

# วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต ๒

[Journal of Medical and Public Health Region 2]

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒-๓ ประจำเดือนพฤษภาคม - ธันวาคม ๒๕๕๖

Vol.3 No. 2-3 May - December 2013



ISSN: 2229 - 0117



# วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 เป็นวารสารวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนางานวิชาการระดับเขต
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และงานสร้างสรรค์ของบุคลากรในหน่วยงาน  
สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทางวิชาการ การติดต่อ และประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

## คณะกรรมการที่ปรึกษา

นายแพทย์จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์วิทยา ศุภรพันธ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
นายแพทย์ศิริชัย ลิ้มสกุล	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
นายแพทย์นรินทร์รัชต์ พิชญคามินทร์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
นายแพทย์แสวง หอมมาน	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก
นายแพทย์ทรงวุฒิ หุตามัย	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

## บรรณาธิการอำนวยการ

ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบ  
ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี  
หัวหน้ากลุ่มของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

## บรรณาธิการ

แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์

## กองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์	นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร	ดร.อุษณีย์ พึ่งปาน
นายแพทย์พราน ไพรสวรรค์	แพทย์หญิงณัฐพร ประกอบ	ดร.กฤษณา ศิริวิบูลยภิติ
แพทย์หญิงรจนา วัฒนรังสรรค์	นายประสาธ ลิมดุล	ดร.พรเจริญ บัวพุ่ม
นางสาววิไล วิชาการ	นางสุภาภรณ์ วัฒนาร	นางฐาณิญา แสนศรี

## ฝ่ายจัดการและฝ่ายศิลป์

นางสาววิภาศิริ อังประทีป นายยุทธนา กลิ่นจันทร์ นายณัฐพล ผลาผล

**กำหนดออก** ราย 4 เดือน (มกราคม - เมษายน, พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม)

## สำนักงาน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี  
ถนนพหลโยธิน ตำบลพระพุทธบาท อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120  
โทรศัพท์ 036 - 239302, 036 - 239306, 036 - 266006 โทรสาร 036 - 239301

## คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 ยินดีรับบทความวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมหรืองานสร้างสรรค์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์

## หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผลงานวิจัยและ/หรือบทความวิชาการ กลุ่มที่ 2 นวัตกรรมและ/หรือผลงานสร้างสรรค์ โดยจำแนกเป็นลักษณะต่างๆ ดังนี้

1.1 **นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)** การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

1.2 **รายงานปริทัศน์ (Review article)** เป็นบทความเพื่อฟื้นฟูวิชาการซึ่งรวบรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้ว โดยนำเรื่องมาวิเคราะห์ วิจารณ์ และเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความกระจ่างแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องนั้น

1.3 **รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นรายงานเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายที่น่าสนใจทั้งด้านประวัติ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลินิกร่วมกัน

1.4 **ย่อวารสาร (Abstract review)** เป็นการย่อบทความทางวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และวิทยาการที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสารนานาชาติเป็นภาษาไทย

1.5 **นวัตกรรม/ผลงานสร้างสรรค์** เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการ มีการทดลองนำไปใช้ในพื้นที่ มีการติดตามประเมินผล และเขียนรายงานในรูปแบบของบทความวิชาการ

## 2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

### 2.1 ชื่อเรื่อง

ควรสั้น กระชับ ให้อ่านได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

### 2.2 ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิธานต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

### 2.3 เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ และชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยอักษร ใช้ตัวพิมพ์ Cordia New ขนาด 14

### 2.4 บทคัดย่อ

คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

## 2.5 บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

## 2.6 วัสดุและวิธีการศึกษา

แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

## 2.7 ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

## 2.8 วิจารณ์

ควรเขียนอธิบายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

## 2.9 เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997
2. การอ้างอิงเอกสารใดๆ ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

## 3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

### 3.1 การอ้างอิงบทความจากวารสาร

#### ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร : หน้าแรก - หน้าสุดท้าย. ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

#### ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987; 257: 640 - 4.

#### ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

#### ตัวอย่าง

2. ธีระ รามสูต, นิวัติ มนตรีวิสุตติ, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรกโดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากกวางต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101 - 2.

### 3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

#### ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

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

## ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

## ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน; ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

## ตัวอย่าง

1. ศรชัย หลูอารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน; ศรชัย หลูอารีย์สุวรรณ, ดนัย บุญนา, ตระหนักจิต หาริณสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรรศน์; 2533. น. 115 - 20.

## 4. การส่งต้นฉบับ

การส่งเรื่องลงตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับโดยใช้เอกสารขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว จำนวนไม่เกิน 8 หน้า 1 ชุด หรือแผ่น CD. พร้อมระบุชื่อ Fiie ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 หรือที่ E-mail address : drt.dpc2@gmail.com

## 5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณา ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณา ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 2 เล่ม

## ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 ถือเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัยนวัตกรรมและงานสร้างสรรค์วิเคราะห์ ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน



## วารสารสาธารณสุขและสาธารณสุขเขต 2

Journal of Medical and Public Health Region 2

ISSN : 2229-0117

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 - 3 พฤษภาคม – ธันวาคม 2556

Volum 3 No. 2 - 3 May – December 2013

### สารบัญ

หน้า

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานระบาดของวิทยาของบุคลากรสาธารณสุข  
ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี  
(Factors Related to Epidemiological Working Behaviors of Public Health Personnel  
in Diseases Prevention and Control Zone 4<sup>th</sup> Ratchaburi Province)  
ชิวิน สมสว่าง 1
- การวินิจฉัยและดูแลรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกแบบของครีวม กรณีสึกษา ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก  
โดยไม่ทราบบริเวณที่ตั้งครรภ์อย่างชัดเจน  
(Pregnancy of Unknown Location (PUL) Suspected a Nonvisualized Ectopic Pregnancy :  
Case Study)  
รัฐพล เกียรติยศสุนทรณ์ 14
- ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง  
(The Health Impact from Alcohol Consumption Behavior in Sawangha District,  
Angthong Province)  
ปิยะ สาทรัมย์ 22
- ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2  
และถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลตามสิทธิการรักษา  
(Epidemiological Characteristics of Pulmonary Tuberculosis Patients Who Were Referred from  
the Office of Diseases Prevention Control 2 to the Network Health Care Centers)  
พราน ไพรสวรรณ์ 33
- การพัฒนาสิ่งแวดล้อมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี  
The Development of Public Toilets of Health Promoting Temples under the Responsibility  
of the 2<sup>nd</sup> Regional Health Promoting Center, Saraburi  
วิชาญ ดำรงค์กิจ 42

6. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่เสี่ยงต่อโรคอ้วนแบบบูรณาการ 49  
Model Development of Intergrated Health Behavior Modification Program by Participatory Method in High School Students at Risk of Obesity  
*คณิงนิจ สมบูรณ์ผล, ลภัสสรดา สระดอกบัว*
7. พฤติกรรมการบริโภคของเด็กนักเรียนประถมศึกษาในโครงการรณรงค์ลดบริโภคหวาน จังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2555 61  
The 'Sweet Enough' Oral Health Promotion Program and the Sweet Consumption of Schoolchildren in Ratchaburi Province  
*สีหชัย ขอเสงี่ยม, ขนิษฐา ห้องสวัสดิ์*
8. ศึกษาความชุกของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคติดต่อในวัด พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี 69  
Prevalence of the Factors Related to Communicable Diseases in Buddhist Temples in the Responsible Area of the Office of Diseases Prevention Control 2  
*กษมะ กระจ่างทอง, เดชา สุคนธ์, นพศรัญ จึ่งทองดี และคณะ*

## บรรณาธิการแถลง

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 เป็นวารสารที่จัดทำขึ้นเป็นปีที่ 3 เพื่อเป็นสื่อกลางถ่ายทอดองค์ความรู้ ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งตอบสนองพันธกิจของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคสำหรับเครือข่ายทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่

วารสารฉบับนี้มีงานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี และโรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี ซึ่งรายงานการวิจัยจากแต่ละแห่งล้วนเป็นเรื่องที่น่าสนใจทั้งสิ้น

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งแก่ผู้ที่มีส่วนทำให้วารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี หากมีข้อเสนอแนะประการใด ผู้จัดทำขอรับไว้ด้วยความขอบพระคุณยิ่ง

บรรณาธิการ



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานระดับงานระบาดวิทยา  
ของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี  
Factors Related to Epidemiological Working Behaviors of Public Health Personnel  
in Diseases Prevention and Control Zone 4<sup>th</sup> Ratchaburi Province

ชีวิน สมสว่าง

Chevin Somsawang

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

Office of Diseases Prevention and Control 4<sup>th</sup> Ratchaburi

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี โดยเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระบาดวิทยาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 8 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 62 คน ผู้ที่ปฏิบัติงานระบาดวิทยาของหน่วยคุ้มครองสุขภาพของบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 67 คน ผู้ที่ปฏิบัติงานระบาดวิทยาของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 917 คน รวมทั้งสิ้น 1,054 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัยซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในแบบทดสอบความรู้ แบบวัดปัจจัยภายใน และปัจจัยจิตลักษณะภายใต้สถานการณ์การปฏิบัติงาน ได้ค่าความเชื่อมั่น .97, .81 และ .85 ตามลำดับ ใช้สถิติเชิงอนุมาน การทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi-Square) ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.52 อายุระหว่าง 24 – 37 ปี ร้อยละ 50.95 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.98 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 87.00 สถานที่ปฏิบัติงาน พบว่าส่วนใหญ่ทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 87.00 อายุราชการในการทำงาน 11 – 20 ปี ร้อยละ 46.02 มีระยะเวลาในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา 6 – 10 ปี ร้อยละ 38.42 เคยได้รับการอบรมทางระบาดวิทยา ร้อยละ 93.55 มีจำนวนบุคลากรปฏิบัติงานระบาดวิทยาในหน่วยงานจำนวน 1 คน ร้อยละ 93.83 ปัจจัยภายใน มีระดับความรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยา ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.19 มีระดับการรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระบาดวิทยาในระดับต่ำ ร้อยละ 40.70

ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานได้แก่ ปัจจัยด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการ ส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.58 และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีระดับแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.52

ปัจจัยจิตลักษณะภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน ระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.47 ส่วนปัจจัยด้านระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับอันตราย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 35.39

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาในด้านการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ส่วนใหญ่ มีระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาในด้านการเฝ้าระวังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.22 ส่วนระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาในด้านการสอบสวนโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.42

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการ แบ่งเป็น ด้านกำลังคน ด้านการเงิน ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กัน ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระดับวิทยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาของบุคลากรสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้เกี่ยวกับระดับวิทยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการสอบสวนทางระดับวิทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนและการเฝ้าระวังทางระดับวิทยา ไม่มีความสัมพันธ์กัน ปัจจัยด้านจิตลักษณะภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับวิทยา และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานระดับวิทยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยา

ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานระดับวิทยาในหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดำเนินงานทางระดับวิทยา ไม่มีความสัมพันธ์ ปัจจัยภายนอกปัจจัยภายในปัจจัยด้านจิตลักษณะภายใต้สถานการณ์ปัจจุบันปัจจัยด้านคุณลักษณะทางชีวสังคม สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาของบุคลากรสาธารณสุข ได้ดีกว่าการทำนายโดยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียว

ดังนั้น จึงควรมีการวิจัยเชิงทดลอง ในสภาพการณ์จริง เพื่อหาวิธีการในการเสริมสร้าง การรับรู้และการป้องกันความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระดับวิทยา เพื่อที่จะเป็นการพัฒนา กระบวนการในการป้องกันการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยา

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงาน, ระดับวิทยา, บุคลากรสาธารณสุข, ปัจจัย

## บทนำ

การดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคและภัยนั้น จำเป็นต้องอาศัยกิจกรรมการดำเนินงานทางระบาดวิทยาามาประยุกต์ใช้ ที่มีทั้งกิจกรรมในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การสอบสวนทางระบาดวิทยา และการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยา ซึ่งในการดำเนินงานนั้น บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานทางด้านระบาดวิทยา ถือว่าเป็นกลไกที่สำคัญที่สุดในอันที่จะทำให้การดำเนินงานเพื่อป้องกัน ควบคุมโรคนั้นประสบความสำเร็จ<sup>(1)</sup>

การประเมินมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2548 ในภาพรวมของผลการประเมินมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ พบว่า ในตัวชี้วัดความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง มีจำนวนหน่วยงานที่ส่งบัตรรายงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 44.58 ซึ่งมาตรฐานจะต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ขึ้นไป ตัวชี้วัดความครบถ้วนของผู้ป่วยที่รายงานด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง มีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 54.18 มาตรฐานจะต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ขึ้นไป การสอบสวนโรคที่มีคุณภาพ มีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 37.01 มาตรฐานจะต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 ขึ้นไป การสังเคราะห์องค์ความรู้จากรายงานการสอบสวนโรค มีผ่านเกณฑ์ร้อยละ 42.86 มาตรฐานจะต้องผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100<sup>(2)</sup>

สถานการณ์ข้างต้นจะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานระบาดวิทยาในด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและสอบสวนทางระบาดวิทยายังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของการปฏิบัติงานระบาดวิทยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี สาเหตุที่สำคัญของปัญหา ก็เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานบ่อย ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากความไม่ก้าวหน้าในอาชีพราชการ การขาดแคลนบุคลากรการทำงานที่ต้องทุ่มเททั้งแรงกาย แรงใจ แม้กระทั่งการทำงานในวันหยุดราชการ จึงเป็นผลให้การดำเนินงานทางระบาดวิทยานั้นขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ซึ่งหัวใจของการดำเนินงานทางระบาดวิทยานั้น นอกจากจะต้องมีการรายงานข้อมูลที่รวดเร็วแล้ว ข้อมูลนั้นจะต้องมีความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา จึงจะทำให้การดำเนินงานในด้านการเฝ้าระวังทาง

ระบาดวิทยา ป้องกัน ควบคุมโรค ประสบความสำเร็จ และอีกอย่างหนึ่งที่สำคัญก็คือ การดำเนินงานทางระบาดวิทยานั้นจะไม่สำเร็จได้ถ้ามีการทำงานเพียงคนเดียว การที่มีทีมงานที่ดี มีการร่วมมือกันเป็นเครือข่ายในการดำเนินการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ป้องกัน ควบคุมโรค ก็จะทำให้การดำเนินงานนั้นสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ดังนั้นจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อทำให้ทราบความคิดเห็นของบุคลากรทางด้านระบาดวิทยาในระดับปฏิบัติการในด้านของปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่ประกอบด้วยกำลังคน ด้านกำลังเงิน ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านของปัจจัยภายในตัวบุคคลได้แก่ความรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยา การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระบาดวิทยา และในด้านของปัจจัยจิตลักษณะภายใต้สถานการณ์การปฏิบัติงานได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระบาดวิทยา และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานระบาดวิทยา กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากร เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้การดำเนินงานระบาดวิทยามีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยจิตลักษณะภายใต้สถานการณ์การปฏิบัติงาน กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี
3. เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic research)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับตติยศึกษาในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือ P.C.U. (Primary Care Unit) ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยคูสัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ หรือ C.U.P. (Contracting Unit for Primary Care) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดนครปฐม จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดสมุทรสาคร และ จังหวัดเพชรบุรี โดยเลือกผู้ที่ปฏิบัติงานระดับตติยศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 8 คน ผู้ที่ปฏิบัติงานระดับตติยศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 62 แห่ง จำนวน 62 คน ผู้ที่ปฏิบัติงานระดับตติยศึกษาของหน่วยคูสัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ หรือ C.U.P. ( Contracting Unit for Primary Care ) 67 แห่ง จำนวน 67 คน และผู้ที่ปฏิบัติงานระดับตติยศึกษาของหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ P.C.U. ( Primary Care Unit ) 917 แห่ง จำนวน 917 คน รวมทั้งสิ้น 1,054 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ปัจจัยลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน อายุราชการ ระยะเวลาในการดำเนินงานทางระดับตติยศึกษา การได้รับการอบรมทางด้านระดับตติยศึกษา และจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานระดับตติยศึกษาในหน่วยงาน ปัจจัยภายในตัวบุคคล คือแบบวัดความรู้เกี่ยวกับระดับตติยศึกษา มีข้อคำถาม 34 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ

แบบสอบถามปัจจัยภายในตัวบุคคล คือแบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระดับตติยศึกษา มีข้อคำถาม 18 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) มีมาตราในการประเมิน 4 หน่วยให้เจ้าหน้าที่ระดับตติยศึกษาเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามจาก จริงที่สุด จริง ไม่จริง และไม่จริงเลย

แบบสอบถามปัจจัยภายนอกตัวบุคคลประกอบด้วย แบบวัดปัจจัยด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการ และแบบวัดปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีข้อคำถาม 33 ข้อ ใช้วัดแบบมาตราประเมินค่า (Rating-Scale) มีมาตราในการประเมิน 4 หน่วย ให้เจ้าหน้าที่ระดับตติยศึกษาเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามจาก จริงที่สุด จริง ไม่จริง และไม่จริงเลย

แบบสอบถามปัจจัยจิตลักษณะภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน ประกอบด้วย แบบวัดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับตติยศึกษา และ แบบวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานระดับตติยศึกษา มีข้อคำถาม 17 ข้อ ใช้วัดแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) มีมาตราในการประเมิน 4 หน่วย ให้เจ้าหน้าที่ระดับตติยศึกษา เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามจาก จริงที่สุด จริง ไม่จริง และไม่จริงเลย

แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติงานทางระดับตติยศึกษา ประกอบด้วย พฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังทางระดับตติยศึกษา และพฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านการสอบสวนทางระดับตติยศึกษา มีข้อคำถาม 23 ข้อ ใช้วัดแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) มีมาตราในการประเมิน 4 หน่วย ให้เจ้าหน้าที่ระดับตติยศึกษาเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถามจาก ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย และไม่ปฏิบัติเลย

ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพบว่า แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานทางระดับตติยศึกษา มีค่าความเชื่อมั่น .97 แบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงต่อการปฏิบัติงานระดับตติยศึกษา มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบวัดปัจจัยภายนอก มีค่าความเชื่อมั่น .85 แบบวัดปัจจัยจิตลักษณะภายใต้สถานการณ์มีค่าความเชื่อมั่น .77 แบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติงานระดับตติยศึกษา มีค่าความเชื่อมั่น .97

แบบวัดความรู้ได้นำมาหาค่าอำนาจจำแนกและค่าความยากง่ายของแบบวัดความรู้ โดยวิธีของ Kuder Richardson (KR-20) มีค่าอยู่ระหว่าง .20 - .80 จัดว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้<sup>(3,4)</sup>

นำผลการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือมาพิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีคุณภาพ แล้วนำเสนอกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบอีกครั้ง จนยอมรับได้ว่าเครื่องมือดังกล่าวมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้จริง



## การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย โดยนำมาเป็นเกณฑ์การพิจารณา แบ่งระดับตัวแปรในส่วนนี้ ดังนี้

ระดับสูง	คะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึง คะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับต่ำ ตั้งแต่	คะแนนต่ำสุด ถึง คะแนน $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

### 1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

อธิบายลักษณะข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

### 2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัย โดยการทดสอบค่า ไคสแควร์ (Chi-Square test)

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และปัจจัยจิตลักษณะภายใต้สถานการณ์การปฏิบัติงาน กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัย โดยใช้การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

2.3 วิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัยโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

## ผลการศึกษา

ลักษณะทางชีวสังคมของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยาลัยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 พบว่า

ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.52 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 24.48 อายุ มีอายุระหว่าง 24 - 37 ปี ร้อยละ 50.95 รองลงมา อายุระหว่าง 38 - 47 ปี และอายุ 48 - 57 ปี ร้อยละ 37.95 และ 11.10 ตามลำดับ

สถานภาพสมรส มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.98 รองลงมาไม่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 33.02 ระดับการศึกษา จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 87.00 รองลงมาคือระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 13.00 สถานที่ปฏิบัติงาน ทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 87.00 รองลงมาคือ ทำงานในโรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 6.36, 5.88 และ 0.76 ตามลำดับ มีอายุราชการในการทำงาน 11 - 20 ปี ร้อยละ 46.02 รองลงมา มีอายุราชการ 1 - 10 ปี, 21 - 30 ปี และ 31 - 36 ปี ร้อยละ 27.99, 22.01 และ 3.98 ตามลำดับ มีระยะเวลาในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา 6 - 10 ปี ร้อยละ 38.42 รองลงมา มีระยะเวลาในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา 11 - 15 ปี, 1 - 5 ปี, 16 - 20 ปี และ 21 - 27 ปี ร้อยละ 25.62, 22.96, 9.96 และ 3.04 ตามลำดับ เคยได้รับการอบรมทางระบาดวิทยา ร้อยละ 93.55 ไม่เคยได้รับการอบรมทางระบาดวิทยา ร้อยละ 6.45 มีจำนวนบุคลากรปฏิบัติงานระดับวิทยาลัยในหน่วยงาน จำนวน 1 คน ร้อยละ 93.83 รองลงมา มีจำนวนบุคลากรปฏิบัติงานระดับวิทยาลัยในหน่วยงาน จำนวน 2 คน, 3 คน และ 4 คน ร้อยละ 16.28, 4.55, 1.42 และ 0.20 ตามลำดับ

