยในนิคมเสลภูมิ 63 คน ผู้ป่วยในชุมชน 30 คน

บริบทด้านเศรษฐกิจ

สมาชิกนิคมเสลภูมิส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน และประกอบอาชีพทำนา รองลงมารับจ้าง สำหรับบ้านพักส่วนใหญ่ทางราชการสร้างให้ 38 หลัง และเป็นบ้านพักที่ผู้ป่วยสร้างเอง 27 หลัง สภาพบ้านทรุดโทรมมากเพราะก่อสร้างมานาน บางส่วนมีหนี้สินกู้ยืมมาจากกองทุนหมู่บ้าน และยืมเงินกองทุนสวัสดิการผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากกรมควบคุมโรค

บริบทด้านสิ่งแวดล้อม

สภาพบ้านพักอาศัยในนิคม มีลักษณะเช่นเดียวกับชุมชนทั่วไป มีพื้นที่แบ่งให้สมาชิกทุกคนทำกินจำกัด และทุกคนต่างใช้ประโยชน์ในการทำเกษตร เช่น ปลูกผักสวนครัว เลี้ยงปลา

การสุขภาพและสาธารณสุขประกอบด้วย การส่งเสริมให้จัดทำส้วมซึมครบทุกหลังคาเรือน มีไฟฟ้าใช้ทุกหลังคาเรือน มีการกำจัดขยะมูลฝอย โดยการฝังหรือเผา และทำปุ๋ยหมักในบางครอบครัว นอกจากนี้ยังจัดหาน้ำอุปโภคและบริโภค มีระบบประปาหมู่บ้านทุกหลังคาเรือน

ด้านการปกครอง นิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ขึ้นตรงต่อกลุ่มปฏิบัติการควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น โดยมีนางสุรินทร์ อินทิแสน ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน เป็นผู้ปกครองนิคมในปัจจุบัน

2. กระบวนการดำเนินงาน พื้นที่ฟูสภาพ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพ ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยในลักษณะวงรอบ 4 ขั้นตอนหลักคือ

1) การวางแผน (Planning) ศึกษาบริบททั่วไปของพื้นที่สำรวจสภาพความพิการปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด รวมถึงทบทวนรายงานผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อนและผู้ด้อยโอกาสทางสังคมในเขตรับผิดชอบของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการดำเนินงาน หลังจากนั้น ประสานงานกับเครือข่ายฟื้นฟูสภาพในเขตรับผิดชอบ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (เทศบาลอำเภอเสลภูมิ) โรงพยาบาลเสลภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเมือง โรงเรียนบ้านนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด วัดบ้านนาเมือง เพื่อวางแผนการ

ดำเนินงานร่วมกัน ได้โครงการจิตอาสาพระราชสาสมาสัณนิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กิจกรรมคืออบรมให้ความรู้จิตอาสาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน จิตอาสาและผู้เกี่ยวข้องวางแผนและกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกัน

2) การปฏิบัติ (Action) ตามแผนงานนิคม โดยประสานงานกับโรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เทศบาลอำเภอเสลภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ในการป้องกันควบคุมโรค

3) การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation) และ

4) การสะท้อนผล (Reflection) เช่น กรณีเครือข่ายและจิตอาสา มีเวลาว่างไม่ตรงกัน ส่งผลให้มีการดำเนินกิจกรรมที่ยังไม่พร้อมและไม่ต่อเนื่องในการดำเนินงาน ดังนั้น เมื่อสะท้อนกลับจึงมีการแบ่งทีมและบริหารจัดการเวลาในการดำเนินงานของจิตอาสาใหม่ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายยิ่งขึ้น พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ โดยการสำรวจความพิการปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนแห่งหนึ่งในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ 2) สำรวจสภาพความพิการปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนแห่งหนึ่งในพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 3) จัดทำแผนปฏิบัติการประกอบด้วย 3.1 แผนการประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเรื้อน ประกอบด้วยตัวแทนจากสถาบันราชประชาสมาสัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนจากภาคเอกชน

และผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน 3.2 แผนอบรมให้ความรู้เบื้องต้นในการดำเนินงานด้านจิตอาสา ราชประชาสมาสัยและจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย 3.3 แผนนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน 3.4 แผนจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4) ปฏิบัติการตามแผนการประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 5) นิเทศติดตามผลการดำเนินงานโดยการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมของกลุ่มผู้มีส่วนร่วม 6) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาในวงรอบต่อไป และประเมินโดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วม 7) สรุปเปรียบเทียบผลการพัฒนา ก่อนและหลังการพัฒนา และ 8) สรุปปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยพบว่าปัญหาและอุปสรรค คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชนที่เป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ต้องการส่งเสริมอาชีพและส่งเสริมรายได้

3. ผลการดำเนินงาน พื้นฟูสุขภาพ

ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

ทีมจิตอาสาราชประชาสมาสัย จัดตั้งทีมในเดือนกันยายน 2554 มีจำนวนสมาชิก 50 คน ประกอบด้วยเครือข่ายจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ตัวแทนเครือข่ายจากสำนักงานเทศบาลอำเภอเสลภูมิ ตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลเสลภูมิ และตัวแทนจากเครือข่ายโรงเรียนบ้านนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีเงินทุนหมุนเวียน จำนวน 5,000 บาท (ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ไว้สำหรับเป็นเงินขวัญถุง) โดยจิตอาสาได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยการอบรมให้ความรู้ด้านวิชาการ

และหลักการปฐมพยาบาลเบื้องต้น วิทยากรในการอบรมประกอบด้วย กลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย และกลุ่มปฏิบัติการควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข (PHER) ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ประกอบกับจิตอาสา ราชประชาสมาสัยนิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด และเครือข่ายเคยไปศึกษาดูงานการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อน ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมและผู้ป่วยที่สูงอายุที่เทศบาลตำบลเนินกุ่ม อำเภอกระทุ้งแบน จังหวัดพิษณุโลก และนิคมบ้านร่างอำเภอมืองจังหวัดพิษณุโลกเมื่อเดือนกรกฎาคม 2554 ความช่วยเหลือผู้ป่วยพิการจากโรคเรื้อนและผู้ด้อยโอกาสทางสังคมให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่สังคมและประเทศชาติ และเพื่อบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคมและทำงานร่วมกันเป็นทีมสร้างความตระหนักแก่ตนเองและเอื้อเพื่อต่อผู้ด้อยโอกาสในสังคม ได้ผลการดำเนินงานของจิตอาสา ดังนี้

1. ด้านการสำรวจลูกน้ำยุงลายจำนวน 67 ครอบครัว/ ครั้ง/ เดือน
2. ด้านการตรวจผู้สัมผัสโรคเรื้อนจำนวน 186 คน/ ปี
3. การปรับปรุงภูมิสถาปัตยกรรมในนิคมจำนวน 76 คน/เดือน/3 ครั้ง
4. การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์จำนวน 76 คน/ ครั้ง/ เดือน
5. การสำรวจค่าน้ำประปาหมู่บ้าน จำนวน 1 ครั้ง / เดือน
6. การกำจัดขยะมูลฝอยจำนวน 4 ครั้ง/เดือน
7. การตรวจมิเตอร์ไฟฟ้าจำนวน 54 ครอบครัว/ ครั้ง/ เดือน

4. อภิปรายผล

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อนในนิคมเสลภูมิ

ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคมเสลภูมิส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยความพิการเลย ไม่มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากอยู่ในชนบทและอาศัยอยู่ในครอบครัว จึงไม่มีข้อจำกัดทางสังคมและไม่มีความรู้สึกของตีตราในสังคม คล้ายคลึงกับการศึกษาของศิริมาศ รอดจันทร์ และคณะ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 56-70 ปี มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำกว่าด้านอื่นๆ อันอาจเนื่องจากผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อน กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพประจำมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางถึงระดับดี โดยคุณภาพชีวิตที่มีระดับต่ำกว่าด้านอื่นๆ คือ ด้านร่างกาย อาจเนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนปกติ และรักษาหายจากโรคเรื้อนมานานแล้ว ซึ่งการติดตามดูแลจากเจ้าหน้าที่ อาจไม่ครอบคลุม

4.2 การศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน

ผลการศึกษามีส่วนร่วมพบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนและผู้เกี่ยวข้องของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น และผู้ปฏิบัติงานในนิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด บุคลากรที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด สำนักงานเทศบาลอำเภอเสลภูมิ โรงพยาบาลเสลภูมิ โรงเรียนบ้านนาเมือง อำเภอเสลภูมิ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนาเมือง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด รวมทั้งสิ้นจำนวน 50 คน

คัดเลือกแบบเจาะจงและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน พบว่าภาพรวมของการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา พบว่าก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับน้อย ร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ มีส่วนร่วมน้อยที่สุด ร้อยละ 28.57 หลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับมาก ร้อยละ 64.29 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.71 โดยมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของรีดเดอร์ (Reeder, 1963 อ้างถึงใน ปรีดา เจษฎารางกุล, 2550)⁽³⁾ คือความสามารถของบุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมกันในกิจกรรมบางอย่างที่ตนเห็นว่าสามารถทำในสิ่งที่ต้องการให้เขาทำ ในสถานการณ์เช่นนั้น สอดคล้องกับสงกรานต์ ภูพุกข์ และคณะ⁽⁴⁾ ที่ศึกษาพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน โดยชุมชนตำบลลาดไทร อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมาที่ทำการศึกษาระยะในระยะเวลาแรก ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน ในระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน โดยการสนับสนุนกลุ่มย่อยแก่ผู้สนใจเรื่องผู้พิการในชุมชนหลายครั้ง ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อนกับผู้สนใจ ผู้พิการ/ครอบครัว ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครให้รับทราบปัญหาของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนและผู้พิการในชุมชน ร่วมกันวางแผนหาแนวทางดำเนินการแก้ไขปัญหาค้น และจัดกระบวนการเรียนรู้แก่ชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประสบปัญหาโรคเรื้อน ผู้พิการและครอบครัวของผู้พิการ ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน จนสามารถจัดกิจกรรมแก่ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนควบคู่ไปกับผู้พิการอื่นๆ ได้ แตกต่างจากการศึกษาของนิยม ไกรบุญ

และคณะ⁽⁵⁾ ที่ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาโรคเรื้อนของบ้านปอแดง ตำบลช่องแมว กิ่งอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัด นครราชสีมา พบว่า ผู้ร่วมประชุมไม่มีส่วนร่วมใน การตัดสินใจการเสนอปัญหาไม่ได้รับการตอบสนอง ไม่มีโอกาสแสดงบทบาทของตนเอง

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ควรพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

5.2 ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการในวงรอบ ที่ 2, 3 ต่อไป โดยกำหนดกลยุทธ์ใหม่ กำหนด ระยะเวลาดำเนินงานสิ้นสุดปีงบประมาณ เพื่อให้ได้ รูปแบบการดำเนินงานที่ส่งผลให้การผู้ป่วย ผู้พิการ จากโรคเรื้อนและผู้ด้อยโอกาสทางสังคมให้สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่สังคมและ ประเทศชาติต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ สำเร็จลงได้ด้วยดีจากความร่วมมือ ของผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชนเสลภูมิ และเจ้าหน้าที่ ตลอดจนสมาชิกผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ในนิคมเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด ที่เห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณนางสุวิรินทร์ อินธิแสน ที่ให้ความร่วมมือ และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงาน ขอขอบคุณ คุณวันทนา กลางบุรีรัมย์ ที่เป็นที่ปรึกษาในการ วิเคราะห์ข้อมูล และจิตอาสาประชาชนอาสาสมัคร ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการประสานงาน ให้การศึกษานี้ ได้ดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ ที่วางไว้ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. โกวิท คัมภีรภาพ. โรคเรื้อน[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น เมื่อวันที่ 31 มี.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล:<http://www.dst.or.th/Publicly/Articles/983.23.122553>
2. โกวิท คัมภีรภาพ. สถานการณ์โรคเรื้อน ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มี.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล:<https://www.hfocus.org/content/2014/01/6099>
3. ปรีดา เจษฎาวรางกุล. การมีส่วนร่วมของ กรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนในเขต เทศบาลเมืองคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. [การศึกษาอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
4. สงกรานต์ ภู่พุกัก, คงพร คุปตภา, สิ้นชัย คเชนทร์, จินตนา วรสายัณห์, จันทนา รัตนดิถก ณ ภูเก็ต, ไพโรจน์ พรหมพินใจ. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน โดยชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 29 มี.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล:<https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/1171/hs0791.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
5. นิยม ไกรปุย, นาดยา พันธุ์รอด, สุนทรา ไพฑูรย์, โกเมศ อุนรัตน์. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาโรคเรื้อนของ บ้านปอแดง ตำบลช่องแมว กิ่งอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ วันที่ 31 มี.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://klib.ddc.moph.go.th/dataentry/research/form/238>

ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป
จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2562

Health status and health literacy of people aged 15 years and above,
SuphanBuri Province, 2019

สัญญา สุขขำ คศ.ม.(การพัฒนาครอบครัวและสังคม)	Sanya Sookkham, M.H.Econ. (Family and Social Development)
วัลย์พร สิงห์จ้อย วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)	Walaiporn Singjuy, M.S. (Public Health)
พัชรินทร์ มณีพงศ์ วท.ม.(การจัดการสิ่งแวดล้อม)	Pacharin Maneepong, M.S. (Environmental Management)
เพ็ชรน้อย ศรีผุดผ่อง ปร.ด. (ประชากรและการพัฒนา)	Petchnoi Sriputphong, Ph.D. (Population and Development)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี	SuphanBuri public health office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ภาวะสุขภาพ และ (2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อายุ 15 ปี ขึ้นไป จังหวัดสุพรรณบุรี ปี พ.ศ.2562 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 632 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มและการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่า (1) ภาวะสุขภาพโดยรวมของประชาชน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.73 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 45.13 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวาน ร้อยละ 56.84, 41.40 และ 25.61 ตามลำดับ โดยพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ 86.71 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมเพียง ร้อยละ 4.90 พฤติกรรมด้านอารมณ์ส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด ร้อยละ 51.58 มีพฤติกรรมการดื่มสุรา ร้อยละ 43.51 ซึ่งดื่มเมื่อไปงานเลี้ยงหรือเทศกาล ร้อยละ 41.09 เริ่มดื่มครั้งแรกอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 41.82 อายุเฉลี่ย 22.57 ปี อายุต่ำสุด 12 ปี โดยส่วนใหญ่ดื่มเป็นประจำ ร้อยละ 30.38 เครื่องดื่มประเภท เบียร์ สุราสี และสุราขาว ร้อยละ 19.78, 19.30 และ 8.54 ตามลำดับ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 27.06 เริ่มสูบบุหรี่ ครั้งแรกอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 50.88 อายุเฉลี่ย 22.57 ปี และ (2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 55.38 รองลงมา ได้แก่ ไม่ดี และดีมาก ร้อยละ 25.79 และ 18.83 ตามลำดับ ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 97.15 และใช้โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 87.66 ในจำนวนนี้ ใช้สมาร์ตโฟน ร้อยละ 54.33 ดังนั้น ควรเพิ่มมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน โดยกลุ่มอายุ 15-24 ปี ควรสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต ผ่านโทรศัพท์สมาร์ตโฟน และการสื่อสารด้านสุขภาพ ผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งการ

พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนให้ถูกต้องและเหมาะสม

Abstract

The objectives of this research were to study (1) health status; and (2) health literacy of people aged 15 years and above, Suphanburi province in the year 2019. This study employed survey research and the cross-sectional method. The sample group consisted of 632 people aged 15 years and above in Suphanburi Province. The stratified cluster sampling and simple random sampling used to draw the research sample. The instruments used to collect data were questionnaires, frequencies, percentages, and average were used for data analysis.

The research results showed that (1) people have overall health status at a moderate level of 48.73%, most of which have chronic disease 45.13%, such as hypertension, hyperlipidemia, and diabetes, 56.84%, 41.40%, and 25.61% respectively. Most of the behaviors in accordance with the principle of 3E2S have 86.71% of incorrect food consumption behavior 86.71%, only 4.90% of the participants had correct and suitable exercise behavior, emotional behavior most of them do not have stress at 51.58%, alcohol drinkers in the amount of 43.51%, 41.09% drink when going to parties or festivals, the first drink was aged between 20-29 years, 41.82% the average age was 22.57 years, the minimum age was 12 years, most of them regularly drink 30.38%, beer, whiskey and rice whiskey, 19.78%, 19.30%, and 8.54% respectively. 27.06% smoked, smoked for the first time under 20 years, 50.88% smoked on average 22.57 years, and (2) health literacies most of them were at a moderate level of 55.38%, followed by the need to improve and very good 25.79% and 18.83% respectively. People receive health information, of the public health volunteers 97.15% and using mobile phones 87.66%, of which 54.6% use smartphones. Therefore, health measures and activities should add to reduce risk behaviors and increase health literacy about public health. The 15-24-year-olds should communicate via the internet, via smartphones. And health communication through public health volunteers. Including the development of the potential of public health volunteers and staff for health literacy communicates. And increase the health literacy of people to be correct and appropriate.

คำสำคัญ

ภาวะสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพประชาชน อายุ 15 ปี ขึ้นไป และจังหวัดสุพรรณบุรี

Key words :

health status, health literacy, people aged 15 years and above, SuphanBuri province

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม การเมือง สังคม และเศรษฐกิจของโลกและของประเทศไทยมีอิทธิพลต่อสุขภาพโดยรวม ประชาชนเกิดความเจ็บป่วยจากโรคและภัยต่างๆ รวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ พหุติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ 1) การบริโภคยาสูบ 2) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และ 4) การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ซึ่งพหุติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา 4 ปัจจัย ประกอบด้วย 1) ไขมันในเลือดสูง 2) ความดันโลหิตสูง 3) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และ 4) ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ส่งผลให้จำนวนผู้รับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นนำไปสู่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นด้วยการเพิ่มขึ้นของอัตราการใช้บริการด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็นและพหุติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ นำไปสู่ความสนใจในปัจจุบันบุคคลคือ ความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และประมวลผลจากข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ จนนำไปสู่การตัดสินใจแสดงพหุติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อจัดการสุขภาพของตนเอง หรือเรียกว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้กำหนดว่า รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค⁽²⁾ ซึ่งการเข้าถึงและเข้าใจความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ โดยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ได้กำหนดให้มีแผนและวิธีการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ ใน 3 เรื่องหลักๆ คือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2) พหุติกรรมสุขภาพและพหุติกรรมเสี่ยง และ 3) สถานะสุขภาพของประชาชนไทย⁽³⁾ ซึ่งความรอบรู้สุขภาพและการสื่อสารสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ยังไม่พบข้อมูลที่ครอบคลุมทุกมิติของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้) มีเพียงการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพหุติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ประจำปีงบประมาณ 2559 ที่พบว่า มีเพียงร้อยละ 5.5 ของประชากรกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพหุติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในระดับดีมาก⁽⁴⁾

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของข้อมูลสถานการณ์ภาวะสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมมิติความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพที่สำคัญในบริบทของจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินการ ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการสำหรับสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสาร ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อายุ 15 ปี ขึ้นไป จังหวัดสุพรรณบุรี ปี พ.ศ.2562

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Studies)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน

550,651 คน⁽⁵⁾ คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel W.W. (1995)⁽⁶⁾ ดังนี้

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

ในการวิจัยครั้งนี้ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 632 คน การสุ่มตัวอย่าง ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่กระจายอยู่ในแต่ละอำเภอ ซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังนั้น เพื่อให้ได้ความเป็นตัวอย่างที่ดีจากแต่ละอำเภอ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งประชากรออกตามพื้นที่ รายอำเภอ แล้วทำการสุ่มตัวอย่างหมู่บ้าน และสุ่มตัวอย่างประชากร ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันโรค มีลักษณะเป็นข้อคำถามชนิดเลือกตอบ และเติมคำตอบ และส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ใช้การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง เนื้อหาและภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50-1 คะแนน และผลการตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาพบว่า ภาวะสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.77 และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.86

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสืออนุมัติและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลติดต่อประสานงานเตรียมทีมสำรวจและดำเนินการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และแบบสอบถามแต่ละตอนให้กลุ่มตัวอย่าง

เข้าใจอย่างละเอียด ก่อนให้ตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้ ภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยจำนวน และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โครงการวิจัยที่ 006/2562COA No.009/2562 รับรองให้ดำเนินการศึกษาวิจัย เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2562

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ประชาชน อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งหมด 632 คน เป็นหญิง 336 คน และชาย 296 คน มีอายุฐานอายุ 53 ปี (อายุต่ำสุด 15 ปี : สูงสุด 88 ปี) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 66.30 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.84 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.75 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.63 รายได้ระดับพอใช้ ร้อยละ 81.96 คริวเรือนมีสี่และสารสนเทศ ประเภท โทรศัพท์ ร้อยละ 94.62 รองลงมาคือ โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 87.66 ในจำนวนนี้ ใช้สมาร์ทโฟน ร้อยละ 54.33 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 97.15 จากอาสาสมัคร

สาธารณสุข โทรทัศน์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 65.80, 63.84 และ 60.26 ตามลำดับ เคยค้นหาข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 88.29 จากอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแพทย์ ร้อยละ 62.37, 50.54 และ 36.02 ตามลำดับ

ภาวะสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.73 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีประวัติการเจ็บป่วยต้องพบแพทย์ ร้อยละ 50.63 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 45.13 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวาน ร้อยละ 56.84, 41.40 และ 25.61 ตามลำดับ ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 67.72 รับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกครั้ง ร้อยละ 67.43 รักษาที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 39.24, 25.47 และ 21.36 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ดังนี้

1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่บริโภคอาหาร ประเภท ผัก ผลไม้ อาหารรสหวาน มัน และเค็ม ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 86.71 รองลงมา คือ ถูกต้องเป็นบางส่วน และถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 11.87 และ 1.42 ตามลำดับ

2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าส่วนใหญ่มีช่วงคะแนนของพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับที่มีการออกกำลังกายน้อยมาก ร้อยละ 42.88 รองลงมา คือ ไม่มีการออกกำลังกาย มีการออกกำลังกายน้อย และมีการออกกำลังกายปานกลาง ร้อยละ 37.66, 8.23 และ 6.65 ตามลำดับ

3) พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าเคยดื่ม ร้อยละ 43.51 โดยส่วนใหญ่ดื่มเมื่อไปงานเลี้ยง หรือเทศกาล ร้อยละ 41.09 อายุที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก 20-29 ปี ร้อยละ 41.82 อายุเฉลี่ย 22.57 ปี ค่ามัธยฐานอายุ 20 ปี อายุต่ำสุดที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก คือ 12 ปี การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ดื่มประจำ ร้อยละ 30.38 ประเภทเครื่องดื่ม ได้แก่ เบียร์ สุราสี สุราขาว ร้อยละ 19.78, 19.30 และ 8.54 ตามลำดับ

4) พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ พบว่าเคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 27.06 ในจำนวนนี้ สูบบุหรี่ครั้งแรกอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 50.88 อายุเฉลี่ย 22.57 ปี ค่ามัธยฐานอายุ 19 ปี และมีอายุต่ำสุดที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรก คือ 7 ปี ในจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด ยังมีการสูบบุหรี่ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 72.51 โดยสูบน้อยกว่า 11 มวนต่อวัน ร้อยละ 42.11

5) พฤติกรรมด้านอารมณ์ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ ร้อยละ 51.58 และไม่มีอาการ คิดมาก กังวลใจ ไม่มีความสุข นอนไม่หลับ ร้อยละ 55.54

ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 55.38 (โดยเป็นผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ได้ถูกต้องบ้าง) รองลงมาคือ ไม่ดี และดีมาก ร้อยละ 25.79 และ 18.83 ตามลำดับ โดยจำแนกรายองค์ประกอบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (n=632)

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ผลการประเมิน/จำนวน (ร้อยละ)		
	ไม่ดี	พอใช้	ดีมาก
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	228 (36.08)	300 (47.47)	104 (16.46)
2. ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ	182 (28.80)	343 (54.27)	107 (16.93)
3. ทักษะการสื่อสารสุขภาพ	175 (27.69)	322 (50.95)	135 (21.36)
4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	145 (22.94)	332 (52.53)	155 (24.53)
5. ทักษะการจัดการตนเอง	217 (34.34)	310 (49.05)	105 (16.61)
6. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	198 (31.33)	268 (42.41)	166 (26.27)
7. ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวมทุกองค์ประกอบ	163 (25.79)	350 (55.38)	119 (18.83)

อภิปรายผล

ภาวะสุขภาพของประชาชน อายุ 15 ปี ขึ้นไป จังหวัดสุพรรณบุรี ปี พ.ศ.2562 จากการประเมิน ภาวะสุขภาพกายและจิตโดยรวมด้วยตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.73 ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 45.13 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดผิดปกติ และ เบาหวาน ข้อเท็จจริงดังกล่าว สอดคล้องกับสถานการณ์ การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)⁽⁷⁾ โรค NCDs เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย โดยเฉพาะ 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ-โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตคนไทย ซึ่งมีปัจจัยมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การบริโภคหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรม ทางกายไม่เพียงพอ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของ ปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการสื่อสารที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ประชาชน ป่วยด้วยโรค NCDs เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของการรักษา ส่วนใหญ่ไปพบแพทย์ ตามนัดและรับประทานยาตามแพทย์สั่งทุกครั้ง ข้อเท็จจริงดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ

สุมาลี วังธนากร และคณะ⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษาปัจจัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดัน โลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี การรับรู้ความรุนแรง ของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของ การรับประทานยาอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรค ของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสม อาจเนื่องจากการได้รับรู้ดังกล่าว นอกจากนั้นแล้ว ประชาชนส่วนใหญ่มีโทรศัพท์มือถือใช้ โดยในจำนวนนี้ เป็นประเภทสมาร์ทโฟน มากถึงร้อยละ 54.33 ข้อเท็จจริงดังกล่าว สอดคล้องกับการสำรวจการมีการ ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2561⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ใช้คอมพิวเตอร์ลดลง แต่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น โดยใช้ผ่านโทรศัพท์สมาร์ทโฟนค่อนข้างสูง ซึ่งใช้ Social Network (Facebook, Twitter, Google Plus, LINE, Instagram) มากถึงร้อยละ 95.1 และ ใช้ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าและบริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 38.20 แต่อย่างไรก็ตาม ประชาชนส่วนใหญ ก็ยังได้รับข้อมูลข่าวสารและค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นอันดับแรก ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มอายุ 15-24 ปี ใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ประชากรที่มี

การศึกษาตั้งแต่ระดับอุดมศึกษามีการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตมากกว่า ระดับการศึกษาอื่น⁽⁹⁾ และความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่กับประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ในทางตรง แบบปากต่อปาก จึงทำให้ยังสามารถเป็นช่องทางการสื่อสารหลักที่มีประสิทธิภาพได้ในปัจจุบัน

พฤติกรรม 3อ.2ส. พบว่า การบริโภคอาหารประเภท ผัก ผลไม้ อาหารรสหวาน มัน และเค็ม ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 86.71 โดยพบการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล 1 มื้อต่อวัน บริโภคขนม ผลไม้ที่มีรสหวาน อาหารที่มีไขมัน และอาหารทอดทุกสัปดาห์ และยังพบการบริโภคอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ อาหารกึ่งสำเร็จรูป ขนมกรุบกรอบ ปรุงน้ำตาลและเครื่องปรุงรสเค็มในอาหาร แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า มีการบริโภคอาหารประเภทผักและผลไม้ที่หลากหลายและเป็นประจำทุกวัน พฤติกรรมด้านอารมณ์ส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ ร้อยละ 51.58 และไม่มีอาการ คิดมาก กังวลใจ ไม่มีความสุข หรือนอนไม่หลับ ร้อยละ 55.54 พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับที่มีการออกกำลังกายน้อยมาก ร้อยละ 42.88 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา) ผู้ที่เคยดื่ม ร้อยละ 43.51 โดยดื่มเมื่อไปงานเลี้ยงหรือเทศกาล ส่วนใหญ่ดื่มครั้งแรก ในช่วงอายุ 20-29 ปี เฉลี่ย 22.57 ปี อายุต่ำสุดคือ 12 ปี ส่วนใหญ่ดื่มเป็นประจำทุกสัปดาห์ ประเภทเครื่องดื่ม ได้แก่ เบียร์ สุราสี และสุราขาว พฤติกรรมการบริโภคยาสูบ ผู้เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 27.06 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ครั้งแรก ในช่วงอายุต่ำกว่า 20 ปี เฉลี่ย 22.57 ปี อายุต่ำสุดคือ 7 ปี ข้อเท็จจริงดังกล่าว บางส่วนสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ปี พ.ศ.2560 ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี พบว่า

พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ตี พฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการอารมณ์/ความเครียด และพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนพฤติกรรมการไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อยู่ในระดับดีมาก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดสุพรรณบุรี ปี พ.ศ.2562 อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 55.38 เมื่อพิจารณาเรียงองค์ประกอบ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของประชาชนและทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ส่วนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับถูกต้อง (ปานกลาง) ข้อเท็จจริงดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ชรน้อย ศรีผดุง และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ทำการศึกษารีวิวประเมินผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ โดยชุมชน สู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย : กรณีศึกษา ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.73 แต่ข้อเท็จจริงดังกล่าว ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹²⁾ ที่รายงานการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานตามแนวทาง 3อ.2ส. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 พบว่า ภาพรวมวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม

แนวทาง 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี และมีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. อยู่ในระดับดีมาก ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยเรียน ตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ พบว่า ภาพรวมกลุ่มวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก พฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน มีผลจากปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการจัดการตนเองตามแนวทาง 3อ.2ส. เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุด โดยถ้าประเมินปริมาณและคุณค่าอาหารที่กินในแต่ละมื้อ พร้อมวางแผนออกกำลังกายของตนเอง ประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเอง การจัดสภาพแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ควรใช้ช่องทางการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์มือถือในการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากประชาชนมีการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น และกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีการใช้อินเทอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์มือถือมากกว่ากลุ่มอายุอื่น

2. ประชาชนส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารและค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นอันดับแรก ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ให้มีความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับประชาชนที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้โดยตรงแบบปากต่อปาก

3. ภาวะสุขภาพของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไช้มนในเลือดผิดปกติ และเบาหวาน ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงลดการสูบบุหรี่ ลดการดื่มสุรา ลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และเพิ่มกิจกรรมทางกาย เช่น การให้สุขศึกษา การจัดโภชนาการให้ถูกต้อง เหมาะสมกับกลุ่มอายุ การจัดหาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชน และการจัดให้มีบริการด้านการให้คำปรึกษา

4. ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวาน มัน และเค็ม ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน ควรร่วมมือกันดำเนินมาตรการสร้างและพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน เช่น การดำเนินมาตรการเชิงรุก สุ่มตรวจ และสาริธาการปรุงอาหาร การอบรมผู้ประกอบการอาหาร เป็นต้น

5. ประชาชนมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ควรร่วมมือกันดำเนินมาตรการสนับสนุนการออกกำลังกาย โดยสร้างผู้นำด้านการออกกำลังกาย และจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น สถานที่และการออกแบบท่าทางของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย อาชีพ และชุมชน เป็นต้น

6. ประชาชนมักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อไปงานเลี้ยงหรือเทศกาล โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 20-29 ปี เครื่องดื่มที่นิยม ได้แก่ เบียร์ สุราสี และสุราขาว ซึ่งสามารถหาซื้อได้ง่าย นอกจากนี้แล้ว ยังมีการสูบบุหรี่และยาสูบในกลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา และภาคเอกชน ควรสร้าง

พฤติกรรมกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะเยาวชนและมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด

7. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีนโยบาย สร้างความรู้ด้านสุขภาพอย่างชัดเจน ตั้งแต่การกำหนดนโยบายให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัด พัฒนาบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีองค์ความรู้ ทักษะ ที่จะสนับสนุนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ

8. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน ควรพัฒนาชุมชนต่างๆ ให้เป็นชุมชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Community)

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). Health at a Glance Thailand 2017. กรุงเทพมหานคร: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
2. สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2560). บทบัญญัติด้านสาธารณสุขตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
3. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
4. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2559). ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ประจำปีงบประมาณ 2559. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2561). รายงานประจำปี 2561 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. สุพรรณบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี.
6. Daniel, W.W. (1977). Marriage and Family Development. 5 th ed. Philadelphia : Lippincott.
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2561). สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
8. สุมาลี วัจนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล, และปราณี คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สงขลานครินทร์เวชสาร, 540.
9. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในครัวเรือน พ.ศ. 2561 (ไตรมาส 4). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
10. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ประจำปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
11. เพ็ชรน้อย ศรีผุดผ่อง และคณะ. (2562) การวิจัยประเมินผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ โดยชุมชน สู่ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. สุพรรณบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี.
12. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

Behavior modification of Self-care for Diabetes Mellitus patients
at clinic of Phrachomklao Hospital Phetchaburi Province

บุญเรือน วงศ์พานิช วทบ.สุขศึกษา

Boonruen Wongpanit, B.Sc. Health Education

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลพระจอมเกล้า

Health Education Sector, Phrachomklao Hospital

จังหวัดเพชรบุรี

Phetchaburi Province

บทคัดย่อ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน มีความสำคัญต่อการควบคุมไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะเสี่ยงอื่นๆ ที่จะเกิดตามมา การศึกษานี้ เพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังการได้รับการเรียนรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และยังไม่เคยผ่านกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 183 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถติดตามประเมินพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรมได้ จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วัดพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ผู้ปวยรายงานผลด้วยตนเอง แบบประมาณค่าตามความถี่ในการปฏิบัติ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี มากที่สุด ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 43.3 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 76.6 ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจตาเป็นประจำทุกปี ร้อยละ 83.3 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 46.7 ก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกิน/ฉีดยา อยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.7 พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี ร้อยละ 56.7 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับ 2.38 (S.D. = .30) หลังเข้าร่วมการเรียนรู้ ค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมดีขึ้น อยู่ในระดับ 2.62 (S.D. = .23) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Abstract

The behavior modification for self-care among diabetes mellitus patients is significant for controlling the disease severity and preventing other risks and complications. This study was aimed to evaluate the behavior modification for self-care of the diabetes mellitus patients, after completing the activities for behavior modification. The research population was 183 diabetes mellitus patients and never participated in activities for behavior modification at diabetes mellitus clinic of Phrachomklao hospital, Phetchaburi province. The samples were randomized for 60 patients who participated in the activities and followed up the evaluation of behavior modification. The structured interview was used to collect data which the patients themselves reported their behaviors by frequency.