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลได้แก่ ปัจจัยด้านหน่วยงาน และการบริหารจัดการทางด้านกำลังคน ด้านกำลังเงิน ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยาลัย

ปัจจัยภายนอกด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการทางด้านกำลังคน ด้านกำลังเงิน ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการตัวแปรมีข้อความจำนวน 24 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 56 - 93 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด - ต่ำสุด) เท่ากับ 37 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 68.72 และคะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 5.79 ค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีปัจจัยด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการทางด้านกำลังคน ด้านกำลังเงิน ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละของปัจจัยด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการทางด้านกำลังคน ด้านกำลังเงิน ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการบริหารจัดการ ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับตติยศึกษาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

ระดับของปัจจัยด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (70.48 - 93.00)	628	59.58
ระดับปานกลาง (64.67 - 70.47)	229	21.73
ระดับต่ำ (56.00 - 64.66)	197	18.69

$\bar{X}$  = 68.72   S.D. = 5.79   ต่ำสุด = 56   สูงสุด = 93

ปัจจัยภายนอกด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรที่มีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 - 31 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด - ต่ำสุด) เท่ากับ 16 คะแนน ค่าเฉลี่ยของ

กลุ่ม ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 25.61 และคะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 2.79 ค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับตติยศึกษาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (27.01 - 31.00)	134	12.71
ระดับปานกลาง (24.02 - 27.00)	680	64.52
ระดับต่ำ (15.00 - 24.01)	240	22.77

$\bar{X}$  = 25.61   S.D. = 2.79   ต่ำสุด = 15   สูงสุด = 31

ความรู้เกี่ยวกับระดับตติยศึกษาของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับตติยศึกษาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ตัวแปรที่มีข้อคำถาม จำนวน 34 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 22 - 34 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด - ต่ำสุด)

เท่ากับ 12 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 28.84 และคะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 2.71 ค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับระดับตติยศึกษาในระดับสูง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับระดับตติยศึกษาของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับตติยศึกษาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (30.20 - 34.00)	304	28.84
ระดับปานกลาง (27.49 - 30.19)	413	39.19
ระดับต่ำ (22.00 - 27.48)	337	31.97

$\bar{X}$  = 28.84   S.D. = 2.71   ต่ำสุด = 22   สูงสุด = 34

การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระดับ  
 วิทยาของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับ  
 วิทยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัด  
 ราชบุรี ตัวแปรที่มีข้อความถาม จำนวน 18 ข้อ โดยมีคะแนน  
 รวมอยู่ระหว่าง 49-68 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง

(สูงสุด - ต่ำสุด) เท่ากับ 19 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม  
 ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 57.57 และคะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
 (S.D.) เท่ากับ 5.01 ค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้  
 ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระดับวิทยาในระดับสูง  
 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของการรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระดับวิทยาของบุคลากร  
 สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

ระดับการรับรู้ความเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (60.08 - 68.00)	293	27.80
ระดับปานกลาง (55.07 - 60.07)	332	31.50
ระดับต่ำ (55.06 - 49.00)	429	40.70

$\bar{X}$  = 57.57    S.D. = 5.01    ต่ำสุด = 49    สูงสุด = 68

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับวิทยา  
 ตัวแปรที่มีข้อความถาม จำนวน 10 ข้อ โดยมีคะแนนรวม  
 อยู่ระหว่าง 19 - 40 คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง  
 (สูงสุด - ต่ำสุด) เท่ากับ 11 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 28.35 และคะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
 (S.D.) เท่ากับ 3.57 ค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีแรงจูงใจ  
 ในการปฏิบัติงานระดับวิทยา ในระดับสูง ผลการ  
 วิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละของ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับวิทยา ของบุคลากรสาธารณสุข  
 ที่ปฏิบัติงานระดับวิทยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

ระดับของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับวิทยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (30.24 - 40.00)	214	20.30
ระดับปานกลาง (26.57 - 30.23)	669	63.47
ระดับต่ำ (19.00 - 26.56)	171	19.23

$\bar{X}$  = 28.35    S.D. = 3.57    ต่ำสุด = 19    สูงสุด = 40

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับอันตรายจาก  
 การปฏิบัติงานระดับวิทยาตัวแปรที่มีข้อความถามจำนวน  
 7 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 - 25 คะแนน  
 ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด - ต่ำสุด) เท่ากับ 10  
 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 20.15 และ

คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 1.95  
 ค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้  
 รับอันตรายจากการปฏิบัติงานระดับวิทยา ในระดับสูง  
 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** จำนวนและร้อยละความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานระดับวิทยา  
ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4  
จังหวัดราชบุรี

ระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับอันตรายจาก การปฏิบัติงานระดับวิทยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (20.57 - 25.00)	337	35.39
ระดับปานกลาง (19.18 - 20.56)	319	30.27
ระดับต่ำ (15.00 - 19.17)	362	34.34

$\bar{X}$  = 20.15   S.D. = 1.95   ต่ำสุด = 15   สูงสุด = 25

พฤติกรรมกรปฏิบัติงานระดับวิทยาของ  
บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุม  
โรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ในด้านพฤติกรรมกรปฏิบัติงาน  
ระดับวิทยาในด้านการเฝ้าระวังทางระดับวิทยาและ  
การสอบสวนทางระดับวิทยา

การเฝ้าระวังทางระดับวิทยาของบุคลากร  
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยาในพื้นที่สำนักงาน  
ป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ตัวแปรที่มีชื่อคำถาม

จำนวน 14 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 27 - 56  
คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด - ต่ำสุด) เท่ากับ  
29 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 44.53 และ  
คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 6.09  
ค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีกรเฝ้าระวังทางระดับวิทยา  
ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตาราง  
ที่ 7

**ตารางที่ 7** จำนวนและร้อยละของ พฤติกรรมกรปฏิบัติงานระดับวิทยาด้านการเฝ้าระวังทางระดับวิทยา  
ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4  
จังหวัดราชบุรี

ระดับของพฤติกรรมกรเฝ้าระวังทางระดับวิทยา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (47.58 - 56.00)	290	27.51
ระดับปานกลาง (41.49 - 47.57)	582	55.22
ระดับต่ำ (27.00 - 41.48)	182	17.27

$\bar{X}$  = 44.53   S.D. = 6.09   ต่ำสุด = 27   สูงสุด = 56

พฤติกรรมกรปฏิบัติงานระดับวิทยาในด้  
การสอบสวนทางระดับวิทยา ตัวแปรที่มีชื่อคำถาม  
จำนวน 9 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 21 - 36  
คะแนน ค่าพิสัยของคะแนนจริง (สูงสุด - ต่ำสุด)  
เท่ากับ 15 คะแนน ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 28.37

และคะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ  
3.68 ค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมกรปฏิบัติงาน  
ระดับวิทยาในด้านการสอบสวนทางระดับวิทยา  
ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตาราง  
ที่ 8



**ตารางที่ 8** จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัยในด้านการสอบสวนทางระดับวิทยาลัยของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยาลัยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

ระดับของพฤติกรรมกรรมการสอบสวนทางระดับวิทยาลัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (30.16 - 36.00)	172	27.51
ระดับปานกลาง (26.54 - 30.15)	563	53.42
ระดับต่ำ (21.00 - 26.53)	219	20.77

$\bar{X}$  = 28.37    S.D. = 3.68    ต่ำสุด = 21    สูงสุด = 36

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตัวแปรอิสระ กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัยของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรีด้วยสถิติสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 9

**ตารางที่ 9** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัยของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

ตัวแปรอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	
	พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัย	
	การเฝ้าระวัง	การสอบสวน
ปัจจัยด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการ	.51***	.48***
แรงสนับสนุนทางสังคม	.12	.06
ความรู้เกี่ยวกับระดับวิทยาลัย	.06	.21*
การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัย	.53***	.54***
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัย	.40***	.38***
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัย	.42***	.36***

\* p < .05

\*\*\* p < .001

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัยในด้านการเฝ้าระวังทางระดับวิทยาลัยของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี พบว่าปัจจัยด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการ การรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัย แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัย และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับ

อันตรายจากการปฏิบัติงานระดับวิทยาลัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการเฝ้าระวังและการสอบสวนทางระดับวิทยาลัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ใน ส่วนความรู้เกี่ยวกับระดับวิทยาลัย ไม่มีความสัมพันธ์ในการเฝ้าระวังทางระดับวิทยาลัยแต่มีความสัมพันธ์กับการสอบสวนทางระดับวิทยาลัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานระบาดวิทยาในหน่วยงาน

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยา ใช้การทดสอบค่าด้วย ไคสแควร์ (Chi-Square test) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงไว้ในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

ลักษณะทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยา			$\chi^2$
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	
<b>1. เพศ</b>				11.00**
ชาย	180 (22.00)	433 (53.00)	204 (25.00)	
หญิง	114 (48.28)	49 (20.69)	74 (31.03)	
<b>2. สถานภาพสมรส</b>				5.01
โสด	114 (35.00)	139 (42.50)	74 (22.50)	
สมรส	180 (24.72)	343 (47.19)	204 (28.09)	
<b>3. ระยะเวลาในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา</b>				
ต่ำสุด – 10 ปี	180 (29.73)	294 (48.65)	131 (21.62)	2.01
11 ปี – 27 ปี	114 (25.45)	188 (41.82)	147 (32.73)	
<b>4. จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานระบาดวิทยา</b>				
1 – 2 คน	237 (28.71)	400 (48.52)	188 (22.77)	37.32***
3 – 4 คน	57 (25.00)	82 (35.71)	90 (39.29)	

\*\* p ≤ .01

\*\*\* p ≤ .001

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานระบาดวิทยา กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานระบาดวิทยาในหน่วยงาน มีความสัมพันธ์ที่ระดับ .001 ส่วนสถานภาพสมรส และระยะเวลาในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตัวแปรจากปัจจัยภายนอกปัจจัยภายในปัจจัยด้านจิตลักษณะภายใต้สถานการณ์การปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางชีวสังคม สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ได้ดีกว่าการทำนายโดยตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งเพียงตัวเดียวด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) วิธี Stepwise Method ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Method) เพื่อทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติงานระดับวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยาในพื้นที่สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

ตัวแปรทำนาย	R	R <sup>2</sup> ร้อยละ	R <sup>2</sup> Change ร้อยละ	F
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการปฏิบัติงานระดับวิทยา	.55	29.70	-	53.63***
หน่วยงานและการบริหารจัดการ	.69	47.10	17.40	41.40***

\*\*\* p ≤ .001

ความหมายตามตาราง

R	หมายถึง	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงซ้อน
R <sup>2</sup>	หมายถึง	ค่าประสิทธิภาพการทำนาย
R <sup>2</sup> Change	หมายถึง	ค่าประสิทธิภาพการทำนายที่เปลี่ยนแปลงเมื่อสมการเปลี่ยน
F	หมายถึง	ค่าสถิติทดสอบ

ผลการศึกษาที่ได้สามารถสรุปได้ คือ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมปฏิบัติงานระดับวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระดับวิทยา ปัจจัยด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับวิทยา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานระดับวิทยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติงานระดับวิทยาในด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและการสอบสวนทางระบาดวิทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้ทางด้านระบาดวิทยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสอบสวนทางระบาดวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### วิจารณ์

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติงานระดับวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี มีประเด็นสำคัญที่พบและนำมาเป็นข้อวิจารณ์โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติงานระดับวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยภายในด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการปฏิบัติงานระดับวิทยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติงานระดับวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 เป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุดซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมปฏิบัติงานได้ร้อยละ 29.70 และปัจจัยภายนอกคือ หน่วยงานและการบริหารจัดการนั้นสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมปฏิบัติงานระดับวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 17.40 ตามที่ได้ตรวจเอกสารไว้แสดงว่า ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามรูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยมที่กล่าวว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคลซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย(5,6)

2. ระดับของพฤติกรรมปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มีระดับของพฤติกรรมปฏิบัติงาน

เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.94 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 21.70 ซึ่งแสดงว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา อยู่ในระดับดี ระดับของพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานสอบสวนทางระบาดวิทยาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.39 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 26.36 ซึ่งแสดงว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานสอบสวนทางระบาดวิทยา อยู่ในระดับดี เมื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระบาดวิทยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรีกับปัจจัยทางชีวสังคมพบว่า จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขในหน่วยงานพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าถ้ามีจำนวนบุคลากรเพิ่มมากขึ้นก็จะทำให้การปฏิบัติงานทางด้านระบาดวิทยาดีขึ้น เพราะว่าการปฏิบัติงานระบาดวิทยา มีทั้งงานที่ต้องดำเนินการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในสถานที่ทำงาน กับงานที่ต้องออกไปสอบสวนโรค จึงจำเป็นต้องมีบุคลากรหลายคนในการช่วยกันในการดำเนินงานทางระบาดวิทยา<sup>(7,8)</sup> ส่วนในปัจจัยเรื่องเพศ มีเพศชาย ร้อยละ 77.52 มีเพศหญิง ร้อยละ 22.48 พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยภายในด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการปฏิบัติงานระบาดวิทยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระบาดวิทยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการปฏิบัติงานระบาดวิทยาอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเกิดได้จากการขาดความตระหนักในการป้องกันตนเอง การไม่มีวัสดุ อุปกรณ์ในการป้องกันตนเองที่ดีพอ<sup>(8,9)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกในสมาคมผู้เปลี่ยนอวัยวะแห่งประเทศไทยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต และรับ

การรักษาในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .25$ ) หมายความว่าผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดีจะมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย<sup>(10,11)</sup> ที่พบว่าเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ในการออกปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระบาดวิทยาในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระบาดวิทยาพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยา ของบุคลากรสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการทำงานด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ปัจจัยด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานระบาดวิทยา พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(8)</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระบาดวิทยา และร่วมกันทำนายความผันแปรของพฤติกรรมพฤติกรรม มีทั้งหมด 2 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคลในด้านการรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระบาดวิทยา และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลในด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการกำหนดนโยบาย แผนงานโครงการ ในด้านการเสริม



สร้างการรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน และการป้องกันอันตรายให้กับบุคลากรในการปฏิบัติงานที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะ

2. ในด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการ ควรมีการกำหนดนโยบายในการสนับสนุนการบริหารจัดการงบประมาณในการดำเนินงาน เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพในการทำงานให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยา อันจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

3. ปัจจัยด้านจิตลักษณะภายใต้สถานการณ์การปฏิบัติงาน ในด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับวิทยา และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงานระดับวิทยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาของบุคลากรสาธารณสุข ในด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับวิทยา ควรมีนโยบายในการสร้างขวัญและกำลังใจ มีการจัดสรรวัสดุ อุปกรณ์ ในการเฝ้าระวังทางระดับวิทยา และสอบสวนทางระดับวิทยา ที่มีคุณภาพและเพียงพอแก่การปฏิบัติงาน

4. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานระดับวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานระดับวิทยา ดังนั้นจึงควรมีนโยบายเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ระดับวิทยาในหน่วยงานต่าง ๆ ให้มากขึ้น เพื่อให้การดำเนินงานทางระดับวิทยาบรรลุตามมาตรฐานงานระดับวิทยา ที่พบและนำมาเป็นข้อวิจารณ์โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

#### **ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ**

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคลในด้านการรับรู้ความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระดับวิทยา ควรมีการฝึกใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตนเองและรับรู้ถึงวิธีการป้องกันอันตรายจากการดำเนินงานทางระดับวิทยา เพื่อช่วยไม่ให้เกิดความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระดับวิทยาได้

2. ในส่วนของปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยในด้านหน่วยงานและการบริหารจัดการ ต้องมีการจัดกำลังคนให้ตรงกับความรู้ความสามารถ มีการประสานงานระหว่างเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน มีการจัดองค์กรให้น่าอยู่และปลอดภัย อันจะส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานทางระดับวิทยามีขวัญและกำลังใจในการทำงานที่ดีขึ้น

3. ในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ควรมีการจัดสวัสดิการที่ดีในเรื่องของเงินค่าวิชาชีพทางระดับวิทยา การกำหนดตำแหน่งที่สูงขึ้น และจากการที่งานระดับวิทยาเป็นงานที่มีความเสี่ยงในการปฏิบัติงานสูงและเพื่อให้เจ้าหน้าที่ฯ ปฏิบัติงานระดับวิทยา เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน มีการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานในด้านความปลอดภัยสูง มีความเพียงพอต่อจำนวนบุคลากร

#### **ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการวิจัยเชิงทดลอง ในสภาพการณ์จริง เพื่อหาวิธีการในการเสริมสร้างการรับรู้และการป้องกันความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานระดับวิทยา เพื่อที่จะเป็นการพัฒนากระบวนการในการป้องกันการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานระดับวิทยา

2. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองในสภาพการณ์จริง เพื่อหาวิธีการในการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานระดับวิทยาให้กับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนำผลการวิจัยดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนาบุคลากรต่อไป

#### **เอกสารอ้างอิง**

1. กนกทิพย์ ทิพย์รัตนสุข. การเฝ้าระวังทางระดับวิทยาทางระดับวิทยา. กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2542.
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี. ผลการประเมินมาตรฐาน SRRT. ปี 2548. (อัดสำเนา)
3. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล; 2535.
4. ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เจ้าพระยาการพิมพ์; 2536.
5. สุพิชญา ทองแท้. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดสระบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2546.

6. พิภูล โกสยานันท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ งานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2546.

7. อนงค์ แก้วกำเนิด. การดำเนินงานทางระบาดวิทยา. กรุงเทพมหานคร : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2542.

8. อัมภายูธ จำรูญนิรันดร์. ประเมินผลการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อของสถานีอนามัยในจังหวัดสุพรรณบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2543.

9. จันทรทิพย์ เล็กเลิศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน

ในโรงพยาบาลศูนย์ ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2549.

10. อุทัย สุดสุข. หลักการบริหารงานสาธารณสุข. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาการบริหารสาธารณสุขทั่วไป หน่วยที่ 1 – 7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2534.

11. Koontz, H. & O' Donnel, C. An Analysis of Managerial Function. Principle of Management. 5<sup>th</sup> ed. New York : McGraw-Hill Book Company; 1972.

## Abstract

This analytical research was purposed to study the epidemiology working behaviors of public health personnel in Disease Prevention and Control Zone 4<sup>th</sup> Ratchaburi province. The populations were 1,054 epidemiologists who worked in Provincial Health Office 8 persons, District Health Office 62 persons, Contracting Unit for Primary Care 67 persons, Primary Care Unit 917 persons. Research instrument was questionnaire based on concept and objective of researcher, which passed the quality inspection in knowledge, internal factor and psycho situational factors performance reliability .97, .81 and .85. Inferential statistics testing was performed by Chi-square test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient with statistical significant at the level of .05.

The study found that mostly of sex were male 75.52 %, age between 24 - 37 years 50.95 %, marriage status were marry 66.98 %, graduated bachelor degree or higher 87.00 %, worked in Primary Care Unit 87.00 %, total year in service between 11 - 20 years 46.02 %, experienced in field of epidemiology 6 - 10 years 38.42 %, used to train in epidemiological training program 93.55 %, only 1 epidemiologist in office 93.83 %, knowledge in epidemiology in medium level 39.19 %, perception of risk factors related to epidemiological practice in low level 40.70 %.

The external factors that related in practice were organized and management factor mostly had high level 59.58 %, social support factor had medium level 64.52 %, psycho situational factors had motivation in medium level 63.47 % and anxiety in dangerous had high level 35.39 %.

Epidemiological practice behaviors in surveillance and investigation mostly had medium level in surveillance 55.22 % and had medium level in investigation 53.42 %.

External factors in work place and management were human resource, material, equipment, and management had positive relation with epidemiological practice behaviors but social support factor had no relation. Internal factors in perception of risk factors with epidemiological practice behaviors had positive relation. Knowledge in epidemiology had positive relation with investigation behaviors but not related with surveillance behaviors. Psycho situational factors in current situation revealed that motivation and anxiety about work hazard had positive relation with epidemiological practice behaviors.

Biosocial factors were gender and number of epidemiologists had statistical significant relation with epidemiological practice behaviors but marriage status and experienced in field of epidemiology showed no relation. Combination of multiple variables: external factors, internal factors and psycho situational factors can predicted the variation of epidemiological practice behaviors better than single variable.

Therefore, experimental research in real situation is recommended method to strengthen the perception and prevention of occupational risk in epidemiological practice and develop the process for prevention occupational risks that related to epidemiological practice behaviors.