The research showed that most patients were female (63.3%) aged 65 or over, housewife (43.3%), completed the primary school (76.6), annual eye examination (83.3%), duration of the diabetes mellitus more than 10 years (46.7%). Before joining the activity, the patients had medication and insulin injection use behavior at a good level (96.7%). They had food consumption behavior at a good level (56.7%). The overall mean score was at 2.38 (S.D. = 0.30). Compared to at the end of the activity, the overall mean score was at 2.62 (S.D. = 0.32) which showed the significantly statistical difference ($p < 0.05$).

ประเด็นสำคัญ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโรคเบาหวานผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Key words :

Behavior modification, Diabetes Mellitus, Diabetes Mellituspatients

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ แนวโน้มโรคและภัยสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อน ในอดีตหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพให้ความสำคัญกับโรคติดต่อหรือโรคติดต่อ (Communicable Disease : CD) ทุ่มเทพประมาณในการสร้างงานวิจัยเกี่ยวกับยาแก้อักเสบ แต่เมื่อยุคสมัยเปลี่ยนไปโรคติดต่อมีสถานการณ์ดีขึ้น เนื่องจากมีองค์ความรู้มาเติมเต็ม ในขณะที่สถานการณ์ของโรคไม่ติดต่อกลับทรงตัวหรือไม่ดีขึ้น ทั้งที่หลายภาคส่วนต่างก็ตระหนักถึงความสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable Disease : NCD) ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยกำหนดทางสังคมด้านสุขภาพ (Social Determinant of Health : SDH)⁽¹⁾

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลกเป็นภัยคุกคามที่ลุกลามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมาก จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) ปัจจุบันทั่วโลกมีการรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้านคนต่อปี เฉลี่ย 8 วินาทีต่อคน และคาดว่าอีกประมาณ 10-20 ปี จะมีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่า 300 ล้านคน ที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มีโอกาสเป็นเบาหวานเร็วกว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้สูงมากขึ้นในวัยทำงาน⁽²⁾

สถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่ององค์การอนามัยโลก(WHO) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 108 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 422 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2557 และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 1.5 ล้านคน นอกจากนี้ ยังพบว่าประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.7

เป็นร้อยละ 8.5 ซึ่งในปัจจุบันประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน⁽³⁾

สำหรับในประเทศไทยจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศ ในปี พ.ศ.2556-2558 เท่ากับ 8.80, 15.48 และ 19.59 ตามลำดับ เห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 3, 4 และ 5 (ปี พ.ศ.2547, 2552 และ 2557) พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานของครั้งที่ 3 ร้อยละ 7.0 ใกล้เคียงกับครั้งที่ 4 ร้อยละ 6.9 ส่วนครั้งที่ 5 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.8 (4.8 ล้านคน) ข้อมูลของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ในปี พ.ศ.2556 พบว่า โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตายของประชาชนไทยในเพศชายเป็นอันดับที่ 8 เพศหญิงอันดับที่ 3 ร้อยละ 4.1, 8.7 ตามลำดับ และการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยในเพศชายเป็นอันดับที่ 7 เพศหญิงอันดับที่ 2 ร้อยละ 3.9 และ 7.9 จากรายงานข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2551 พบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกในการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานเฉลี่ย 1,172 บาทต่อคน ส่วนผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 10,217 บาทต่อคน รวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาทต่อปี หากคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานรวม 3 ล้านคน⁽³⁾

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Modification) หมายถึง การนำเอาหลักการแห่งพฤติกรรมสุขภาพ (Behavior Principles)

มาประยุกต์เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
 อย่างเป็นระบบ โดยเน้นที่พฤติกรรมสุขภาพสามารถ
 สังเกต และวัดได้เป็นสำคัญ ลักษณะของการปรับเปลี่ยน
 พฤติกรรมสุขภาพ มุ่งที่พฤติกรรมสุขภาพโดยตรง
 พฤติกรรมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ปกติหรือ
 อปกติก็ตาม ย่อมเกิดจากการเรียนรู้ในอดีตทั้งสิ้น
 ดังนั้น พฤติกรรมเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลง
 โดยกระบวนการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 สุขภาพจะเน้นสภาพ และเวลาในปัจจุบันเท่านั้น
 เมื่อวิเคราะห์ได้ว่าสิ่งเร้าและผลกระทบใดที่ทำให้
 พฤติกรรมนั้นเกิดบ่อยหรือลดลงในสภาพปัจจุบันก็
 สามารถปรับสิ่งเร้าและผลกระทบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
 เพื่อให้พฤติกรรมดังกล่าว เปลี่ยนแปลงไป
 ตามเป้าหมายที่ต้องการ วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 สุขภาพนั้น สามารถใช้ได้เหมาะสม ตามลักษณะ
 ปัญหาแต่ละบุคคล เพราะแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน
 ดังนั้นในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 จึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลด้วย⁽⁴⁾

จากสถิติของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด
 เพชรบุรี ปี พ.ศ.2559-2561 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย
 โรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก
 เพิ่มขึ้นทุกปี โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
 ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การป้องกันและ
 การควบคุมโรค จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อลดความ
 รุนแรงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เป้าหมายการป้องกัน
 และการรักษาโรคเบาหวาน คือการลดอัตราการ
 เกิดโรคและอัตราการตาย โดยการควบคุมระดับน้ำตาล
 ให้อยู่ในเกณฑ์การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต
 โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรม
 การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การ
 จัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่ม
 แอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการ
 ที่จะควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือ
 อาการเฉียบพลันที่รุนแรง ดังนั้น กลุ่มงานสุขศึกษา

จึงจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 โดยเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยในการจัดการเรียนรู้มี
 เป้าหมายสำคัญ คือ การให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิด
 ความตระหนักรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถ
 วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาสุขภาพและ
 พฤติกรรมที่เป็นต้นเหตุของปัญหาดังกล่าว และ
 ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วย
 ตนเองให้บรรลุเป้าประสงค์ตามกำลังและศักยภาพ
 ของแต่ละคน

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแล
 สุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สมมติฐานการศึกษา

หลังการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 สุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลง
 พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองดีขึ้น

วัสดุและวิธีการศึกษา

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วย
 โรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อ
 เรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
 ในปี พ.ศ.2561 และยังไม่เคยผ่านกิจกรรมการเรียนรู้
 เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 183 คน

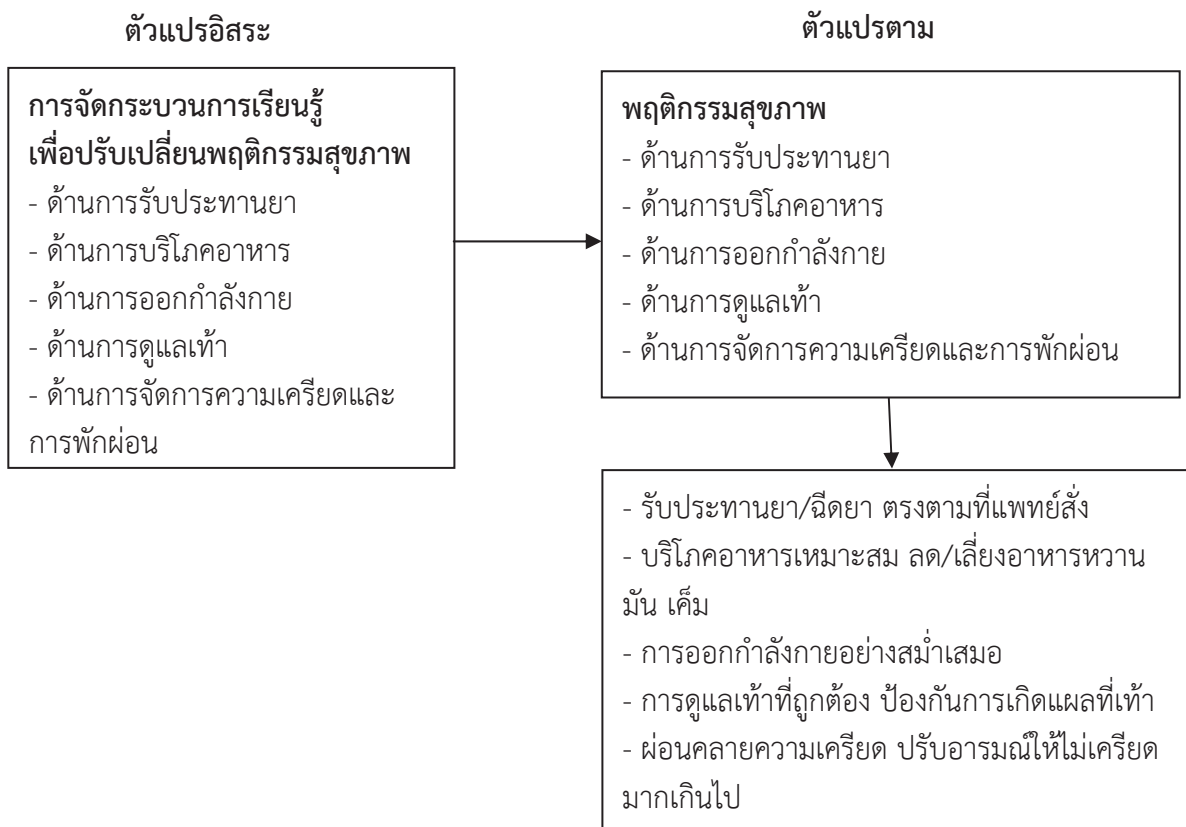
กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้าร่วม
 กิจกรรมเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ
 สามารถติดตามประเมินพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วม
 กิจกรรมได้ จำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบ
 สัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น สาระสำคัญประกอบด้วย

ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวความคิดในการศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศอายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน การได้รับการตรวจตา เป็นแบบคำถามปลายเปิด และให้เลือกตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย

พฤติกรรมด้านการรับประทานยา การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การจัดการกับความเครียดและการพักผ่อน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีการดำเนินการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินสภาวะแวดล้อมและสภาพปัญหา

เป็นการประเมินข้อมูลพื้นฐาน และปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ก่อนการจัดการกระบวนการเรียนรู้ โดยแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานยา การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การจัดการกับความเครียดและการพักผ่อนของผู้ป่วยเบาหวาน

ระยะที่ 2 การประเมินกระบวนการ

เป็นการประเมินการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การจัดการกับความเครียดและการพักผ่อนของผู้ป่วยเบาหวาน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 3 การประเมินผลผลิต

เป็นการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการติดตามสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพก่อนการจัดกิจกรรมเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการวิจัยที่เก็บรวบรวมได้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ครบถ้วน ของแบบสอบถาม การลงรหัสการวิเคราะห์ข้อมูล นำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้สถิติที่ (t-test dependent)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 เพศชาย ร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ ≥ 60 ปี

ร้อยละ 36.7 รองลงมา กลุ่มอายุ 55-64 ปี และกลุ่มอายุ 45-54 ปี ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 23.3 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 61 ปี อาชีพหลัก คือ แม่บ้าน ร้อยละ 43.3 รองลงมา รับราชการ และรับจ้าง จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 20.0 จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.6 รองลงมา เป็นระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 10.0 การได้รับการตรวจตา ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ ได้รับการตรวจตาเป็นประจำทุกปี ร้อยละ 83.3 ตรวจตาไม่ทุกปี ร้อยละ 10.0 ไม่เคยตรวจตา ร้อยละ 6.7 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ≥ 10 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 46.7 รองลงมา คือ 1-4 ปี และ 5-9 ปี ร้อยละ 30.0 และร้อยละ 16.7 และป่วยเป็นเบาหวาน < 1 ปี ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้

หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านและภาพรวมดีขึ้น คือ พฤติกรรมการกิน/ฉีดยา ก่อนการเรียนรู้ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 3.3 หลังการเรียนรู้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.0 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ก่อนการเรียนรู้ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 ระดับต้องแก้ไข ร้อยละ 3.3 หลังการเรียนรู้ พฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.4 ระดับต้องแก้ไข ร้อยละ 3.3 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ก่อนการเรียนรู้ มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 33.3 ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 20.0 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 46.7 หลังการเรียนรู้ ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 56.7 ออกไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 26.7 และไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 16.7 พฤติกรรมด้านการดูแลเท้า ก่อนการเรียนรู้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลเท้า

ระดับดี ร้อยละ 46.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และระดับต้องแก้ไข ร้อยละ 20.0 หลังการเรียนรู้ พฤติกรรมการดูแลเท้าระดับดี ร้อยละ 83.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.0 และระดับต้องแก้ไข ร้อยละ 6.7 พฤติกรรมการจัดการความเครียดก่อนการเรียนรู้ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 ระดับต้องแก้ไข ร้อยละ 6.7

หลังการจัดการเรียนรู้ ระดับดี ร้อยละ 80.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.7 และระดับต้องแก้ไข ร้อยละ 3.3 พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยก่อนการเรียนรู้ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.7 หลังการเรียนรู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมระดับดี ร้อยละ 86.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 13.3 ตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง การจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อน (n=60)		หลัง (n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมด้านการกิน/ฉีดยา				
ดี	58	96.7	60	100.0
ปานกลาง	2	3.3	0	0
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร				
ดี	34	56.7	44	73.3
ปานกลาง	24	40.0	14	23.4
แก้ไข	2	3.3	2	3.3
พฤติกรรมกรออกกำลังกาย				
ออกกำลังกาย สม่่าเสมอ	20	33.3	34	56.7
ออกไม่สม่่าเสมอ	12	20.0	16	26.7
ไม่ได้ออกกำลังกาย	28	46.7	10	16.6
พฤติกรรมกรดูแลเท้า				
ดี	28	46.7	50	83.3
ปานกลาง	20	33.3	6	10.0
แก้ไข	12	20.0	4	6.7
พฤติกรรมกรจัดการความเครียด				
ดี	36	60.0	48	80.0
ปานกลาง	20	33.3	10	16.7
แก้ไข	4	6.7	2	3.3
พฤติกรรมสุขภาพภาพรวม				
ดี	38	63.3	52	86.7
ปานกลาง	22	36.7	8	13.3

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ

ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากตาราง พบว่า หลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการกิน/ฉีดยา ดีกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ดีกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลเท้า พฤติกรรมการจัดการความเครียด ดีกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานดี กว่าก่อนการจัดการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ	n	\bar{x}	SD	t	df	p
ด้านการกิน/ฉีดยา						
ก่อนการจัดการเรียนรู้	60	2.77	.21	3.01	59	.01*
หลังการจัดการเรียนรู้	60	2.87	.17			
ด้านการรับประทานอาหาร						
ก่อนการจัดการเรียนรู้	60	2.38	.33	1.94	59	.06
หลังการจัดการเรียนรู้	60	2.50	.37			
ด้านการออกกำลังกาย						
ก่อนการจัดการเรียนรู้	60	1.81	.81	4.13	59	.00*
หลังการจัดการเรียนรู้	60	2.30	.63			
การดูแลเท้า						
ก่อนการจัดการเรียนรู้	60	2.17	.61	5.58	59	.00*
หลังการจัดการเรียนรู้	60	2.65	.49			
ด้านการจัดการความเครียด						
ก่อนการจัดการเรียนรู้	60	2.55	.41	4.07	59	.00*
หลังการจัดการเรียนรู้	60	2.83	.33			
พฤติกรรมสุขภาพภาพรวม						
ก่อนการจัดการเรียนรู้	60	2.38	.31	5.09	59	.00*
หลังการจัดการเรียนรู้	60	2.62	.23			

* P<.05

วิจารณ์ สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 เพศชาย ร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 55-64 ปี และกลุ่มอายุ 45-54 ปี ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 23.3 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย คือ 61 ปี ผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากไม่ได้ทำงาน(อยู่บ้าน/งานบ้าน) ร้อยละ 43.3 นอกจากนั้นประกอบอาชีพรับราชการ และอาชีพรับจ้าง จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 20.0 จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.6 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 10.0 การได้รับการตรวจตา ผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจตาเป็นประจำทุกปี ร้อยละ 83.3 ตรวจตาไม่ทุกปี ร้อยละ 10.0 ไม่เคยตรวจตา ร้อยละ 6.7 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ≥ 10 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 46.7 รองลงมา 1-4 ปี และ 5-9 ปี ร้อยละ 30.0 และร้อยละ 16.7 ตามลำดับ และป่วยเป็นเบาหวาน < 1 ปี ร้อยละ 6.7

ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการกิน/ฉีดยา อยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.7 พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี ร้อยละ 56.7 พฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 33.3 พฤติกรรมการดูแลเท้า และพฤติกรรมการจัดการความเครียดระดับดี ร้อยละ 46.7 และร้อยละ 60.0 ตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับ 2.38 (S.D. = .30) หลังการเรียนรู้ ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น คือ คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด หลังการเรียนรู้ให้ ความรู้โดยใช้ กระบวนการกลุ่มสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ สอดคล้องกับ

กุลธิดา ณะไชย⁽⁵⁾ พบว่า พฤติกรรมการกิน/ฉีดยา อยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.0 พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.3 มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 46.7 พฤติกรรม การดูแลเท้า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.3 การจัดการ ความเครียด ระดับดี ร้อยละ 80.0 สอดคล้องกับ วियะการ แสงหัวช้าง⁽⁶⁾ พบว่าคะแนนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด หลังเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ค่าคะแนนเฉลี่ย ภาพรวมดีขึ้น อยู่ในระดับ 2.62 (S.D. = .23) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีการ จัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มีการเฝ้าระวังและประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง
- ติดตามประเมินผลและถอดบทเรียนโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำผลการติดตามประเมินผลและถอดบทเรียนมา พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- นำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มาใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และใน เขตเทศบาลเมืองเพชรบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม สุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเองได้ เผชิญกับภาวะโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังนี้ได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ สามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ
2. ควรวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับบริบทชีวิตที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สารสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงและมีความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ชุมพล เดชะอำไพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินการและทำวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานสุศึกษา และเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จรวยพร ศรีศลักษณ์. เทรนด์วิจัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hsri.or.th/researcher/research/trend/detail/4999>
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รู้ทันมหันตภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559. 6-7.
3. ทักษพล ธรรมรังสี. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. นนทบุรี: สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ (สวน.) สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2557.
4. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด. 2556.
5. กุลธิดา ณะไชย. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควะ. 2555.
6. วิยะการ แสงหัวช้าง. ผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า.30(4). 2556.

ความคิดของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก : กรณีศึกษาชุมชนร่มรื่น จังหวัดราชบุรี
Community's meaning Dengue Hemorrhagic Fever Prevention : The case Study of
Romruencommunity in Ratchaburi Province

จุฑาทิพย์ ชมภูณัฐ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

Chutatip Chompoonuch M.Sc.(Public Health)
The Office of Disease Prevention and Control 5
Ratchaburi

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ (Qualitative perspective) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การให้ความหมาย “ยุง” ของชุมชน แหล่งเพาะพันธุ์ยุง โรค และการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างจากตัวแทนครัวเรือน จำนวน 10 คน จาก 10 ครัวเรือนร่วมกับการสังเกตอย่างมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่มครัวเรือนที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ครัวเรือน เป็นครัวเรือนที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ครัวเรือน ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือน ตุลาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ความคิดของชุมชนต่อโรคและการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นความคิดที่สร้างขึ้นตามกรอบความรู้ทางชีวการแพทย์ จากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ และชาวบ้าน ร่วมกันสร้างสัญลักษณ์ คือ ยุง สัมพันธ์กับไข้ในเด็ก ผ่านประสบการณ์และการนิยามความหมาย ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกตามความคิดของชุมชน โดยจำแนกความคิดได้ 2 รูปแบบ คือ 1) คิดเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า คือ ความรำคาญจากเสียง ความเจ็บและคัน 2) คิดเพื่อทำลายหรือกำจัดให้หมดไป คือ ยุงนำโรค

Abstract

This qualitative research was aimed at studying (1) community's meaning toward dengue hemorrhagic fever (DHF) prevention and (2) the perspectives of the community to mosquitoes and their breeding sites, disease and DHF prevention. The study was conducted in a community of Ratchaburi province Thailand. Data was collected from May to October 2015 by using in-depth interviews, structured observation and focus-group interviews. Content analysis was used to evaluate the data.

Results showed that community thinking toward DHF prevention was constructed from biomedical concepts derived from interactions between public health personnel, physicians, and people in the community. It manifested in specific symbols (mosquitoes and fever in children) relating to experience and the meaning of DHF according to the community thinking.

The thinking can be divided into two patterns: (1) contingency thinking (noise, bites and itching) and (2) thinking to eliminate the cause of disease (dirt and disease).

It is recommended that DHF prevention should be the responsibility of community individuals without any encouragement or leading by health personnel.

ประเด็นสำคัญ

ความคิดของชุมชน/ โรคไข้เลือดออก/ การป้องกัน

Key words :

Community's meaning / Dengue Hemorrhagic
Fever/ Prevention

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในหลายภูมิภาคและเป็นโรคที่พบตั้งแต่ปีพ.ศ.2322 (ค.ศ.1779) บริเวณชนบทภูมิภาคเขตร้อน (Tropics) และเขตกึ่งร้อน (Subtropic) ซึ่งเชื่อว่ามีแหล่งกำเนิดอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มียุงลายชนิดอโบพิคตัส (*Aedes albopictus*) เป็นยุงพาหะต้นปี พ.ศ.2497 (ค.ศ.1954) ได้ปรากฏไข้เลือดออกชนิด DHF (Dengue haemorrhagic fever) เกิดขึ้นในกรุงมนิลาประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่งติดต่อโดยยุงลายชนิดอีจีปไต (*Aedes aegypti*) และมีการรายงานครั้งแรก พ.ศ.2496⁽¹⁾

โรคไข้เลือดออกระบาดขึ้นในหลายประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงเหนือและเอเชียแปซิฟิกตั้งแต่ ปี พ.ศ.2469 ถึง พ.ศ.2507 ในประเทศฟิลิปปินส์ ไทย เวียดนาม สิงคโปร์ และที่เมืองกัลกัตตาในประเทศอินเดีย ต่อมาในปีพ.ศ.2511 และ พ.ศ.2513 ได้เกิดการระบาดที่ประเทศอินโดนีเซียและประเทศพม่าตามลำดับ จากนั้นขยายวงกว้างในหลายประเทศ(1) ในประเทศไทยพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ปี พ.ศ.2497 โดยพบจำนวนผู้ป่วยสูงบ้างต่ำบ้างแต่พบติดต่อกันทุกปีและมีการระบาดขึ้นครั้งแรกปี พ.ศ.2501 ที่กรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วย 2,706 รายตาย 296 ราย หลังจากนั้นได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ ที่เป็นเมืองใหญ่มีประชากรหนาแน่น การคมนาคมที่สะดวกทำให้โรคแพร่กระจายได้เร็วขึ้นและแพร่กระจายไปทั่วทุกจังหวัดของประเทศ⁽²⁾ ส่งผลให้อัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นทุกๆ 2-3 ปี ในขณะที่เดียวกันอัตราป่วยตาย (Case – fatality ratio) มีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ

โรคไข้เลือดออกพบได้ทุกกลุ่มอายุไม่จำเพาะเป็นกับกลุ่มเด็กวัยเรียนเท่านั้น พบได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มอายุ

5-9 ปี (ร้อยละ 44) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 29) และกลุ่มอายุ 0-4 ปี (ร้อยละ 16) ตามลำดับ ช่วงระยะหลังพบว่าผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยพบถึงร้อยละ 20⁽³⁾ เมื่อพิจารณาจากสถิติผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประเทศไทยในรอบ 4 ทศวรรษที่ผ่านมาจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าภัยอันตรายที่เกิดจากการระบาดของโรคไข้เลือดออกนั้นนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมากเป็นภาระของครอบครัว ส่งผลต่อการเรียน ต่อการทำงาน และค่าใช้จ่ายในการรับบริการการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของครอบครัวผู้ป่วย ตลอดจนอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร

ในสภาพสังคมปัจจุบัน การตั้งชุมชนและที่อยู่อาศัยมีรูปแบบการอพยพเข้ามาอาศัยในเขตเมือง เขตเทศบาลและสุขาภิบาล เกิดสภาพที่แออัดและเอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ซึ่งการศึกษาของ สุพร ชุมหุตติยานนท์⁽⁴⁾ พบว่าสภาพที่ตั้งของชุมชน ความหนาแน่นของประชากรต่อหลังคาเรือนและลักษณะของสุขาภิบาลภายในบ้านล้วนแต่มีผลที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกได้ทั้งสิ้น ความแตกต่างระหว่างขนาดของครอบครัวกับการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่เป็นเขตเมืองหนาแน่น โดยที่ครอบครัวใหญ่ จะเป็นโรคไข้เลือดออกมากกว่าขนาดครอบครัวเล็กการเปลี่ยนแปลงทางสังคม-เศรษฐกิจ การกลายเป็นสังคมเมือง การตั้งบ้านเรือนที่อยู่อาศัยในชุมชนที่แออัดเป็นไปตามธรรมชาติ ไม่ถูกลักษณะจำนวนประชากรอยู่กันอย่างแออัดผลที่ตามมาคือ เกิดปัญหาการขาดแคลนสาธารณสุขปโภคและสาธารณสุข จำนวนขยะเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความสกปรกและเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรค

โดยเฉพาะยุงและแมลงวันซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งโรคไข้เลือดออกด้วย

จะเห็นได้ว่าโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการตั้งบ้านเรือนที่อยู่อาศัยความหนาแน่นของประชากรวิถีการดำเนินชีวิตลักษณะนิสัยตลอดจนการรับรู้ถึงอันตรายของโรคที่เกิดขึ้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวย่อมส่งผลต่อ Mental process และ action ของบุคคลในการป้องกันโรคไข้เลือดออกการเรียนรู้ของบุคคลและชุมชนเป็นผลมาจากการตอบโต้ทางสัญลักษณ์ของ Social construction of meaning ที่ส่งผลต่อความคิดของบุคคลพวงเพชร สุรัตน์วิกุล⁽⁵⁾ กล่าวว่า ความคิดเป็นวัฒนธรรม วิถีชีวิตของมนุษย์สะท้อนถึงความคิดของมนุษย์เป็นรากฐานของการดำเนินชีวิตมนุษย์ จะแสดงพฤติกรรมอะไรออกมา ก็จะเป็นตัวสะท้อนให้เห็นว่ามนุษย์มีมุมมองและความคิดอย่างไรต่อเรื่องนั้น จากประสบการณ์ของมนุษย์เองมีรากฐานความคิดในการที่จะพยายามเข้าใจโลกที่อยู่อาศัย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการแสดงออกทางความคิดย่อมมีผลกระทบต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น อานันท์ กาญจนพันธ์⁽⁶⁾ ให้ความหมายความคิด หมายถึงองค์รวมของหลักการหรือระบบเหตุผลในการให้ คุณค่า และความหมายต่ออุดมการณ์ของการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม ซึ่งคนในสังคมนั้นได้สร้างสรรค์และสะสมขึ้นมา ความคิดจึงเปรียบเสมือนพลังที่อยู่เบื้องหลังวิถีชีวิต ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละสังคมและสภาพแวดล้อม ส่วนนักคิดในสายปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interactionism) อธิบายว่า mind and self เกิดขึ้นได้ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction process) สังคมจะซึมซาบเข้ามาและครอบงำความคิดของบุคคล⁽⁷⁾

การเชื่อมโยงความคิดกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งเป็นสภาวะที่ชุมชนต้องเผชิญ ย่อมส่งผลให้

ชุมชนมีการปรับความคิด ปรับการกระทำในเรื่องต่างๆ เพื่อให้สมาชิกปลอดภัยจากโรค ขณะเดียวกันชุมชนต้องมีการอบรมขัดเกลาความรู้ ความเข้าใจต่อโรคไข้เลือดออกเพื่อให้ชุมชนได้ตระหนักและรับรู้ถึงอันตรายและการป้องกันโรคไข้เลือดออก กล่าวคือในสภาวะการณ์ปกติ การขัดเกลาทางสังคมในเรื่องโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การอบรมสั่งสอนของบิดามารดาในการป้องกันยุงกัด หรือการเรียนการสอนในโรงเรียนเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แต่ถ้ามีความรุนแรงหรือมีการระบาดเกิดขึ้นในชุมชน ชุมชนจะเกิดความคิดที่จะทำให้โรคไข้เลือดออกลดความรุนแรงหรือลดการระบาดลง เป็นการปรับความคิดตามสภาวะการณ์ขณะนั้น แสดงให้เห็นว่าปัจจัยกระตุ้นทางสังคมส่งผลต่อความคิดในเรื่องต่างๆ รวมทั้งโรคไข้เลือดออกด้วยเช่นกัน

ระบบคิดหรือความคิดต่อโรคไข้เลือดออกอาจมีระบบคิดหรือความคิดที่แตกต่างกันไป ดังเช่นประชาชนมีความคิดว่าไม่สามารถจะทำการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยได้โดยเพียงลำพังต้องอาศัยภาครัฐช่วยสนับสนุน⁽⁸⁾ หรืออาจมีความคิดว่าปัญหาที่สำคัญภายในบ้านเขาสนใจเพียงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรบกวนของยุงหรือการถูกยุงกัดในตอนกลางคืน⁽⁹⁾ จะเห็นได้ว่าความคิดนั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจ การให้คุณค่า การให้ความหมาย และแสดงออกเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของมนุษย์แต่ละสังคม โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขพยายามแก้ไขมาตลอด แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ส่วนภาครัฐเองอาจมองชุมชนเปรียบเสมือนภาชนะว่างเปล่าที่ไม่มีอะไรอยู่ข้างในเลย ชุมชนต้องเป็นฝ่ายรอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานราชการหรือองค์กรภายนอกที่จะนำความรู้ทางเทคโนโลยีและการแพทย์สมัยใหม่ ตลอดจนเครื่องมืออุปกรณ์และระเบียบ วิธีการจัดการต่างๆ เข้าไปให้หรือ