***Keywords: Working Behaviors, Epidemiology, Public Health Personnel, Factors***

การวินิจฉัยและดูแลรักษาการตั้งครรภ์นอกมดลูกแบบองค์รวม  
กรณีศึกษา ผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก โดยไม่ทราบบริเวณที่ตั้งครรภ์อย่างชัดเจน  
Pregnancy of Unknown Location (PUL) Suspected a Nonvisualized Ectopic Pregnancy  
: Case Study

รัฐพล เกียรติยศสุนทรณ์

โรงพยาบาลชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

Rattapon Kiatiyosnusorn

Chaibadan Hospital, Lopburi

**บทคัดย่อ**

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 23 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกโดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดไม่พบการตั้งครรภ์ทั้งในโพรงมดลูกและการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่ชัดเจน ได้ทำการตรวจติดตามอาการ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และทำการตรวจเลือดวัดระดับของ serum beta-human chorionic gonadotropin (hCG) พบว่าจากการติดตามมีระดับสูงขึ้นเล็กน้อย และมีค่าผิดปกติ จึงทำการขูดมดลูก แต่ไม่พบลักษณะการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก ในที่สุดจึงได้รับการรักษาด้วยยา Metrotrexate และตรวจติดตามจนระดับ serum beta-human chorionic gonadotropin (hCG) มีค่าลดลงจนเป็นปกติ

**คำสำคัญ :** *Pregnancy of Unknown Location (PUL), Ectopic Pregnancy, Metrotrexate, Serum beta-hCG*

**บทนำ**

ปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกสูงขึ้น ดังนั้นการเสียชีวิตของมารดาจากการตั้งครรภ์นอกมดลูกจึงพบได้เพิ่มมากขึ้น การตั้งครรภ์นอกมดลูกเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย แพทย์ควรมีความรู้ ความชำนาญในการวินิจฉัยโรค และให้การรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง รวมถึงให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาแล้วเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะนี้ซ้ำในครรภ์ถัดไป การคุมกำเนิดหากยังไม่ต้องการบุตรอีกและการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะนี้เพิ่มขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

**วัตถุประสงค์**

เพื่อศึกษาแนวทางในการวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสม

**กรณีศึกษา**

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 23 ปี ตรวจพบว่าตั้งครรภ์นอกมดลูก

**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วย หญิงไทยคู่ อายุ 23 ปี  
เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ  
การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ รับจ้าง  
จำนวนการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง  
จำนวนการคลอดบุตร 1 ครั้ง  
จำนวนการแท้งบุตร 0 ครั้ง  
วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย 20 กุมภาพันธ์ 2556  
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 25 เมษายน 2556

**อาการสำคัญ**

ปวดท้องน้อยด้านขวา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

3-4 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการคัดตึงเต้านม และรู้สึกคลื่นไส้อยากอาเจียน ไม่มีตกขาว ไม่มีไข้ ปัสสาวะอุจจาระปกติดี (ผู้ป่วยสงสัยคิดว่าประจำเดือนมาช้ากว่าปกติไปประมาณ 3 สัปดาห์และยังไม่ได้ตรวจการตั้งครรภ์)

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ติดกางเกงใน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดท้องน้อยด้านขวา ปวดแบบบีบๆ เป็นพักๆ มีเลือดสีแดงคล้ำออกจากช่องคลอดปริมาณเล็กน้อย ลักษณะคล้ายเลือดเก่าๆ ไม่มีชิ้นเนื้อออกมา อาการปวดท้องน้อยด้านขวาเกิดขึ้นขณะดูโทรทัศน์ ทานยาแก้ปวดอาการปวดท้องน้อยยังคงเดิม วันนี้อาการปวดไม่ดีขึ้น ปวดมากกว่าเดิม จึงมาโรงพยาบาล

### ประวัติเจ็บป่วยในอดีต และการแพ้ยา

- สุขภาพแข็งแรง
- ปฏิเสธโรคประจำตัว
- ปฏิเสธประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ปฏิเสธประวัติแพ้ยา
- ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด

### ประวัติประจำเดือน

- มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 13 ปี มาสม่ำเสมอทุก 28 - 30 วัน นานประมาณ 4 - 5 วัน ปริมาณปกติ ใช้ผ้าอนามัยวันละ 2 - 3 ผืน ไม่มีอาการปวดประจำเดือน
- วันแรกของประจำเดือนครั้งก่อนสุดท้าย 19 มกราคม 2556 มานาน 3 วัน ปริมาณปกติ
- วันแรกของประจำเดือนครั้งสุดท้าย 20 กุมภาพันธ์ 2556 มานาน 4 วัน ปริมาณปกติ
- วันที่มาโรงพยาบาล ประจำเดือนขาดไปประมาณ 7 สัปดาห์

### ประวัติส่วนตัว และประวัติครอบครัว

- แต่งงานเมื่ออายุ 20 ปี
- แต่งงานมา 3 ปี ปฏิเสธประวัติโรคทางพันธุกรรมในครอบครัวทั้งสามีและภรรยา
- ปัจจุบันสามีอายุ 30 ปี อาชีพรับจ้าง ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา สุขภาพแข็งแรง ปฏิเสธโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

### ประวัติการตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิด

- ครั้งแรกเมื่อ 3 ปีก่อน เป็นการตั้งครรภ์ปกติ คลอดครบกำหนด คลอดทางช่องคลอดไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดบุตร
- หลังจากคลอดไม่ได้คุมกำเนิด เนื่องจากต้องการมีบุตร

### การตรวจร่างกายแรกรับ

**ลักษณะทั่วไป** - รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 89 กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร

- ไม่ซีด ไม่เหลือง ไม่บวม
- สติสัมปชัญญะปกติ

**สัญญาณชีพ** - อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท

**หู ตา คอ จมูก**

- อยู่ในเกณฑ์ปกติ

**ต่อมธัยรอยด์**

- อยู่ในเกณฑ์ปกติ

**ต่อมน้ำเหลือง**

- คลำไม่พบ

**เต้านมและหัวนม**

- หัวนมสีคล้ำ เต้านมทั้งสองข้างปกติ

**หัวใจและปอด**

- อยู่ในเกณฑ์ปกติ

**การตรวจหน้าท้อง**

- ผิวหนังบริเวณหน้าท้องปกติ หน้าท้องค่อนข้างหนา
- ฟังเสียงการทำงานของลำไส้ปกติ หน้าท้องนุ่ม กดเจ็บเล็กน้อย บริเวณท้องน้อยด้านขวา แต่ไม่มี rebound tenderness คลำไม่พบก้อนผิดปกติใดๆ
- คลำตับ ม้ามและไตไม่ได้

**แขนและขา**

- อยู่ในเกณฑ์ปกติ

### การตรวจภายใน

**อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก** - อยู่ในเกณฑ์ปกติ

**ช่องคลอด**

- เยื่อช่องคลอดมีสีคล้ำ มีคราบเลือดในช่องคลอดเล็กน้อย

**ปากมดลูก**

- รูปากมดลูกปิด สีคล้ำ นุ่ม มีเลือดออกมาจากรูปากมดลูกเล็กน้อย ไม่มีรอยแผลใดๆ ปากมดลูกนุ่มไม่เจ็บเมื่อโยกไปมา

**มดลูก**

- นุ่ม ขนาดปกติ คว้าหน้า เอียงไปทางขวา กดไม่เจ็บ



- ปีกมดลูกและรังไข่** - คล้ำไม่พบก้อนที่ปีกมดลูก ทั้งสองข้าง กดเจ็บที่ปีกมดลูกข้างขวาเล็กน้อย ปีกมดลูกซ้ายปกติ
- Cul-de-sac** - อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- Rectovaginal examination** - เยื่อบุลำไส้เรียบดี คล้ำไม่ได้ก้อน ความตึงตัวของหูด ทวารหนักปกติดี parametrium นุ่มทั้งสองข้าง

Alkaline phosphatase	111	U/L
Aspartate aminotransferase	17	U/L
Alanine aminotransferase	42	U/L
Total bilirubin	0.32	mg/dl
Direct bilirubin	0.05	mg/dl

5. Urine pregnancy test positive
6. Serum beta-hCG 101 mIU/ml (1 wk จากวันแรก) 105 mIU/ml (2 wk จากวันแรก) 213 mIU/ml
7. Dilatation and curettage (pathology report) : decidual change and no chorionic villi

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- Complete blood cell count**
  - Hemoglobin 13.8 gm%
  - Hematocrit 43.9 %
  - White blood cell count 14,000 cells/mm<sup>3</sup>
  - Neutrophils 68 %
  - Lymphocytes 28 %
  - Eosinophils 4 %
  - Platelets 331,000 cell/mm<sup>3</sup>
- Urine analysis**
  - Color yellow
  - Appearance clear
  - pH 7.0
  - Specific gravity 1.010
  - Albumin negative
  - Sugar negative
  - White blood cell 0 - 1 cells/HPF
  - Red blood cell negative
  - Epithelium 1 - 2 cells/HPF
- Blood chemistry**
  - Sodium 140 mEq/L
  - Potassium 4.1 mEq/L
  - Chloride 115 mEq/L
  - Carbondioxide 20 mEq/L
  - Urea nitrogen 10 mg/dl
  - Creatinine 0.6 mg/L
- Liver function test**
  - Albumin 3.9 gm/dl
  - Globulin 3.7 gm/dl

### การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด มดลูก

- ขนาดปกติ ค่ำหน้า ภายในโพรงมดลูกว่างเปล่า
- เยื่อบุโพรงมดลูกหนา 10 มิลลิเมตร

- ปีกมดลูก** - ด้านขวา : รังไข่ปกติ ขนาด 3 x 3 x 4 เซนติเมตร, พบ hypoechoic cyst ขนาด 1.5 x 2 x 2.5 เซนติเมตร ที่ตำแหน่งปีกมดลูกข้างขวา
- ด้านซ้าย : รังไข่ปกติ ขนาด 2 x 3 x 4 เซนติเมตร

**Cul-de-sac** - ไม่มี free fluid

### การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น

G2P1001 GA 8 wk by LMP with pregnancy with unknown location (PUL) with pelvic pain with right corpus luteum cyst

### การดำเนินการดูแลรักษา

เนื่องจากจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายและการทดสอบการตั้งครรภ์ในผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีการตั้งครรภ์ จากการตรวจคลื่นความถี่สูงทางช่องคลอด ไม่พบการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก และไม่พบถุงการตั้งครรภ์ที่บริเวณปีกมดลูกที่ชัดเจน และผลการตรวจ serum beta-hCG พบว่ามีค่าไม่สูงมาก ซึ่งอาจพบในการตั้งครรภ์ผิดปกติได้ จากการตรวจติดตาม serum beta-hCG 1 สัปดาห์ พบว่าค่าไม่เพิ่มขึ้น และติดตามต่ออีก 1 สัปดาห์พบว่าค่าเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ซึ่งมีโอกาสสูงที่จะเป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติ จึงทำการขูด