อาจมีรากฐานความคิดที่ว่าหากแผนงานโครงการหนึ่ง ทำสำเร็จในที่หนึ่ง ก็สามารถขยายผลไปทำในที่อื่นๆ ได้ทั่วประเทศ⁽¹⁰⁾ โดยไม่ได้คิดว่าชาวบ้านเขามีความคิดอย่างไรและไม่ได้ศึกษาทำความเข้าใจให้ลึกซึ้ง แนวทางในการแก้ไขที่ผ่านมา อาจขาดการศึกษา รากเหง้าของปัญหาที่แท้จริง โดยเฉพาะความคิด ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

เมื่อสภาพชุมชนที่แออัดและวิถีชีวิตในชุมชน ต้องเกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ประกอบกับความคิดที่แตกต่างนำไปสู่การกระทำ ที่หลากหลาย การดำรงอยู่ของชาวบ้านที่เผชิญกับ ไข้เลือดออกทุก 2-3 ปี นำมาซึ่งการคิดหาทางแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนร่วมกัน เมื่อมนุษย์เริ่มเข้าใจ และมีประสบการณ์ต่อความรุนแรงของโรค ย่อมนำมา ซึ่งการรับรู้ การคิด การพูด การกระทำที่สามารถนำไป สู่การแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกได้ ดังเช่น วิธีคิด ตามหลักพุทธธรรมหรือที่เรียกว่าโยนิโสมนสิการ เป็นการคิดตามแนวทางของปัญญา รู้จักมอง รู้จักพิจารณาสิ่งทั้งหลายตามสภาวะหรือตามที่สิ่งนั้นๆ มันเป็นของมัน ขั้นตอนของความคิดมีความสำคัญ อย่างยิ่งในการกำหนดบุคลิกภาพและวิถีชีวิตของ บุคคลความคิดนั้น จะเป็นอย่างไร ย่อมต้องอาศัย ปัจจัยที่กำหนดหรือปรุงแต่งความคิดนั้น อีกต่อหนึ่ง ปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อความคิด คือความรู้สึกสุขทุกข์ เมื่อความรู้สึกสุขทุกข์กำหนด วิธีของความคิดแล้ว ความคิดก็จะถูกปรุงแต่งและ อาจแสดงออกมาเป็นการกระทำ การพูด การแสดง บทบาทต่างๆ⁽¹¹⁾

ดังนั้น การเข้าใจความคิดของชุมชน จะช่วยให้ เข้าใจศักยภาพของบุคคลในชุมชนว่า มีความสามารถ ในการอธิบายบอกทิศทางการเลือกตัดสินใจต่อ การป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างไร จึงนำมาสู่การ ศึกษาความคิดของชุมชนที่มีต่อการป้องกันโรค ไข้เลือดออกที่สัมพันธ์กับแบบแผนของการดำเนินชีวิต

สภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่วัฒนธรรม ความเชื่อ ลักษณะการตั้งบ้านเรือน การเปลี่ยนแปลงทางสังคม- เศรษฐกิจ ตลอดจนความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก โดยคาดหวังว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก อย่างต่อเนื่องทุกปี จะทำให้ชุมชนมีความคิดต่อ การป้องกันโรคไข้เลือดออก ด้วยวิธีการใดวิธีหนึ่ง และมีการถ่ายทอดความคิดสู่คนรุ่นหลังให้เกิด การตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันโรคโรค ไข้เลือดออกได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความคิดของชุมชนในการป้องกันโรค ไข้เลือดออก

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีการ ศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative perspective)

พื้นที่ศึกษา

เลือกพื้นที่แบบเจาะจงในจังหวัดราชบุรี เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจความคิดของคนชุมชน แห่งหนึ่งในการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยมีเกณฑ์ การคัดเลือกชุมชนดังนี้ เป็นชุมชนที่ตั้งอยู่ในเขต เทศบาลตำบลเป็นคนไทยดั้งเดิมมีอายุการตั้งถิ่นฐาน มานานกว่า 100 ปี และมีขนาดครัวเรือนประมาณ 200 ครัวเรือน มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ของคนในชุมชน โดยพบการรายงานอัตราป่วยโรค ไข้เลือดออกสูงอย่างต่อเนื่อง สูงเกินกว่าค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี โดยมีอัตราป่วย ในปี พ.ศ.2552 - 2556 ดังนี้ 190.94 , 137.10 , 234.31, 214.17 , 159.12 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าสู่วิจัยการศึกษามีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เป็นผู้ที่สามารถให้ ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ

ความเป็นมาของชุมชน การเกิดขึ้นของโรคไข้เลือดออก การให้ความหมายและการตีความยุ่งและโรคไข้เลือดออก การถ่ายทอดความคิดการป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมถึงภูมิปัญญาของชุมชนต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการสอบถามจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญและผู้นำชุมชน ได้แก่ ครูเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าอาวาสวัดอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ใหญ่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 10 คน เลือกครัวเรือนตัวอย่าง เพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ด้วยการคัดเลือกครัวเรือนตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 10 ครัวเรือน ซึ่งเป็นครัวเรือนที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสามารถอธิบายปรากฏการณ์เรื่องโรคไข้เลือดออกสามารถให้ความหมายการป้องกันโรคไข้เลือดออก และเสนอความคิดต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก

การเลือกตัวแทนครัวเรือนเพื่อทำการสนทนากลุ่ม (Focus group Interview) โดยใช้แผนที่ประกอบในการพิจารณาเลือกตามการกระจายของพื้นที่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) ครัวเรือนที่มีบุคคลในครอบครัวเคยเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ครัวเรือน และ (2) ครัวเรือนที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเคยเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 6 ครัวเรือน ใช้เกณฑ์การเลือกครัวเรือนตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกบุคคลตามที่มีรายชื่อจากการสำรวจ (Pre-survey) และเป็นบุคคลที่สามารถอธิบายข้อมูลประสบการณ์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความหมายและความคิดต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

แบบสำรวจ ใช้ในการ Pre-survey เพื่อทำแผนที่ทางกายภาพ (Physical map)

แนวทางการสังเกต (Observation) ได้แก่ สังเกตลักษณะการตั้งบ้านเรือน สภาพแวดล้อมต่างๆ ไป เช่น แหล่งน้ำ แหล่งน้ำขัง แหล่งน้ำทิ้ง และแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

ของครัวเรือน วิธีการป้องกันในชีวิตประจำวัน แบบแผนวิถีชีวิตต่างๆ ไป เช่น การเลี้ยงดูเด็ก วิถีชีวิตของเด็กในโรงเรียนที่เอื้อต่อการสัมผัสกับยุงนำโรค แบบสัมภาษณ์ (Interview Schedule) แบ่งเป็น 2 ชุด

- ชุดแรกนำมาใช้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
- ชุดที่สองนำมาใช้สัมภาษณ์ ครัวเรือนที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และครัวเรือนที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

แนวคำถาม (Guidelines) เป็นคำถามปลายเปิด ใช้สำหรับการสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษา

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี (Mixed Methods) โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในแต่ละประเด็น และเป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ใหญ่บ้านของชุมชน แจ้งวัตถุประสงค์ในการรวบรวมข้อมูล และหาผู้นำทาง ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้เรื่องสถานที่และขอบเขตของชุมชน ขั้นตอนในการศึกษา

- ดำเนินการ Pre-survey เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาจัดทำแผนที่ และวางแผนในการเลือกสัมภาษณ์ครัวเรือน
- สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
- สัมภาษณ์เชิงลึกครัวเรือนที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกและครัวเรือนที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก
- สนทนากลุ่มครัวเรือนที่มีประวัติการเจ็บป่วย

ด้วยโรคไข้เลือดออกและครัวเรือนที่ไม่มีประวัติการ
เจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก

การสังเกตดำเนินการไปพร้อมๆ กับการ
Pre-survey สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม

จากข้อมูลดังกล่าว นำมาจัดกลุ่มข้อมูล
ให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ในการศึกษากำหนด
รหัส (coding) แทนความหมายของข้อความนั้น
โดยเลือกเอาเฉพาะส่วนที่มีความหมายที่สามารถเชื่อมโยง
ได้กับประเด็นหรือหัวข้อสำคัญ เช่น การให้ความหมาย
ต่อการป้องกันโรค โดยเชื่อมโยงกับสภาพสังคม วิถีชีวิต
เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร
ในชุมชนและบริบทของครอบครัว จัดกลุ่มความหมาย
ในเรื่องเดียวกันให้อยู่ในรหัสเดียวกัน จากนั้น
นำข้อมูลที่แตกออกเป็นส่วนย่อยๆ และให้รหัส
เรียบร้อยแล้ว กลับมารวมกันใหม่ (Reassembling)
ให้เป็นกลุ่มๆ (categorization) ตามประเด็น / หัวข้อ
การวิเคราะห์ (themes) และหาข้อสรุป การตีความ
(Conclusion interpretation) ไปตามหัวข้อ
การวิเคราะห์ (themes) เพื่อตอบคำถามการวิจัย
ซึ่งการตีความข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา
(content analysis)

การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ
ของข้อมูล ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี
(Methodology triangulation) โดยใช้การสัมภาษณ์
เชิงลึก การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การสนทนากลุ่ม
และการสังเกต การถามซ้ำเพื่อให้ผู้ตอบมีการเปรียบเทียบ
และให้ความหมายที่มุ่งไปที่กระบวนการคิดมากกว่า
ความคิดเห็นต่างๆ ไป

ผลการศึกษา

1. บริบทชุมชน

ชุมชนร่มรื่นเป็นชุมชนหนึ่งในจังหวัดราชบุรี
เป็นชุมชนไทยดั้งเดิม อายุของชุมชนประมาณ 250 ปี
คาดประมาณอายุจากโบราณวัตถุเก่าแก่ที่ตั้งอยู่ในวัด

ของชุมชน คนในชุมชนให้นิยามว่าเป็นคนเผ่าพันธุ์ไทยแท้
ดูจากรูปร่างหน้าตาและขนบธรรมเนียมประเพณี
ที่เหลือตกทอดอยู่ ภาษาพูดเป็นภาษาไทยที่มีสำเนียง
ห้วน สั้น และหนักแน่นกว่าสำเนียงไทยทั่วๆ ไป
ชุมชนแห่งนี้ ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลตำบล ห่างจากตัวอำเภอ
ประมาณ 16 กิโลเมตร การเดินทางเข้าออกสะดวก
มีถนนตัดผ่านเชื่อมต่อจากตำบลไปยังอำเภอและ
จังหวัดใกล้เคียง ชุมชนร่มรื่นเป็นชุมชนที่มีสถานที่
สำคัญๆ หลายแห่ง ดังนี้ วัด โรงเรียน โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีตำรวจ จะเห็นได้ว่าชุมชนนี้
เป็นชุมชนที่มีความพร้อมในด้านต่างๆ ครบถ้วนไม่ว่า
จะเป็น เรื่องของศาสนา การศึกษา การสาธารณสุข
และความมั่นคงปลอดภัย

การเปลี่ยนแปลงเชิงสังคม

จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ พบว่า
80-90 ปีที่ผ่านมา การปลูกสร้างบ้านเรือนของชุมชน
มีเฉพาะบริเวณรอบๆ วัดเท่านั้น มีประมาณ 40-50
หลังคาเรือน ปลูกอยู่กันเป็นกลุ่มๆ ละ 3-4 หลังคาเรือน
แต่ปัจจุบันบ้านเรือนปลูกอยู่ใกล้กันเป็นกลุ่มใหญ่ขึ้น
เป็นกลุ่มของเครือญาติ กลุ่มละ 20-30 หลังคาเรือน
จากสภาพบ้านเรือนที่มากขึ้น กลายเป็นสภาพที่
เรียกว่า “แออัด” ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเล่าว่า “สมัยก่อน
บ้านไม่เยอะ นี่ห่าง โนนห่าง เดียวนี้เอ็งก็ปลูก กูก็ปลูก
ชายคาติดกัน เดียวนี้เด็กมันเยอะ บ้านมันเยอะ”
จำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นตามความเจริญของ
ชุมชน และจากการสังเกต พบว่า บ้านเรือนส่วนใหญ่
เป็นบ้านไม้ใต้ถุนสูง ชั้นบนแบ่งออกเป็นห้องนอน
ห้องนั่งเล่น ใต้ถุนแบ่งออกเป็น ห้องครัว ที่นั่งเล่น
และคอกสัตว์ ชาวบ้านนิยมพบปะพูดคุยกันและ
ทำกิจกรรมบริเวณใต้ถุนบ้าน เช่น เลี้ยงเด็ก สานกระบุง
- ตะกร้า - พัด เลี้ยงสัตว์ ส่วนมากใต้ถุนจะมีโต๊ะไม้
ไว้สำหรับพักผ่อนและทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้พื้นที่
ที่มีการใช้ประโยชน์มากที่สุด คือ ใต้ถุนบ้าน แต่ต่อมา
ภายหลังมีการต่อเติมชั้นล่างเป็นห้องซึ่งกันด้วยอิฐบล็อก

ทำให้ภายในบ้านมีดทับ ลมไม่สามารถพัดผ่าน ได้สะดวก สภาพเช่นนี้ เหมาะที่จะเป็นแหล่งเกาะพัก ของยุง โดยนิสัยของยุงไม่ชอบแสงแดดและลมแรง ชอบเกาะพักตามสิ่งห้อยแขวนต่างๆ ในบ้าน เมื่อสภาพบ้านเรือนมีมมมีดทับ ลมไม่สามารถพัดผ่าน ทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อการถูกยุงกัดได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงเชิงวัฒนธรรม

ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนเป็นลักษณะของ เครือญาติที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน คอยสอดส่องดูแลทุกข์ สุข และให้ความช่วยเหลือ ซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา โดยจะแวะเวียนมา เยี่ยมเยียน เพื่อสอบถามชีวิตความเป็นอยู่ พุดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้และข่าวสารในชีวิตประจำวัน แต่ปัจจุบันวิถีชีวิตที่ทุกคนต้องดิ้นรนเพื่อปากท้อง ทำให้ความสัมพันธ์ทางเครือญาติลดลง ผู้ให้ข้อมูล สำคัญ เล่าว่า “...สังคมนิยม ถ้าบรรพบุรุษหรือว่า คนใหญ่ไม่บอกกันก็ไม่รู้ เด็กเดี๋ยวนี้มันดีกัน พอ ผู้ใหญ่มาเจอหน้ากันถึงได้รู้ว่าเป็นญาติกัน สังคมนิยม ต้องสอนกันไว้เลยว่า ถ้าไปหมู่บ้าน หมู่บ้านไหนญาติ กันบ้าง เวลาไปเที่ยวจะได้รู้ว่าญาติกันนะไม่ใช่ใคร ไ้คนใหญ่ต่างคนต่างไปทำงานไม่ได้สืบสานกันต่อ เด็กๆ มันก็ไม่รู้เลยเขม่นกัน”

การเปลี่ยนแปลงเชิงเศรษฐกิจ

การประกอบอาชีพดั้งเดิมที่สืบทอดจาก บรรพบุรุษมาจนถึงลูกหลาน คือ การทำนา ปัจจุบัน วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป นาข้าวถูกปรับเปลี่ยนเป็น นาทุ่ง จากวิถีชีวิตที่พึ่งพาธรรมชาติกลายเป็นวิถีชีวิต ที่ต้องพึ่งพาค่าจ้างแรงงานในภาคอุตสาหกรรมจาก ชุมชนภาคเกษตรกรรมก้าวสู่สังคมภาคอุตสาหกรรม มี การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ พุดเรื่องการเปลี่ยนแปลงจากการทำ นาข้าวไปเป็นนาทุ่งว่า “...แต่ก่อนทำนาทุกบ้าน เดี่ยวนี้ มันกลายเป็นทุ่งเป็นกึ่งไปหมดแล้ว ทำทุ่งเพราะอยากรวย” บางครัวเรือนเป็นเจ้าของนาทุ่ง ครัวเรือนที่ไม่มีที่ดิน

ทำนาทุ่ง ก็จะไปรับจ้างลากทุ่ง และรับจ้างอื่นทั่วไป เช่น รับจ้างทำสวน รับจ้างเกี่ยวข้าวเพื่อหาเลี้ยงชีพ ส่วนคนที่มีอายุมากไปไหนไม่ไหวก็จะอยู่เฝ้าบ้าน ลูกหลานสมัยใหม่ก็หันไปรับจ้างทำงานในโรงงาน ภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น ระบบเศรษฐกิจเปลี่ยน ไปเพราะระบบทุนเข้ามาทำให้เหตุการณ์พื้นบ้าน ค่อยๆ หมดไปด้วย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ กล่าวต่อว่า “... นาเปลี่ยนเป็นนาทุ่ง รับจ้างลากทุ่งครั้งละ 200 บาท เดี่ยวนี้เขาไปทำงานโรงงานกัน บรรทุกกันไปเต็มคันรถ บางคนแก่ ไปไหนไม่ไหว ก็ไปรับจ้างเขาเกี่ยวข้าว หลังค่อมๆ หากินกันไป”

2. การสื่อสารการป้องกันโรคไข้เลือดออกใน ชุมชน

การสื่อสารผ่านผู้นำทางจิตวิญญาณ

ท่ามกลางสภาพแวดล้อมและวิถีชีวิต ที่เปลี่ยนแปลงไป คนในชุมชนก็ยังดำรงรักษาประเพณี ความเชื่อในทางศาสนา ยังไปประกอบศาสนกิจ ที่วัด วัดจึงเป็นสื่อกลางการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งวัดเป็นตัวแทนในการถ่ายทอดความคิดการป้องกัน ไข้เลือดออกสู่ชุมชน ตามกรอบการแพทย์และ สาธารณสุข คำพูดของเจ้าอาวาสวัด กล่าวว่า “... อนามิยเขามีสภอดประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับความรู้และ การป้องกันโรคไข้เลือดออก มาให้ทางวัดช่วยประกาศ และประชาสัมพันธ์ พอชาวบ้านได้ยินและฟัง เขาก็จะ เริ่มระมัดระวัง ถ้าเขาไม่ระมัดระวังก็จะเป็นผลเสีย กับตัวเขา ลูกหลานเขาเจ็บป่วยเป็นไข้ เขานั้นแหละ เดือดร้อน พอได้ยินข่าวสารพุดคุยกันปากต่อปาก เขาก็จะระมัดระวัง เตรียมตัวป้องกัน”

การสื่อสารปาก ต่อ ปาก

การสื่อสารภายในชุมชนผ่านการพุดคุยการบอก ต่อปากต่อปาก เป็นการถ่ายทอดความรู้ความคิดจาก คนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งและขยายต่อไปยังคนอื่นๆ ในชุมชน ซึ่งวิธีการสื่อสารแฝงไปด้วยความห่วงใย ที่ไม่อยากจะให้คนในครอบครัวและคนในชุมชนป่วย

เป็นโรคไข้เลือดออก ความหวังของผู้สูงอายุมีต่อลูกหลาน ในการระมัดระวังป้องกันไม่ให้ป็นไข้เลือดออก การดูแลไม่ให้เด็กถูกยุงกัด การทำลายหรือการทำลายยุงหมดไป โดยการใส่ทรายที่มีฟอสในน้ำใช้ เพราะถ้าไม่มีลูกน้ำก็จะไม่มียุงมากัดให้เป็นไข้เลือดออกได้ ซึ่งการใส่ทรายที่มีฟอส เป็นการตัดวงจรของการเกิดยุง ซึ่งคนในชุมชนให้การยอมรับในวิธีการป้องกันที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำชาวบ้านกล่าวว่า “... หมอมาแนะนำเรา เราก็ป้องกันต่อ เราไม่รู้ว่าจะอะไร จะเกิดขึ้น แต่หมอเขารู้เขาก็บอกอนามัยมา อนามัย ก็มาบอกต่อชาวบ้านและก็เป็นหน้าที่ของเราในการ ป้องกันอาสาสมัครสาธารณสุขบอกเราก้ทำตาม เขารู้วิธีป้องกันเพราะเขาไปอบรมมา”

การสื่อสารผ่านหน่วยงาน / สถาบัน / องค์กร

สถาบันที่ช่วยเหลือหลอมความคิดการป้องกัน ไข้เลือดออก โดยทำหน้าที่ร่วมกัน คือ เทศบาล โรงเรียน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 3 สถาบัน ทำงานประสานกันเพื่อรณรงค์ป้องกันโรค ในชุมชน รวมทั้งโรคไข้เลือดออกด้วย โรงเรียนมีการ ประยุกต์สอนและให้เด็กปฏิบัติจริงด้วยการใส่ทรายที่ มีฟอสในแหล่งน้ำขัง ถังน้ำในห้องส้วม เกือบขยจะไม่ให้ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์และสะสมของยุง รวมทั้งสอนให้ นักเรียนกลับไปดูแลป้องกัน กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ที่บ้านของตนเองด้วย ความคิดในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของโรงเรียนมุ่งไปที่การให้เด็กรู้จัก ตระหนักและใส่ใจดูแลตนเอง ครอบครัวและสภาพ แวดล้อมทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน ส่วนความคิดของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเป็นไปในความหมาย การลดการแพร่ระบาด ลดความรุนแรงของโรค จากความคิดดังกล่าว ได้พัฒนาเป็นรูปแบบการ รณรงค์ให้ความรู้ การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ให้ อสม. ใส่ทรายที่มีฟอสในชุมชน ความคิด เหล่านี้ ช่วยกระตุ้นให้ชาวบ้านเกิดความคิดและ การกระทำในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

3. การให้ความหมาย

จากการสัมภาษณ์ครัวเรือนที่มีประสบการณ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก สถานภาพของ ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นมารดา บิดา และยาย อายุตั้งแต่ 40-60 ปี ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาจนถึง ระดับปริญญาตรี การประกอบอาชีพค้าขายและ รับราชการ ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 1 ปี 2 ปี 5 ปี และ 10 ปี สถานภาพของผู้ให้สัมภาษณ์ ครัวเรือนที่ไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออกเป็นมารดาและยาย อายุตั้งแต่ 32-80 ปี การศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษาเท่านั้น การประกอบอาชีพค้าขาย รับจ้าง และแม่บ้าน

การให้ความหมายต่อ “ยุง” และ “การเกิดยุง”

เหตุรำคาญ

จากการสังเกตสภาพแวดล้อมของครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนอยู่ใกล้แหล่งน้ำ ทั้งที่เป็นแหล่งน้ำ ธรรมชาติที่ระบายน้ำและแหล่งน้ำขัง แหล่งน้ำ ธรรมชาติมีหญ้าและผักตบชวาจำนวนมาก ภายใน บ้านมีมุมอับที่บ ื้องต่อการเป็นแหล่งเกาะพักของ ยุงลาย สภาพแวดล้อมของชุมชนที่ล้อมรอบไปด้วยน้ำ หล่อหลอมให้ชาวบ้านมีความคิดว่าแหล่งน้ำนั้นกลายเป็น แหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชน ชาวบ้านมีความคิดว่า ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นมาจาก แหล่งน้ำขังที่ขังอยู่เป็นเวลานาน และแหล่งน้ำธรรมชาติ ที่ไม่สามารถไหลถ่ายเท เมื่อยุงเพิ่มจำนวนมากขึ้น สร้างความรำคาญให้กับชาวบ้านจนชาวบ้านรู้สึกว่ รำคาญจนทนไม่ไหว เบื่อหน่าย อยากจะหนีไปให้พ้น ความรู้สึกที่เกิดขึ้นทำให้ชาวบ้านเกิดความคิดใน การป้องกันยุงกัด ชาวบ้านจึงคิดหาวิธีการต่างๆ ที่จะทำลายยุงหรือป้องกันยุงกัด เพราะถ้าไม่มียุงมากัด ไม่มีพาหะนำโรค โรคไข้เลือดออกก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ครัวเรือนกล่าวถึงความรำคาญยุงว่า “...ไอ้ย... รำคาญ จะตายนอนก็นอนไม่ได้ยุงทั้งนั้น ยุงกัดมันก็เจ็บ รำคาญ เราทุกคนอยู่บ้านก็อยากจะพักผ่อน มันหิวๆ ในหู

รำคาญมันกัด มันคัน เจ็บก็ตีไป ตบไป”

ร้ายแรง

ครัวเรือนรับรู้ว่ายุงลายเป็นสัตว์ที่มีความร้ายกาจมาก และเป็นตัวอันตรายที่นำโรคร้ายแรงมาให้ คือ โรคไข้เลือดออก ชาวบ้านจึงมีความคิดว่า ถ้าพบยุงที่ไหนต้องทำลาย ต้องตีให้ตาย เพราะถ้าป่วยเป็นไข้เลือดออกแล้วอาจเสียชีวิตได้ ยุงในชุมชนมีจำนวนมาก ต้องทำลายให้หมดไม่ว่าจะเป็นยุงชนิดไหน เพราะชาวบ้านไม่สามารถแยกได้ว่ายุงตัวไหนมีเชื้อหรือไม่มีเชื้อ ชาวบ้านจึงบอกว่าถ้าเป็นยุงก็จะกลัวไว้ก่อน ดังคำพูดว่า “...ตีทุกวันถ้าแกงได้ จะจับมาแกงมันร้ายแรงนะ รู้ไม่ทันว่าเป็นไข้เลือดออก มีสิทธิ์ตายได้ ยุงเป็นหมื่นเป็นพันมันรวมกันมา ไม่รู้ว่ายุงอะไรบ้าง ยุงเยอะๆ เราก็กลัว ยุงลายมันร้ายจริงๆ ตัวมันไม่โต ลายๆ เหมือนม้ลาย ยุงร้ายกว่าเพื่อน” ชาวบ้านมองว่ายุงก่อความรำคาญ และเป็นต้นเหตุของเกิดโรคไข้เลือดออก

ไข้ ซึมเศร้า พบแพทย์

ภาวะไข้ในเด็กซึ่งเป็นภาวะเจ็บป่วยที่เป็นปกติธรรมดา ชาวบ้านก็จะให้เด็กกินยาลดไข้ ต่อเมื่ออาการไข้ไม่ดีขึ้น ไข้ไม่ลดลงก็จะพาเด็กไปโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกใกล้บ้าน หรือไปโรงพยาบาลจากภาวะไข้ธรรมดาในเด็ก กลายเป็นไข้ร้ายแรงถึงชีวิต เป็นโรคที่เกิดจากการถูกยุงกัด ต้องพาไปพบแพทย์เท่านั้น จึงจะรู้ว่าเด็กป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และเมื่อมีโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาควบคุมเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค ด้วยวิธีการณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้สุศึกษา ทำให้ชาวบ้านได้รับการถ่ายทอดความรู้ในการสังเกตอาการไข้ที่เป็นภาวะผิดปกติในเด็ก แต่ชาวบ้านก็ยังไม่สามารถวินิจฉัยอาการของเด็กได้ ต้องพึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์เท่านั้น ชาวบ้านเล่าถึงอาการของเด็กที่อาจจะไข้เลือดออก ดังนี้ “...เจ้าหน้าที่เขา

มารณรงค์แจกทรายอะเบท และบอกให้สังเกตอาการเด็กเวลาเด็กมีไข้ให้ดูพฤติกรรมเด็ก ถ้าไข้สูงกินยาแล้วไข้ไม่ลด เด็กซึม ให้สงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกให้พาเด็กไปหาหมอ” ไข้เลือดออกเป็นโรคร้ายแรงที่ชาวบ้านไม่อาจวินิจฉัยโรคเองได้ ผู้ที่จะบอกว่าเด็กเป็นไข้เลือดออก คือ แพทย์ ซึ่งแพทย์จะใช้เชือกรัดแขนหรือเจาะเลือด เพื่อดูว่าเป็นไข้เลือดออกหรือไม่ ชาวบ้านเองได้แค่สังเกตอาการไข้ของเด็กเท่านั้น ถ้าอาการของเด็กไม่ทุเลาลง เด็กซึม ชาวบ้านก็จะเกิดความคิดในการที่จะพาเด็กไปหาแพทย์ ครัวเรือนที่มีเด็กป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เล่าว่า “...ไข้ตัวร้อน 2 วัน กินยาไข้ไม่ลด อาการผิดปกติ จึงพาเด็กไปหาหมอ หมอให้นอนโรงพยาบาลเจาะเลือด เม็ดเลือดขาวลด หมอบอกเป็นไข้เลือดออก”

การถ่ายทอดความคิดด้านระบาดวิทยาการแพทย์สู่ชุมชน

4. ทศนะต่อ “ไข้เลือดออก”

สัญญา และ บุคลากรแพทย์

การถ่ายทอดความคิดในการป้องกันไข้เลือดออกทางด้านระบาดวิทยาการแพทย์ ถูกถ่ายทอดผ่านบุคลากรทางการแพทย์ไปยังครัวเรือนที่ป่วย ซึ่งชาวบ้านให้ความเชื่อถือว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค การรักษาและการป้องกันครัวเรือนที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ส่งต่อความคิดทางด้านระบาดวิทยาการแพทย์ โดยการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในครัวเรือน และครัวเรือนใกล้เคียง ด้วยการบอกต่อกัน จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง และขยายความรู้ที่ได้รับต่อไปยังคนอื่นๆ ในชุมชนต่อไป

นอกจากการถ่ายทอดความคิดทางด้านระบาดวิทยาการแพทย์แล้ว การถ่ายทอดความรู้และความคิดในการป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านสัญลักษณ์คือ ทรายที่มีฟอส เพื่อตัดวงจรของการเกิดยุง ซึ่งคนในชุมชนให้การยอมรับในวิธีการป้องกันที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

มาแนะนำชาวบ้านกล่าวว่า “...หมอมานำเรา เราก็ป้องกันต่อ เราไม่รู้ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น แต่หมอเขารู้ เขาก็บอกอนามัยมา อนามัยก็มาบอกต่อชาวบ้าน และก็เป็นที่ของเราในการป้องกัน อาสาสมัคร สาธารณสุขบอกเราก็ทำตาม เขารู้วิธีป้องกันเพราะ เขาไปอบรมมา”

ทุกข์

สิ่งที่ชาวบ้านต้องเผชิญ ไม่ใช่เฉพาะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกายเท่านั้น แต่รวมไปถึงสภาวะจิตใจด้วย จากประสบการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ของบุคคลในครัวเรือน มีทั้งประสบการณ์ที่รุนแรง จนถึงขั้นนอนโรงพยาบาลให้เลือด ให้น้ำเกลือ ประสบการณ์ที่ไม่รุนแรงโดยการดูแลอาการที่บ้าน และประสบการณ์ที่เคยได้เห็นหรือได้ยิน ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ ของคนในครอบครัว รวมทั้งญาติๆ ที่เป็นห่วงใน อาการของลูก-หลาน ครัวเรือนที่มีประสบการณ์ลูก-หลาน เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเล่าถึง ความทุกข์ ความวิตกกังวล ความกลัวในอันตรายของโรคที่อาจจะ เกิดขึ้น คือ การสูญเสียชีวิต ซึ่งทำให้พ่อ - แม่ และญาติ พี่น้องเป็นห่วง เป็นกังวล ไม่สบายใจ เพราะไม่รู้ว่าคุณ-หลาน จะเป็นอย่างไรบ้าง แต่เมื่อถึงมือหมอ ชาวบ้านก็ มักจะมีความคิดว่า ลูก-หลานก็ต้องปลอดภัย การรับรู้ ต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสะท้อนจาก ความคิดของครัวเรือนที่มีสมาชิกเคยป่วย เป็นการให้ ความหมายต่อโรคไข้เลือดออกเชื่อมโยงกับ ความกลัว การขาดรายได้ การเสียเวลา รวมไปถึงความห่วงใยของ คนรอบข้าง ครัวเรือนที่มีประสบการณ์ความเจ็บป่วย ด้วยโรคไข้เลือดออกเล่าถึงความกลัว ความวิตกกังวล ว่า “...คิดกลัวเหมือนกัน แต่ทำใจ เพราะอยู่กับหมอ แล้วคงไม่เป็นไร คงจะปลอดภัย หมอสมัยนี้เก่งหายก็ เป็นห่วง เตือนร้อนไปหมด เหนื่อยกันไปทั้งบ้านยาย นอนไม่หลับ ไม่รู้ว่าหลานจะเป็นอย่างไร ความรู้สึก ด้านจิตใจเยอะกว่าเรื่องเงิน”