มดลูกพบว่าไม่พบ chorionic villi ดังนั้นโอกาสเป็น ครรภ์นอกมดลูกจึงสูงมาก

ให้การดูแลเบื้องต้นโดยรับผู้ป่วยไว้ให้การดูแลรักษาในโรงพยาบาล แจ้งให้ผู้ป่วยและสามีทราบถึง ผลการตรวจร่างกาย ตรวจภายใน การตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง รวมทั้งผลการวินิจฉัยโรคที่เป็น และแนวทางการรักษา ซึ่งสามารถทำได้ 3 วิธีคือ การรักษาด้วยการผ่าตัด การใส่ยาเคมีบำบัดชนิดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว หรือ การผ่าตัดผ่านกล้อง laparoscope โดยพยายามรักษาสภาพท่อนำไข่ไว้ตามเดิมให้มากที่สุด ได้ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึง ข้อดีและข้อด้อยของการรักษาทั้ง 3 วิธีคือ การผ่าตัดผ่านกล้องเหมาะสำหรับผู้ป่วยไม่มีอาการและมีสัญญาณชีพคงที่ ข้อดีคือไม่ได้รับความเสี่ยงจากการผ่าตัด และการได้รับยาเคมีบำบัด ข้อด้อยคือต้องมีความเข้าใจการรักษา และสามารถตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาจต้องใช้เวลานาน และถ้าล้มเหลวก็ต้องรักษาด้วยวิธีอื่นอีก การผ่าตัดมีข้อดีคือ ได้เห็นพยาธิสภาพที่ท่อนำไข่และสามารถรักษาแบบ conservative ได้แต่ก็มีข้อด้อยคือ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงจากการดมยาสลบ การผ่าตัด เจ็บแผลผ่าตัด เสียค่าใช้จ่ายสูงกว่า แต่สำหรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้นผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บตัวและไม่มีแผลผ่าตัด เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า แต่มีข้อด้อยคือ อาจได้รับผลข้างเคียงจากยา อาจต้องพิจารณาการรักษาด้วยวิธีอื่น ถ้าการรักษาด้วยวิธีนี้ไม่ได้ผล ต้องมาตรวจติดตามการรักษาตามนัดตลอดการรักษาและหากมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดท้องมากขึ้น หน้ามืดเป็นลม จะต้องสามารถมาโรงพยาบาลได้ทันที ซึ่งสำหรับผู้ป่วยรายนี้ หลังจากรักษาด้วยการผ่าตัดสังเกตอาการพบว่ามีอาการปวดท้องน้อยและมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด อยู่ร่วมกับระดับ beta-hCG ยังเพิ่มขึ้นอยู่ และเนื่องจากไม่สามารถบอกตำแหน่งการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้อย่างชัดเจน การผ่าตัดอาจมีความเสี่ยงที่จะไม่พบพยาธิสภาพและบริเวณการตั้งครรภ์ได้ การรักษาด้วยวิธีการให้ยาเคมีบำบัดจึงเป็นทางเลือกเหมาะสมกว่า หลังจากได้ฟังข้อมูลแล้วผู้ป่วยตัดสินใจรักษาด้วยวิธีให้ยาเคมีบำบัดหลังจากเจาะเลือดเพื่อดูความเข้มข้นของเลือดปริมาณเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดประเมิน

การทำงานของไต ซึ่งพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติแล้ว ได้ให้ยา methotrexate ขนาด 100 mg (50 mg/m<sup>2</sup>) เข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปากไว้ 24 ชั่วโมง ให้สารน้ำทดแทน วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมงและสังเกตอาการปวดท้องรวมทั้งอาการผิดปกติอื่นๆ ซึ่งไม่พบอาการผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

#### วันที่ 2 หลังให้ยา

ผู้ป่วยปวดท้องเล็กน้อย ไม่คลื่นไส้หรืออาเจียน มีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อยสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดและเริ่มให้รับประทานอาหารอ่อนให้สังเกตอาการปวดท้องและตรวจติดตามอาการแสดงทางหน้าท้องเป็นระยะ

#### วันที่ 3 หลังให้ยา

ผู้ป่วยไม่ปวดท้อง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดอีก รับประทานอาหารได้ดี

#### วันที่ 4 หลังให้ยา

ได้เจาะเลือดดูระดับ beta-hCG ในวันที่ 4 ได้เท่ากับ 244 mIU/ml ซึ่งเพิ่มขึ้นเล็กน้อยซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้หลังจากได้ยาเคมีบำบัดและยังไม่สามารถทำนายการรักษาได้ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องและเลือดออกทางช่องคลอดน้อยลงสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้และนัดมาเจาะเลือดอีกครั้ง ในวันที่ 7 หลังให้ยา ในระหว่างที่พักอยู่ที่บ้าน ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการ ถ้าปวดท้องมาก หรือมีหน้ามืด ใจสั่น ให้มาโรงพยาบาลก่อนนัด กรณีเพศสัมพันธ์ ในช่วงนี้จนกว่าระดับฮอร์โมน beta-hCG จะให้ผลลบ

#### วันที่ 7 หลังให้ยา

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตามนัด ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ระดับ beta-hCG เท่ากับ 152 mIU/ml ซึ่งลดลงจากวันที่ 4 มากกว่าร้อยละ 15 ผลการตรวจเลือด complete blood count และประเมินคุณภาพการทำงานของไต ตับ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้นัดเจาะเลือดตรวจระดับ beta-hCG ทุกสัปดาห์จนกว่าจะให้ผลลบ ในระหว่างการรักษานี้แนะนำให้งดมีเพศสัมพันธ์ และคุมกำเนิดในช่วงที่ระดับ beta-hCG ยังให้ผลบวกอยู่

**ตารางที่ 1** แสดงผลการติดตามระดับ beta-hCG

วันที่	วันที่ของการรักษาหลังใช้ยา	ระดับ beta-hCG (mIU/ml)
11 พ.ค. 2556	1	202
14 พ.ค. 2556	4	244
17 พ.ค. 2556	7	152
24 พ.ค. 2556	14	52
31 พ.ค. 2556	21	3
7 มิ.ย. 2556	28	0

### การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย

Pregnancy of unknown location (PUL) suspected a nonvisualized ectopic pregnancy<sup>(1)</sup>

### การตรวจติดตามผู้ป่วย

1 สัปดาห์ต่อมา (24 พ.ค. 2556) ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ผลการตรวจระดับ beta-hCG เท่ากับ 52 mIU/ml และนัดตรวจระดับ beta-hCG ทุก 1 สัปดาห์จนให้ผลลบได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิด เนื่องจากผู้ป่วยต้องการมีบุตรจึงไม่คุมกำเนิดต่อ หลังจากค่า beta-hCG ให้ผลลบ แนะนำหากผู้ป่วยตั้งครรภ์ ให้มาฝากครรภ์ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์ในระยะแรกๆ เพื่อจะได้ตรวจยืนยันว่าเป็นการตั้งครรภ์ในมดลูก ไม่ใช่การตั้งครรภ์นอกมดลูก เนื่องจากมีโอกาสเป็นซ้ำได้

### วิจารณ์

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 23 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องน้อยด้านขวาและมีเลือดสีแดงคล้ำออกจากช่องคลอดปริมาณเล็กน้อยมา 1 วัน ผู้ป่วยไม่ได้คุมกำเนิดประจำเดือนขาดไปประมาณ 7 สัปดาห์ 3 - 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการคลื่นไส้ อายาก อาเจียน คัดตึงเต้านม ไม่มีไข้ ปัสสาวะ และอุจจาระปกติ ไม่มีอาการหน้ามืดเป็นลม เคยคลอดบุตรทางช่องคลอดเมื่อ 3 ปีก่อน ตรวจร่างกายพบว่า สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ซีดตรวจหน้าท้องหน้าท้องค่อนข้างหนาฟังเสียงการทำงานของลำไส้ปกติหน้าท้องนุ่มกดเจ็บที่หน้าท้องด้านขวาลึกน้อย ไม่มี guarding หรือ

rigidity ไม่มี rebound tenderness ตรวจภายในพบเลือดสีคล้ำ ปริมาณเล็กน้อยในช่องคลอดและปากมดลูก ปากมดลูกปิด สีคล้ำ โยกไม่เจ็บ มดลูกขนาดปกติ นุ่ม กดไม่เจ็บ คล้ำไม่พบก้อนชัดเจนที่ปีกมดลูกทั้งสองข้าง พบกดเจ็บปีกมดลูกด้านขวาลึกน้อยด้านซ้ายปกติ

จากประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจภายใน ผู้ป่วยรายนี้อาการเข้าได้กับภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ไม่ได้คุมกำเนิด ร่วมกับมีอาการปวดท้องน้อย ขาดประจำเดือนและมีเลือดออกผิดปกติ อาการทั้ง 3 รวมกันเป็น classical triad ซึ่งพบได้เพียงร้อยละ 50 โดยที่อาการปวดท้องน้อยเป็นอาการนำที่พบบ่อยที่สุดของการตั้งครรภ์นอกมดลูก พบประมาณร้อยละ 90 - 100 ส่วนการตรวจพบก้อนที่ปีกมดลูก ก็พบได้ประมาณร้อยละ 50 และอาจคลำพบก้อนด้านตรงข้ามได้ร้อยละ 20 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคอร์ปัสลูเตียม<sup>(2)</sup>

### การวินิจฉัยแยกโรคที่สำคัญในผู้ป่วยรายนี้ คือ

1. การตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกปกติที่มีภาวะแท้งคุกคามแท้งไม่ครบหรือแท้งครบร่วมด้วยโดยส่วนใหญ่พบมีประวัติขาดประจำเดือน มีเลือดออกจากช่องคลอดซึ่งมักจะมีปริมาณมากกว่าที่พบในการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรืออาจได้ประวัติว่ามีชิ้นเนื้อออกมาจากช่องคลอด และมีอาการปวดท้องน้อยซึ่งมักจะปวดบริเวณตรงกลางมากกว่าลักษณะปวดเป็นพัก (colicky pain) จากการตรวจภายในอาจพบปากมดลูกปิดหรือเปิดแล้วแต่กรณี โดยทั่วไปภาวะแท้งจะไม่มีอาการกดเจ็บที่บริเวณปีกมดลูกเหมือนในผู้ป่วยรายนี้ ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดภาวะนี้้น้อยกว่าการตั้งครรภ์นอกมดลูก<sup>(3)</sup>

2. การตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนของ corpus luteum cyst เช่น การบิดขั้วหรือการแตกของก้อน โดยผู้ป่วยตั้งครรภ์ร่วมกับมีอาการปวดท้องน้อยด้านขวา การตรวจภายในก็กดเจ็บที่ปีกมดลูกด้านขวาได้เช่นเดียวกับการตั้งครรภ์นอกมดลูก แต่ลักษณะที่ไม่เหมือนภาวะนี้คือ ถ้าหากเป็นการแตกของก้อนนั้นผู้ป่วยน่าจะซีด มีอาการปวดท้องที่รุนแรงกว่านี้ และการตรวจหน้าท้องก็น่าจะมีอาการแสดงของ peritonitis ส่วนการบิดขั้วก็น่าจะมีอาการปวดที่ฉับพลัน และ corpus luteum cyst น่าจะมีขนาดใหญ่พอสมควร แต่บางครั้งอาการและอาการแสดงอาจจะยังไม่ชัดเจนเสมอไป เนื่องจากอาจเป็นในระยะเริ่มแรกหรือมีปัจจัยบางอย่างของผู้ป่วยที่ทำให้มีอาการและอาการแสดงถูกบดบังไว้ ทำให้แยกได้ยากจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก จนกว่าจะได้ตรวจค้นเพิ่มเติม เช่น คลื่นเสียงความถี่สูง ระดับ beta-hCG หรือ laparoscopy<sup>(4)</sup>

3. ภาวะแทรกซ้อนของก้อนหรือถุงน้ำรังไข่ เช่น การบิดขั้ว การแตก หรือมีเลือดออกในก้อน ผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้องด้านใดด้านหนึ่งอย่างเฉียบพลัน อาจเคยคลำได้ก้อนที่บริเวณท้องน้อยมาก่อน จากการตรวจหน้าท้องมักพบลักษณะของ peritoneal irritation ตรวจภายในมักคลำได้ก้อนที่ปีกมดลูก แต่ถ้าก้อนแตกแล้วอาจคลำไม่ได้ ในผู้ป่วยรายนี้มีการเข้าได้กับภาวะนี้บ่อย เนื่องจากไม่เคยคลำพบก้อนมาก่อน และการตรวจภายในก็คลำไม่พบก้อนที่ปีกมดลูกด้านขวาชัดเจน ซึ่งมักจะไม่ได้เกิดการบิดขั้วได้ง่าย และการตรวจหน้าท้องไม่พบ peritoneal irritation ทำให้นึกถึงภาวะก้อนแตกน้อยลง แต่อย่างไรก็ตามยังแยกภาวะนี้ออกไปทั้งหมดเลยไม่ได้<sup>(2)</sup>

4. การอักเสบในอุ้งเชิงกรานเฉียบพลันร่วมกับการเกิด tuboovarian abscess โอกาสที่จะเป็นภาวะนี้บ่อย เนื่องจากไม่มีไข้ ไม่มีตกขาวผิดปกติ โยกปากมดลูกไม่เจ็บ และภาวะนี้มักมีอาการปวดท้องน้อยทั้งสองข้าง ร่วมกับการกดเจ็บบริเวณปีกมดลูกทั้งสองข้าง แต่ในผู้ป่วยรายนี้มีแต่อาการปวดท้องน้อยและกดเจ็บที่ปีกมดลูกด้านซ้ายเท่านั้น<sup>(2)</sup>

ผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากมีประวัติขาดประจำเดือนมาประมาณ 7 สัปดาห์ ทั้งๆ ที่แต่เดิมประจำเดือนมาสม่ำเสมอดี และไม่ได้คุมกำเนิด มีอาการเหมือนแพ้ท้องคือ คลื่นไส้ อาเจียน และคัดตึงเต้านม ตรวจภายในพบลักษณะช่องคลอดสีคล้ำ ปากมดลูกนุ่ม จึงส่งตรวจ

urine pregnancy test เพื่อยืนยันการตั้งครรภ์ได้ผลบวก ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่จะเป็นภาวะในกลุ่มการตั้งครรภ์มากที่สุด คือ การตั้งครรภ์นอกมดลูก ภาวะที่มีโอกาสรองลงมาคือการตั้งครรภ์ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนของ corpus luteum cyst และการแท้ง

ผู้ป่วยรายนี้มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีลักษณะของ hypovolemic shock จากการมีเลือดออกในช่องท้อง ซึ่งต้องการการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน จึงได้ส่งตรวจด้วยเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอน ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่เจ็บตัว เพื่อแยกการตั้งครรภ์ในมดลูกที่อาจจะมีภาวะแทรกซ้อนของ corpus luteum ร่วมด้วย และอาจช่วยให้เห็นความผิดปกติในอุ้งเชิงกรานได้

ผลการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดในผู้ป่วยรายนี้พบว่ามดลูกขนาดปกติ ไม่พบถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก มีความหนาของเยื่อโพรงมดลูก 10 มิลลิเมตร เห็น corpus luteum cyst ที่บริเวณปีกมดลูกด้านขวา ขนาดประมาณ 1.5 x 2 x 2.5 เซนติเมตร แยกจากรังไข่ข้างขวา รังไข่ข้างซ้ายปกติ และไม่มีสารน้ำในอุ้งเชิงกราน จากผลการตรวจถึงแม้จะไม่พบ ลักษณะจำเพาะของการตั้งครรภ์ทั้งภายในและภายนอกมดลูก แต่ลักษณะภาพที่เห็นจากคลื่นเสียงความถี่สูงร่วมกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยแล้วทำให้โอกาสมากที่สุดที่จะเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก

การนำผลการตรวจด้วยเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงที่ได้มาพิจารณาร่วมกับการตรวจ serum beta-hCG ที่มีความไวสูงมาก สำหรับผู้ป่วยรายนี้ พบว่าระดับ serum beta-hCG ในวันแรกที่มารับการรักษา มีค่าเท่ากับ 101 mIU/ml ซึ่งเป็นค่าที่ไม่สูงมาก ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งครรภ์ปกติที่อายุครรภ์น้อยๆ ภาวะแท้งบุตร ภาวะการตั้งครรภ์ผิดปกติหรือ ครรภ์นอกมดลูกได้ ดังนั้นในขณะที่สัญญาณชีพปกติ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยคงที่ ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น การตรวจหน้าท้องไม่พบอาการแสดงของ peritonitis หรือการแตกของก้อน สามารถติดตามอาการ และตรวจ serum beta-hCG ได้เป็นระยะ มีประโยชน์ในรายที่ไม่แน่ใจการวินิจฉัย ในครรภ์ปกติ ระดับ beta-hCG ในเลือดจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า (doubling time) ในทุก 2 วันโดยประมาณจนโตเตอร่าเกิน 10,000 mIU/ml แต่ในครรภ์ผิดปกติจะนานกว่านี้ ดังนั้นการวัดระดับ beta-hCG เป็นระยะจึงอาจนำมาช่วยในการ

วินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ โดยการวัดระดับ beta-hCG ห่างกัน 48 ชั่วโมง ซึ่งในการตั้งครรภ์ปกติ ควรมีการเพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 66 แต่ถ้าเป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติจะมีการเพิ่มน้อยกว่านี้ และเมื่อคำนวณ doubling time ก็พบว่านานกว่าค่าปกติ ในผู้ป่วยรายนี้ มีการติดตามค่า beta-hCG ห่างกัน 1 สัปดาห์พบว่ามีค่า 105 mIU/ml และติดตามต่ออีก 1 สัปดาห์พบว่ามีค่า 202 mIU/ml ซึ่งมีค่าค่อนข้างต่ำและ doubling time นานกว่าครรภ์ปกติ แสดงว่าเป็นได้ทั้งการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกที่ผิดปกติ หรือเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกก็ได้<sup>(2)(3)(5)</sup>

การที่จะแยกทั้งสองภาวะนี้สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การขูดมดลูก (dilatation and curettage) และส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา หรือนำชิ้นเนื้อมาลอยในน้ำเกลือดูลักษณะ ถ้าหากพบว่ามี chorionic villi จริงก็น่าจะเป็นการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกที่ผิดปกติ หรือมีการแท้งไม่ครบเกิดขึ้นและถ้าไม่พบว่ามี chorionic villi โอกาสเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูกสูงมาก ในผู้ป่วยรายนี้ได้ทำการขูดมดลูกเพื่อการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก ไม่พบว่ามี chorionic villi เนื่องจากการขูดมดลูกนั้นจะทำให้ช่วยหลีกเลี่ยงการใช้ methotrexate ในผู้ป่วยตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกที่ผิดปกติ ดังนั้นจึงแนะนำให้ทำการขูดมดลูกเฉพาะในรายที่มีระดับ serum beta-hCG น้อยกว่า 2,000 mIU/ml และไม่พบการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกจากการตรวจด้วยเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด ร่วมกับมีการเพิ่มขึ้นของ serum beta-hCG น้อยกว่าร้อยละ 66 ในช่วงเวลา 48 ชั่วโมง นอกจากนี้มีรายงานพบว่า ในผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีระดับ serum beta-hCG มากกว่า 2,000 mIU/ml ทุกคน จะมีผลการขูดมดลูกที่ไม่พบ chorionic villi ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะมดลูกว่างเปล่าหรือไม่พบลักษณะการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกจากการตรวจด้วยเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด จึงแนะนำว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้ไม่มีความจำเป็นต้องขูดมดลูกเพื่อการวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูก<sup>(2)(5)</sup>

ส่วนการตรวจวัดระดับ serum progesterone นั้นจะไม่ช่วยแยกภาวะทั้งสองดังกล่าวในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากถ้าค่า serum progesterone น้อยกว่า 5 ng/ml บ่งชี้ว่าเป็นการตั้งครรภ์ผิดปกติ ซึ่งเป็นได้ทั้งการตั้งครรภ์

ในโพรงมดลูกที่ผิดปกติ หรือเป็นการตั้งครรภ์นอกมดลูก จึงไม่พิจารณาส่งตรวจ serum progesterone ในผู้ป่วยรายนี้<sup>(2)(3)(4)(5)</sup>

ในผู้ป่วยรายนี้ที่มีลักษณะอาการและอาการแสดงทางคลินิก เข้าได้กับการตั้งครรภ์นอกมดลูกมากที่สุดร่วมกับผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอดไม่พบถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกและค่า doubling time ของ serum beta-hCG น้อยและนานกว่าครรภ์ปกติ ร่วมกับผลชิ้นเนื้อจากการขูดมดลูกไม่พบ chorionic villi ทำให้สามารถให้การวินิจฉัยการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ โดยสามารถให้การรักษาต่อที่เหมาะสมโดยผู้ป่วยรายนี้รักษา โดยการสังเกตอาการก่อนพบว่า ค่า beta-hCG ไม่ลดลง ยังมีอาการปวดท้องน้อยและเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดมากขึ้นและการผ่าตัดอาจไม่พบพยาธิสภาพหรือถุงการตั้งครรภ์ที่ชัดเจน ผู้ป่วยจึงเลือกที่จะรักษาโดยใช้ methotrexate โดยสิ่งสำคัญคือ การรักษาสภาพท่อไข่และดำรงภาวะการเจริญพันธุ์ (tubal function and fertility outcome) และลดภาวะเสี่ยงจากการผ่าตัด