กังวล

ครัวเรือนที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วย โรคไข้เลือดออกกล่าวถึงการป้องกันว่า “...ป้องกันทุกอย่าง ที่จะไม่ให้เกิดลูกน้ำเพราะบ้านเรามีเด็กกลัวลูกจะเป็นอีก พอเป็นแล้วป้องกันมากกว่าเก่า ยังป้องกันตลอดใหม่ๆ กระตือรือร้น พอนานๆ ก็ปล่อยเลย ลืมไปแต่จะคอย เตือนให้ลูกหลานระวังยุงกัด เราดูแลป้องกันแล้ว แต่มันก็ไม่แน่อาจจะมีพลาดได้” จะเห็นได้ว่า ความกระตือรือร้นในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จะเป็นช่วงที่หลังป่วยใหม่ๆ แต่พอระยะเวลาผ่านไป นานเข้าความคิดต่อการป้องกันก็จะเริ่มลดลง แต่ยังคง มีความกลัวต่ออันตรายของโรคไข้เลือดออก จึงยังคง คอย เตือนลูกหลานให้ระวังป้องกันยุงกัด

ความคิดในการป้องกันนอกจากจะเกิดขึ้นในช่วง หลังป่วยแล้ว ยังเกิดในครัวเรือนที่มีเด็ก เนื่องจากเด็ก มีภูมิคุ้มกันน้อยกว่าผู้ใหญ่ เด็กดูแลตัวเองไม่ได้ เด็กจะไม่สนใจว่าถูกยุงกัดหรือไม่ เพราะเด็กที่ป่วย ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดูแลตัวเอง ไม่รู้ว่ายุงเป็น ตัวนำเชื้อโรคไข้เลือดออกและไม่ตระหนักถึงความ รุนแรงของโรคไข้เลือดออก ผู้ใหญ่ต้องเป็นผู้ดูแลเด็ก ถ้าครัวเรือนใดปล่อยให้เด็กป่วยถึงขั้นรุนแรง สะท้อน ให้เห็นว่าผู้ใหญ่ปล่อยปละ ละเลย ไม่ดูแลเด็ก ดังคำพูดต่อไปนี้ “...อยู่ที่การเลี้ยงดูของพ่อ-แม่ ถ้าปล่อยให้ร้ายแรง ก็เนื่องจากผู้ใหญ่ไม่ดูแล”

ฤดูฝน กับ ไข้เลือดออก

นอกจากนี้ ความคิดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จะมีเฉพาะในช่วงหน้าฝนและในช่วงที่ได้ยินข่าวว่า มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก เพราะช่วงหน้าฝน ทำให้มีแหล่งน้ำขังจำนวนมาก เหมาะกับการแพร่ พันธุ์ของยุง และเจ้าหน้าที่ก็จะทำการรณรงค์ให้ชาว บ้านระมัดระวังป้องกันไข้เลือดออกในช่วงหน้าฝน ชาวบ้านจึงเกิดความคิดที่จะเหนี่ยวน้ำขังในภาชนะต่างๆ ทั้ง ภาชนะต่างๆ ไม่ให้ยุงลงไปเพาะพันธุ์ได้ ถ้าไม่ใช่หน้าฝนความคิดในการกระทำต่างๆ

เพื่อป้องกันยุงกัดหรือป้องกันการเกิดของยุงก็จะทำน้อยลงไปเพราะช่วงฤดูแล้งจะไม่มีน้ำขังตามภาชนะต่างๆ ดังคำพูด ต่อไปนี้ “หน้าฝนจะมีความคิดในการป้องกันไม่ให้ยุงเกิดมากน้อยเพราะมีน้ำขัง หน้าแล้งไม่มีน้ำขังก็จะไม่ค่อยดูแล”

5. มุมมองต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ความคิดการป้องกันโรคไข้เลือดออกของครัวเรือนเป็นการให้ความสำคัญกับการป้องกันไปตามกรอบความคิดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มารณรงค์ในชุมชน โดยเริ่มจากครัวเรือนของตนเองก่อน และทุกครัวเรือนก็ต้องร่วมมือกันในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวว่า “...ต้องพร้อมใจทำกันทุกบ้าน เพราะยุงมันบินไปไม่เลือกบ้าน บินมากัดเด็กบ้านนี้ แล้วบินไปกัดเด็กบ้านโน้นต่อไป ทำให้เกิดโรคในชุมชน” นอกจากนี้ยังมีความคิดอีกว่า “...ครัวเรือนของใครก็ต้องป้องกันดูแลกันเอง จะบอกต่อกันก็ต่อเมื่อเป็นบ้านญาติหรือบ้านที่สนิทสนมคุ้นเคยกัน”

จากการศึกษาครัวเรือนที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และครัวเรือนที่ไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก พบว่าความคิดต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของครัวเรือนแต่ละครัวเรือน แต่ถ้ามองภาพของชุมชนต้องร่วมมือกันทุกฝ่าย ทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชน เพราะถ้าป้องกันแค่บ้านเดียว บ้านอื่นๆ ไม่ป้องกันก็ทำให้เกิดลูกน้ำยุงและกลายเป็นยุงบินไปกัดชาวบ้านได้ การป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนนอกจากชาวบ้านจะมีความคิดว่า ต้องร่วมมือกันทุกฝ่ายเป็นกลุ่มใหญ่แล้วยังต้องมีผู้นำ ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ทำกันแค่ 5 คน 10 คน ก็คงไม่ได้ ครัวเรือนที่ให้สัมภาษณ์ กล่าวว่า “...ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่นำแล้วใครจะมาร่วมมือ ต้องทำต่อเนื่องด้วย ไม่ใช่ทำแล้วก็หายไป อยากให้เจ้าหน้าที่ดูแล อย่างที่ถ้าบ้านเราป้องกันแล้วบ้านคนอื่นไม่ป้องกัน ก็ช่วยไม่ได้ ต้องช่วยกันทั้งหมด”

จะเห็นได้ว่าความคิดของชุมชนที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก แสดงออกในลักษณะที่ว่า แม้ว่ายุงลายและไข้เลือดออกจะมีอันตรายต่อชีวิตบุตรหลานของตน แต่ชาวบ้านส่วนใหญ่ก็ไม่ได้ตื่นตัวหรือให้ความสนใจต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากนัก ถ้าเป็นไข้ก็ซื้อยามากินเอง ต่อเมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงพาไปพบแพทย์ อย่างไรก็ตาม ความคิดที่จะตื่นตัวและกระตือรือร้นในการป้องกันและกำจัดโรคไข้เลือดออกจะเพิ่มสูงขึ้น ในกรณีที่ครัวเรือนนั้นมีเด็กสมาชิกในครัวเรือนนั้น เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกหรือมีข่าวการระบาดของโรคไข้เลือดออกและมีเด็กบ้านใกล้เคียงเคยป่วยหรือเสียชีวิต และเริ่มเข้าสู่ช่วงฤดูฝน ซึ่งเป็นช่วงที่สภาพแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกมากที่สุด ซึ่งความคิดเหล่านี้ เป็นความคิดที่เกิดจากการเห็นปัญหาแล้วจึงคิดหาทางแก้ไข โดยการป้องกันไม่ให้ยุงกัดหรือการลดจำนวนยุงให้ได้มากที่สุด รวมทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออก

สรุป

กระบวนการเกิดความคิดของชุมชนเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างเจ้าหน้าที่ แพทย์และชาวบ้านในชุมชนผ่านสัญลักษณ์ คือ ยุง ไขในเด็ก โดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ และความหมายที่ถูกตีความในการป้องกันโรคไข้เลือดออกตามความคิดของชาวบ้านแยกได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. กระบวนการความคิดที่เกิดจากประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นไขในเด็กจะถูกทำการแก้ไขไปตามอาการ ไข้ธรรมดาให้กินยาลดไข้ แต่ถ้าไข้ไม่ลดความคิดก็จะถูกเปลี่ยนไป ไข้ที่เกิดขึ้นไม่ใช่ไข้ธรรมดาต้องไปพบแพทย์เพราะแพทย์เท่านั้น ที่จะเป็นผู้บอกว่ายุงนั้นเป็นไข้เลือดออก ในขั้นแรกอาจคิดว่ายุงเพียงแค่ว่าทำความรำคาญ แต่เมื่อความรู้ทางการแพทย์เจริญมีการหาสาเหตุของโรคที่เกิดจากยุง ทำให้ส่งผลต่อ

ความคิดของคนในสังคมได้เข้าใจถึงอันตรายของยุงที่สามารถแพร่เชื้อโรคได้ เช่น จากไขมาสู่ความคิดเรื่องโรคไข้เลือดออก จากอันตรายเหล่านี้ จึงนำมาสู่ความคิดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากความคิดที่ไม่ต้องการให้ยุงมารบกวนหรือสร้างความรำคาญ ก็กลายมาเป็นการให้ยุงสูญพันธุ์หรือหมดไปจากโลกนี้ เพื่อโรคไข้เลือดออกจะได้ไม่เกิดขึ้นในชุมชน

2. กระบวนการความคิดที่เกิดจากความรู้ทางการแพทย์ผ่านการรณรงค์ โดยเจ้าหน้าที่ โทรทัศน์ วิทยุ ป้ายประกาศ ทำให้ชาวบ้านโดยทั่วไปมีความรู้ “ยุง” เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญหลายอย่าง เช่น ยุงก้นปล่องนำโรคไข้มาลาเรีย ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก ซึ่งความรู้เหล่านี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการรณรงค์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำในท้องถิ่น การศึกษาในโรงเรียน รวมทั้ง ชาวสารที่ชาวบ้านได้รับ

สรุปเป็นประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. สภาพแวดล้อมและวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า สภาพแวดล้อมของชุมชนบ้านร่มรื่นมีแนวโน้มที่เอื้ออำนวยต่อการเพาะพันธุ์ของยุงลาย และการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกกล่าวคือ สภาพที่ตั้งของชุมชนอยู่ในที่ลุ่มติดกับแหล่งน้ำธรรมชาติ การระบายน้ำทิ้งจากครัวเรือนไม่ถูกสุขลักษณะ รวมไปถึงแหล่งน้ำที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ ซึ่งยังมีอยู่อีกจำนวนมาก ทำให้เกิดความคิดว่า “ยาก” ที่จะทำให้ยุงหมดไปจากชุมชนและนอกจากนี้ สภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ของชุมชนกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากวิถีชีวิตของหมู่บ้านชนบทกำลังเปลี่ยนแปลงไปเป็นลักษณะวิถีชีวิตแบบสังคมเมือง โดยเฉพาะระบบสาธารณูปโภคในชุมชน ได้แก่ ไฟฟ้า น้ำประปา ถนนหนทาง อาชีพหรือแม้กระทั่งลักษณะการก่อสร้างบ้านเรือนสมัยใหม่แบบสองชั้น ชั้นบนเป็นไม้และชั้นล่างก่ออิฐบล็อกจนมีตึบบแต่ไม่ติดมุ้งลวด ทำให้เป็นแหล่งเกาะพักของยุงลาย ซึ่งเงื่อนไขเหล่านี้ ล้วนแล้วแต่เป็นเงื่อนไขสำคัญ

ของการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ที่มียุงลายเป็นพาหะนำโรคทั้งสิ้น นอกจากนี้ วิถีชีวิตที่ต้องตื่นนอนเพื่อสนองปัจจัยต่างๆ ทำให้เรื่องปากท้องกลายเป็นปัจจัยที่สำคัญในความคิดมากกว่า ความคิดในการป้องกันไข้เลือดออก จึงได้รับความสนใจน้อยลง

2. การให้ความหมายยุงลายและโรคไข้เลือดออกของชุมชน จากผลการศึกษา กล่าวได้ว่า ความรู้ความเข้าใจของชาวบ้านที่มีต่อยุงลายและโรคไข้เลือดออกจัดว่าชัดเจนพอสมควร กล่าวคือ ชาวบ้านส่วนใหญ่รู้ว่าโรคไข้เลือดออกเกิดจากยุงลายกัด ยุงลายเป็นยุงที่ออกหากินตอนกลางวัน อาศัยอยู่ตามมุมมืด และแพร่พันธุ์ในแหล่งน้ำขังภายในบ้านเรือน ชาวบ้านให้ความหมายยุงว่า ยุงเป็นตัวร้ายที่นำโรคไข้เลือดออก ยุงทำความรำคาญในการพักผ่อนและการใช้ชีวิตประจำวัน ยุงนำมาซึ่งโรคไข้เลือดออก ชาวบ้านใช้วิธีป้องกันยุงกัดที่นิยม คือ เปิดพัดลมไถ่ยุง ไม้ตียุงไฟฟ้า จุดยากันยุง ฉีดยากันยุง นอนในมุ้ง และการกำจัดลูกน้ำด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใส่ทรายที่มีฟอสการใส่ลูกปลา การคว่ำภาชนะน้ำขังต่างๆ และการล้างภาชนะบรรจุน้ำเป็นต้นอย่างไรก็ตาม ยังมีชาวบ้านอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยุงลายและโรคไข้เลือดออกมากนัก เช่น ชาวบ้านบางคนเข้าใจว่า ยุงที่นำโรคไข้เลือดออกเพาะพันธุ์ในแหล่งระบายน้ำทิ้ง หรือแหล่งน้ำธรรมชาติ กล่าวโดยรวมแล้ว ชาวบ้านมีความคิดความเข้าใจและการกระทำต่อยุงลายและโรคไข้เลือดออกที่ชัดเจนพอสมควร ซึ่งองค์ความรู้เหล่านี้ย่อมมีความแตกต่างกันไปบ้างเนื่องจากพื้นฐานการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ และประสบการณ์การเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

3. ประสบการณ์ของครัวเรือน ระยะเวลาของประสบการณ์การเจ็บป่วย มีตั้งแต่ 1 ปี จนถึง 10 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กและเด็กวัยเรียน ผู้ใหญ่มีบ้างส่วนน้อย ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมีตั้งแต่ดูแลอาการเองที่บ้าน

จนถึงนอนโรงพยาบาล ให้เลือด ให้น้ำเกลือ ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อครัวเรือนทั้งด้านการงาน การเงิน และด้านจิตใจ พ่อ-แม่ ต้องหยุดงานไปเฝ้าบุตรหลาน ต้องเสียเงินค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ญาติพี่น้อง พ่อ-แม่ ทุกข์ใจกับการเจ็บป่วย กลัวบุคคลในบ้านที่ป่วยด้วยไข้เลือดออกจะเสียชีวิต กล่าวโดยสรุป ชาวบ้านรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น รับรู้อันตรายของโรค รู้ว่าโรคไข้เลือดออกเกิดทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ทำให้ชาวบ้านเกิดความกลัวและมีความคิดที่จะไม่ให้บุคคลในบ้านป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกอีก เพราะถ้าป่วยครั้งต่อไปอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

4. การสื่อสารในชุมชนมีทั้งที่เป็นรูปแบบการสื่อสารภายในชุมชน คือ เจ้าหน้าที่กับชาวบ้าน ครู กับนักเรียน วัดกับชาวบ้าน ชาวบ้านกับชาวบ้าน และอีกรูปแบบคือ การสื่อสารภายนอกชุมชนที่เป็น การสื่อสารระหว่างชาวบ้านกับแพทย์ การได้รับทราบข่าวสารจากวิทยุและโทรทัศน์โดยที่การสื่อสารทั้งสองรูปแบบ มีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวันของชุมชน การปฏิสัมพันธ์กันของชุมชนโดยการสื่อสารผ่านสัญลักษณ์ของการเกิดขึ้นของโรคไข้เลือดออก คือ ยุง ทำให้ชาวบ้านมุ่งประเด็นความคิดไปที่การทำลายยุงที่เป็นสาเหตุของไข้เลือดออกมากกว่าที่จะทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

5. ความหมายการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นความคิดแบบเห็นปัญหาแล้วจึงคิดหาทางแก้ไข โดยมีรูปแบบการให้ความหมายเป็น 2 รูปแบบ 1) คิดแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ไม่เชื่อมโยงความรุนแรงของยุง เป็นแค่ความรำคาญยุงเท่านั้น เมื่อความเจริญทางการแพทย์มากขึ้น ชุมชนรับรู้เรื่องไข้เลือดออกมากขึ้น ทำให้ชุมชนตระหนักและนำไปสู่ความคิดในรูปแบบที่ 2) คือ คิดทำลายหรือกำจัดให้หมดไป

อภิปรายผล

ความคิดต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นความคิดที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของชุมชน วิธีการดำเนินชีวิต และประสิทธิภาพการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เมื่อเกิดปัญหาโรคไข้เลือดออกขึ้น กระบวนการแห่งความพยายามที่จะแก้ปัญหาทำให้เกิดความคิดหรือวิจรรณญาณ รู้ถึงสภาพที่เป็นปัญหา พร้อมทั้ง วิธีการแก้ไข ทำให้ชุมชนเกิดความคิดต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดจากการที่มนุษย์มีความสัมพันธ์กันและมีการกระทำร่วมกัน สามารถนำมาอภิปรายได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิดของชุมชนกับความคิดของครัวเรือนต่อความหมายการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากแนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ เชื่อว่ามนุษย์และสังคมไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การถ่ายทอดความคิดระหว่างชุมชนกับครัวเรือนผ่านสัญลักษณ์ที่ให้ความหมาย ความเชื่ออย่างสอดคล้องกัน คือ “ยุง” โดยชุมชนให้ความหมายเชื่อมโยงกับความน่ารำคาญและการเป็นโรค ชุมชนเชื่อว่ายุงนำโรคไข้เลือดออกมาสู่เด็ก ชุมชนก็จะสร้างความหมายให้ยุงเชื่อมโยงกับความน่ากลัว อันตราย ซึ่งเป็นสิ่งที่นำไปสู่ความคิดในการกำจัดยุงให้หมดไป

2. ความคิดในการป้องกันไข้เลือดออก ชาวบ้านมีความคิดไปตามสิ่งที่ได้รับรู้ คือ คิดตามกรอบความคิดทางการแพทย์ที่กำหนดไว้คือ โรคไข้เลือดออกเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่าง ยุง เด็ก และสภาพแวดล้อม ฉะนั้น สิ่งที่ชาวบ้านคิดว่าเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก จะต้องประกอบไปด้วย ยุง เด็ก และสภาพแวดล้อมที่เป็นแหล่งน้ำขัง ตัวเหตุปัจจัยหลักคือ ยุงเท่านั้น เห็นได้จากการกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงกัด เริ่มตั้งแต่วิธีต่างๆ ในการไล่อยุง หรือการใช้เทคโนโลยีที่เป็นสารเคมี ซึ่งอาจมีฤทธิ์ตกค้างเป็นอันตรายไปจนถึงเทคนิคที่ทันสมัยมากขึ้น (ไม่ตียุงไฟฟ้า กล่องไฟตักยุง) ซึ่งชาวบ้านให้ความหมาย

การเป็นไข้ของเด็กกว่าเป็น ไข้ชางซึก เป็นหัด ซึ่งเป็นเรื่องภาวะปกติธรรมดา และทำการรักษาโดยการรักษาพื้นบ้าน เช่น พ่นยา หรือให้กินยาเขียวหอมที่ทำจากสมุนไพรมานานแล้วในเด็กไม่ได้เป็นภาวะไข้ธรรมดา เช่นเดิมแล้ว วิทยาศาสตร์การแพทย์บอกว่า ไข้ในเด็กเป็นโรคที่อันตรายถึงชีวิต เป็นไข้ที่เกิดจากการถูกยุงลายกัด ต้องทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ต้องไม่ให้ยุงกัด ชาวบ้านจึงรับรู้ภาวะไข้ในเด็กตามความคิดทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ คือ ถ้าเด็กเป็นไข้ ตัวร้อน ชีพ และไข้ไม่ทุเลาหรือไข้ไม่ลดลงภายใน 2-3 วัน ชาวบ้านจะเริ่มมีความคิดว่า เด็กอาจจะป่วยเป็นไข้เลือดออกตามความคิดทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ แต่ชุมชนก็ไม่ได้วิเคราะห์สาเหตุปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่เชื่อมโยงให้เกิดโรคไข้เลือดออก ชุมชนจึงคิดแก้ปัญหาด้วยการป้องกันไม่ให้ยุงกัดมากกว่าทำลายแหล่งเพาะพันธุ์

3. ความคิดแบบการตระหนักร่วม (Collective thinking) จากการปฏิสัมพันธ์กันในชุมชนในระดับที่สามารถบอกได้ว่าใครเป็นใครในชุมชนของตนเอง การพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้ช่วยก่อให้เกิดความยึดโยงรับผิดชอบ (accountability) ต่อกันในชุมชน ก่อให้เกิดความตระหนักในความรับผิดชอบต่อร่วมกัน เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์⁽¹²⁾ ซึ่งผลของการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบว่า ชุมชนและครัวเรือนเสนอความคิดในลักษณะของความคิดแบบตระหนักร่วมในชุมชน เพื่อการป้องกันไข้เลือดออกในรูปแบบของการเตรียมพร้อม การร่วมมือกัน ความพร้อมเพียง ระดมสมองหรือความคิดร่วมกัน เพื่อมุ่งเป้าหมายไม่ให้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนอีกต่อไป ความคิดในการตระหนักร่วมนี้ ชุมชนยังให้ความหมายต่อไปอีกว่า ความร่วมมือที่จะเกิดขึ้นต้องอยู่ภายใต้การมีผู้นำที่เป็นเจ้าหน้าที่ เนื่องจากภาครัฐเป็นผู้ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ปัญหา วางแนวทางและสั่งการมาจากหน่วยงานระดับสูง ชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นมีบทบาทในฐานะเป็นผู้รับบริการที่เจ้าหน้าที่จากหน่วยงาน

สาธารณสุขนำเสนอให้ถึงชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการพ่นสารเคมีกำจัดยุงตัวแก่ แจกทรายที่มีฟอสฟอรัสให้ใส่น้ำใช้ เพื่อป้องกันการเกิดลูกน้ำยุง การกระทำเช่นนี้หล่อหลอมให้ชาวบ้านเกิดความคิดที่ต้องพึ่งพาภาครัฐ หรือผู้ที่มีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมากกว่าชุมชน ชาวบ้าน จึงเกิดความเคยชินกับการพึ่งพาไม่ว่าจะเป็นเรื่องทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจหรือแม้แต่ในเรื่องสุขภาพ ความคิดแบบพึ่งพานั้น หยั่งรากลึกลงในวัฒนธรรมชาวบ้าน สุรียา สมุทรคุปต์⁽¹³⁾ ทำให้คนในชุมชนมีความคิดพึ่งพาและต้องได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ รัฐต้องเป็นผู้นำในการแก้ไขปัญหาคนในชุมชน จึงไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก และไม่รู้จักคิดหาวิธีแก้ไขด้วยชุมชนเอง

จากการศึกษาผู้วิจัยได้ข้อสังเกตเกี่ยวกับความคิดของชาวบ้านที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก 3 ประการ เป็นความคิดที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และสภาพความเป็นจริงด้านอื่นๆ ในชุมชนดังนี้

1. วัฒนธรรมของสังคมไทยในเรื่องการป้องกันคนไทยไม่ได้คิดป้องกันล่วงหน้าเมื่อมีโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้น จึงคิดที่จะป้องกัน และทำการป้องกันในช่วงฤดูฝนที่ยังสามารถแพร่พันธุ์ได้อย่างดี หรือเมื่อมีการเจ็บป่วยของเพื่อนบ้านหรือเมื่อรัฐรณรงค์ แต่พอสถานการณ์การระบาดของโรคและช่วงฤดูฝนผ่านไป ความคิดในการป้องกันก็จะลดน้อยลงสำหรับชาวบ้าน ชุมชนนี้ อาจกล่าวได้ว่า “ยุงลายและโรคไข้เลือดออกมีความสำคัญต่อวิถีชีวิตของชาวบ้านน้อยมาก” แม้ว่าชาวบ้านจำนวนมากจะเข้าใจตรงกันว่า ยุงลายเป็นพาหะนำเชื้อโรค แต่ไม่ได้เกิดความคิดที่ตื่นตัวในการกำจัดหรือป้องกันอย่างจริงจัง ในทางตรงกันข้าม ความคิดของชาวบ้านในการป้องกันยุงในชีวิตประจำวัน สะท้อนให้เห็นถึงความคิดในการป้องกันเฉพาะตัวแก่ของยุงเท่านั้น เช่น การเปิดพัดลมไต่ยุง การใช้ไม้ตียุง การใช้โคลมตักยุง การจุดยากันยุง วิธีการเหล่านั้นป้องกันยุงได้เป็นครั้งคราวเท่านั้น ซึ่งไม่สามารถควบคุมจำนวนยุงได้เลย ความคิดที่สำคัญของชาวบ้าน

ก็คือ ทำอย่างไรจึงจะไม่ให้ยุ่งกัจนถึงขั้นที่ทนไม่ได้ เพราะชาวบ้านมีความคิดว่า เป็นการยากที่จะกำจัด ยุงให้หมดไปได้

วัฒนธรรมของสังคมไทยในเรื่องของการนับถือ ศาสนา ซึ่งเป็นแนวคิดแบบพุทธ คือ เชื่อเรื่องของกรรม “ถ้ามันถึงคราวจริงๆ ก็หนีไม่พ้นอะไรจะเกิดมัน ก็ต้องเกิด ถึงจะระวัง ป้องกันแล้ว ก็อาจป่วยเป็น ไข้เลือดออกได้” ไข้เลือดออกเป็นความทุกข์ที่เกิดขึ้น สัมพันธ์กับสุขภาพกายสุขภาพใจและเชื่อมโยงกับสภาพ แวดล้อมทางสังคมและธรรมชาติ โรคไข้เลือดออก เกิดจากเหตุปัจจัยหลายอย่าง กรรมเป็นเหตุปัจจัย หนึ่งเท่านั้น พระพุทธเจ้าได้ตรัสไว้ว่า หากใครเห็นว่า โรคทุกอย่างเกิดจากกรรมทั้งสิ้น อย่างนั้นถือเป็นความ เข้าใจผิด⁽¹¹⁾ เพราะกรรมคือสิ่งที่ทำให้เราเป็นอย่าง ปัจจุบัน ไม่ใช่เห็นผลในชาติหน้า แนวคิดแบบพุทธ เป็นแนวคิดที่รอบคอบคิดด้วยเหตุและผล คติวิเคราะห์ เชื่อมโยง ไม่ได้ถือว่าทุกอย่างเป็นเพราะกรรม สิ่งทั้งหลาย เป็นไปตามกฎธรรมชาติ เรียกว่าเป็นไปตามเหตุปัจจัย⁽¹¹⁾ ถ้าคำสอนได้ถูกนำมาหล่อหลอมไปสู่การปฏิบัติ ที่แท้จริงและถูกต้อง จะช่วยส่งผลให้ไม่มียุงและ ลดการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลงได้

2. ครั้วเรือนที่มีเด็กมักจะตระหนก และเกิด ความคิดในการป้องกันไข้เลือดออกมากกว่าครั้วเรือน ที่ไม่มีเด็ก เนื่องจากเด็กดูแลตัวเองไม่ได้ เด็กมีภูมิ ต้านทานน้อยกว่าผู้ใหญ่ เด็กไม่สนใจว่าถูกยุงกัด เด็กไม่รู้อันตรายของยุงและเด็กนอนตอนกลางวัน ซึ่งเป็นเวลาที่ยุงลายออกหากินจากความคิดดังกล่าว แม่บ้านจึงกระตือรือร้นในการเปลี่ยนน้ำในโถงน้ำใช้ ถังน้ำซีเมนต์ในห้องน้ำ ใส่ทรายที่มีฟอสในน้ำใช้ คอยกำชับให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกันป้องกันและ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งความคิดนั้น จะมีอยู่ใน ช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น หลังจากนั้น ถ้าไม่ใช่ฤดูฝน และไม่มีบุคคลในบ้านป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ความคิดในการป้องกันโรคไข้เลือดออกก็จะถูกนำไป ปฏิบัติในชีวิตประจำวันน้อยลง

3. ความคิดในการป้องกันไข้เลือดออก ชาวบ้าน ให้ความหมายว่า บ้านของใคร คนนั้น ก็ต้องเป็นผู้ดูแล ป้องกันเอง สอดคล้องกับ อานันท์ กาญจนพันธุ์⁽⁶⁾ ที่ว่า ความคิดของคนไทยที่มีลักษณะปัจเจกชนนิยมสูง จากผลการศึกษาที่ชาวบ้านรับรู้ว่ายุงเป็นสาเหตุหลัก และยุงมีอยู่ทั่วไปในชุมชน มันสามารถบินจาก บ้านหลังหนึ่งไปยังบ้านอีกหลังหนึ่งได้ บ้านของใคร ก็ต้องดูแลกันเองทำให้เกิดความคิดว่าบ้านเขา บ้านเรา บ้านของเรา เราก็ทำ ไม่สามารถบอกได้ว่าครัวเรือนอื่น เขาป้องกันหรือไม่ เพราะยุงมันมีอยู่ทั่วไป ถ้าแต่ละ ครัวเรือนไม่มีการป้องกัน ก็ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วย โรคไข้เลือดออกได้

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาวิถีชีวิตของชุมชนในสังคมยุคดิจิทัล ว่ามีผลต่อความคิดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างไร
2. ศึกษาชุมชนใน Culture อื่นที่แตกต่างกันว่า มีความคิดในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน อย่างไร
3. ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิด Collective thinking ในชุมชนเพื่อผลักดันให้เกิดการป้องกันโรคไข้เลือดออก
4. ศึกษาบทบาทของครั้วเรือนในการเข้ามา รับผิดชอบและเป็นพลังสำคัญในการควบคุมป้องกัน โรคไข้เลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จด้วยดีด้วยความร่วมมือจาก บุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 5 จังหวัดราชบุรี ที่ให้คำแนะนำด้านวิชาการ ข้อคิดเห็น ทำให้การศึกษาครั้งนี้ สมบูรณ์และขอขอบคุณ ผู้เกี่ยวข้องที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการ ให้ข้อมูล จึงทำให้การวิจัยครั้งนี้ บรรลุวัตถุประสงค์ ที่กำหนดไว้

เอกสารอ้างอิง

1. วรธรรณา สุวรรณเกิด และสมศักดิ์ ประจักษ์วงศ์. การเฝ้าระวังทางกีฏวิทยาไข้เลือดออก 13 จังหวัดภาคเหนือของประเทศไทย. เชียงใหม่ : เดอะฟิวเจอร์พรินท์; 2539.
2. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ไข้เลือดออก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2536.
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิทยากรจังหวัดเรื่อง โรคไข้เลือดออก. กรุงเทพมหานคร: เอ พี กราฟิค ดีไซน์และการพิมพ์; 2543.
4. สุพร ชุมหวดียนนท์. พฤติกรรมของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนชนบทแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญา สังคมศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
5. พวงเพ็ชร สุรัตน์กุล. มนุษย์กับสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2545.
6. อานันท์ กาจจันพันธ์. วิธีคิดเชิงซ้อนในการวิจัยชุมชน : พลวัตและศักยภาพของชุมชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2544.
7. อภิญญา เพ็องฟูสกุล. เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการระดับชาติ สาขาสังคมวิทยา ครั้งที่ 1 วันที่ 15-16 ธันวาคม 2543 เรื่อง สถานภาพผลงานวิจัยเกี่ยวกับผลผลิตการปรับตัวของสังคมไทย แนวความคิดหลักทางสังคมวิทยา เรื่องอัตลักษณ์. กรุงเทพฯ : โรงแรมมิลาเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ;2543.
8. Whiteford, L . M . (The Ethno ecology of Dengue Fever). Med. Anthro. Quarterly. 11(2), 202-223;1997.
9. Rosenbaum, J . Community participation in dengue prevention and control : a survey of knowledge, attitude, and practice in Trinidad and Tobago and TOBAGO. Am J Trop Med Hyg. 53 (2), 111-117;1975.
10. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว, วรัญญา เพ็ชรคง. วิธีชุมชนคู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่ายได้ผล และสนุก. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.
11. เทพเวที, พระประยูทธ์ ปยุตโต. วิธีคิดตามหลักพุทธธรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ปัญญา; 2537.
12. เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. วิธีคิดเชิงซ้อนในการวิจัยชุมชน: พลวัตและศักยภาพของชุมชนในการพัฒนา. พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2544.
13. สุรียา สมุทรคุปต์, พัฒนา กิติอาษา, ศิลปกิจ ตี๋ขันติกุล, จันทนา สุรพินิจ. รายงานการวิจัยเรื่องวิธีคิดของคนไทย:พิธีกรรม “ช่วงผีพ่อนของลาวข้าวเจ้า” จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: สำนักวิชาการเทคโนโลยีสังคม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2540.