## สรุป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 23 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องน้อยด้านขวา 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติขาดประจำเดือนประมาณ 7 สัปดาห์และมีเลือดออกทางช่องคลอด เคยมีประวัติตั้งครรภ์ปกติและคลอดทางช่องคลอดเมื่อ 3 ปีก่อน ไม่มีอาการแสดงของเลือดออกในช่องท้อง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจร่างกายพบว่าไม่ชืด กดเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านขวา ไม่มี rebound tenderness ตรวจภายใน คล้ำไม่พบก้อนที่ปีกมดลูกทั้งสองข้าง กดเจ็บข้างขวาเล็กน้อย ได้ตรวจปัสสาวะพบว่าตั้งครรภ์เจาะหาระดับ beta-hCG ในเลือดและตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่า ตั้งครรภ์นอกมดลูก ยังไม่แตกได้ให้คำปรึกษาแนะนำถึงทางเลือกในการรักษา ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกใช้ยา methotrexate 100 mg เข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว ไม่พบภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการใช้ยา ผลการรักษาพบว่า ระดับ beta-hCG ลดลงจนเป็นผลลบในเวลา 28 วัน



## เอกสารอ้างอิง

1. พรทิพย์ สิริยาภิวัฒน์. สรุปรายงานผู้ป่วย Interhospital Conference ครั้งที่ 1/2556. สูตินรีแพทย์ สัมพันธ์. 2556; 22(4): 19-23.
2. ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ, ธีระพร วุฒยวนิช, ประภาพร สุประเสริฐ, สายพิน พงษ์ธา. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). เรียบเรียงครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: พี.บี. ฟอเรน บুকส์ เซนเตอร์; 2551.
3. Stovall T. Early pregnancy loss and ectopic pregnancy. In: Berek J, editor. Berek & Novak's Gynecology. 14<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2007.
4. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics. 23<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.; 2010.
5. Fritz M and Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2011.

### Abstract

A 23-year-old Thai woman was diagnosed to have ectopic pregnancy after transvaginal ultrasonography (TVS) was negative for intrauterine pregnancy and extrauterine area. This patient was observed clinical and repeated transvaginal ultrasonography and serum beta human chorionic gonadotropin (hCG) level and abnormal rising of serum beta-hCG was detected. Dilatation and curette was performed but no intrauterine pregnancy was found. Then the patient was treated with single dose metotrexate. Serum beta-hCG levels were used to monitor response to medical therapy. Pattern of serum level declined to negative.

**Keywords :** *Pregnancy of Unknown Location (PUL), Ectopic Pregnancy, Metotrexate, Serum beta-hCG*

ผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพ  
ในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง  
The Health Impact from Alcohol Consumption Behavior  
in Sawangha District, Angthong Province

ปิยะ สահร่าย

Piya Sarai

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง

Sawangha District Public health Office

**บทคัดย่อ**

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นการศึกษาระบบ Case-control Study โดยจับคู่ตัวแปรด้านเพศ และอายุ ในอัตราส่วน 1:2 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยทุกคนที่ป่วยเป็นโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ ที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกอื่น นอกจากแผนกอายุรกรรม ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2555 พื้นที่ในการศึกษา คือ โรงพยาบาลแสวงหาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติวิเคราะห์ใช้ Odds Ratio, 95% Confident Interval, Chi-square โดยมีผลการศึกษา ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา ดื่มเบียร์ ร้อยละ 100.0 และดื่มสุรา ร้อยละ 98.0 โดยส่วนใหญ่เคยดื่มหนัก ร้อยละ 68.0 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า ดื่มเบียร์ ร้อยละ 57.0 และดื่มสุรา ร้อยละ 45.0 ส่วนใหญ่เคยดื่มหนัก ร้อยละ 60.0 ในด้านแบบแผนการดื่ม พบว่า กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 90.0 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ดื่ม/ดื่มแบบเสี่ยงน้อย ร้อยละ 96.0

ประวัติการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มที่ศึกษาป่วยด้วยโรคตับแข็ง มากที่สุด ร้อยละ 62.0 รองลงมาคือโรคกระเพาะอาหารอักเสบและโรคตับแข็งจากการติดสุรา ร้อยละ 18.0 และ 12.0 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มากที่สุด ร้อยละ 21.0 รองลงมาคือโรคหอบหืด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.0, 13.0 และ 12.5 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับปัญหาสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 216 เท่า (OR=216.00) นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์, การป่วยด้วยโรคตับแข็ง, การป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารอักเสบและการป่วยด้วยโรคตับแข็งจากการติดสุรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value<0.001)

**คำสำคัญ :** ผลกระทบต่อสุขภาพ, การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

## บทนำ

ในปี ค.ศ. 2001 ประเทศไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทุกประเภทอยู่ในอันดับที่ 40 ของโลกโดยมีปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 8.47 ลิตร/คน/ปี<sup>(1)</sup> แสดงให้เห็นว่า คนไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่สูงมาก จากผลการสำรวจการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2554 พบว่า มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 17.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ของประชากรทั้งหมด และยังพบว่า ความชุกในการดื่มใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.4 ของประชากรเพศชาย สำหรับเพศหญิงมีความชุกในการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นจากปี 2544 ร้อยละ 9.8 เป็นร้อยละ 10.9 ของประชากรเพศหญิง และยังพบว่าเด็กและวัยรุ่นกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี มีการดื่มแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.9 หรือเพิ่มร้อยละ 9.5 จากปี 2544<sup>(2)</sup> สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับมหภาคของประเทศไทย จำนวนนักดื่มเยาวชนมีแนวโน้มสูงขึ้นและอายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยเยาวชนจะดื่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปี นอกจากนี้เยาวชนยังมีโอกาสใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ด้วย รวมทั้งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ เกิดการบาดเจ็บ เจ็บป่วย อุบัติเหตุ การทะเลาะวิวาท และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน<sup>(3)</sup> ซึ่งนับว่าเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งเพราะเป็นช่วงวัยที่ยังไม่มีวุฒิภาวะไม่สามารถควบคุมตนเองได้และยังก่อให้เกิดผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งต่อตนเองและครอบครัว

การดื่มแอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อผู้ดื่มทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจด้วย กล่าวคือ ทางด้านร่างกาย การดื่มแอลกอฮอล์มีผลโดยตรงต่อการทำงานของตับ ทำให้เกิดการคั่งของไขมันในตับ ทำให้ตับอักเสบและตับแข็ง นอกจากนี้ยังทำให้นुकิลิกภาพของผู้ดื่มเปลี่ยนแปลง มีอ่อนแอ เกียจคร้านไม่รับผิดชอบทั้งต่อตนเองและครอบครัว รวมทั้งทำงานขาดประสิทธิภาพทางด้านจิตใจ พบว่า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า ฟุ้งซ่าน กังวล มึนงง ขาดความสุข ส่วนปัญหาทางด้านครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดความอบอุ่น ขาดความสุขในครอบครัว ทำให้เด็กมีปัญหา ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

พบว่า ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจริยธรรมและอาชญากรรมเพราะเมื่อไม่มีเงินมาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็จะทำให้เกิดการชิงทรัพย์ จี้ ปล้น ลักขโมย รวมทั้งการข่มขืนกระทำชำเรา และฆ่าคนตาย<sup>(4)</sup> นอกจากนี้ แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคผ่านกลไก 3 ทาง คือ

1) จากผลของแอลกอฮอล์โดยตรงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีในร่างกาย เช่น ช่วยละลายลิ้มเลือด ป้องกันการแข็งตัวของเลือด จึงช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจอุดตัน แต่แอลกอฮอล์ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เป็นพิษต่อเซลล์ตับอ่อน ทำให้ฮอร์โมนทำงานไม่ปกติ

2) จากพิษของแอลกอฮอล์เมื่อมีปริมาณในเลือดสูงก่อดการทำงานของสมองเกิดอาการเมา โดยคนเมาแล้วขับรถเกิดอุบัติเหตุทางจราจร หรือเมาอาละวาดถูกจับลงโทษ หรือเมาแล้วฆ่าตัวตาย

3) จากการติดแอลกอฮอล์ โดยดื่มประจำหยุดไม่ได้ ตับถูกทำลายอักเสบจนเป็นตับแข็ง หรือครอบครัวเดือดร้อนถึงขั้นต้องหย่าร้าง<sup>(5)</sup>

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะการศึกษาผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านสุขภาพในอำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาแบบ Case-control Study โดยใช้กลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มควบคุมในอัตราส่วน 1:2 โดยตัวแปรที่จับคู่ได้แก่ เพศ และอายุ

### กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่าง (Case) เลือกตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกอายุรกรรมได้แก่ ผู้ป่วยทุกคนที่ป่วยเป็นโรคที่มีสาเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาใน รพช. และ รพ.สต. ในเขตอำเภอแสวงหา ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2555

2. กลุ่มควบคุม (Control) เลือกตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกอื่นนอกจากแผนกอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลแสวงหา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอแสวงหา

ในช่วงระหว่าง วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2555 การเลือกกลุ่มควบคุมจะคำนึงถึงการจับคู่กับกลุ่มผู้ป่วยในตัวแปรเพศและอายุ โดยกำหนดกลุ่มอายุแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 5 ปี เช่น กลุ่มตัวอย่างอายุ 40 ปี กลุ่มควบคุมที่จับคู่จะมีอายุในช่วง 35 ถึง 45 ปี

### การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้

การในการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) กระทำโดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้สร้างแบบสัมภาษณ์แล้วจัดอบรม/ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลแสวงหา ให้เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) Case เก็บข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ในประเด็นเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเจ็บป่วยจากผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลแสวงหาเพื่อรวบรวมจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Identify Case)

2) Control เก็บข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data)

### ผลการศึกษา

#### 1. คุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=200)		กลุ่มศึกษา (n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	176	88.0	88	88.0
หญิง	24	12.0	12	12.0
2. อายุ				
น้อยกว่า 45 ปี	24	12.0	12	12.0
45 – 59 ปี	50	25.0	24	24.0
60 ปีขึ้นไป	126	63.0	64	64.0
3. สถานภาพสมรส				
โสด	8	4.0	4	4.0
คู่	142	71.0	70	70.0
หม้าย/หย่า/แยก/ร้าง	50	25.0	26	26.0
4. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	4	2.0	8	8.0
ประถมศึกษา/เทียบเท่า	110	55.0	80	80.0
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	18	9.0	8	8.0
อนุปริญญา/ปวส./เทียบเท่า	50	25.0	2	2.0

โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ในประเด็นข้อมูลเดียวกับ Case ได้แก่ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเจ็บป่วย จากผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกอื่นนอกจากแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลแสวงหา และรพสต.ในเขตอำเภอแสวงหา โดยการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Accidental Sampling) เพื่อรวบรวมและจำแนก Case และ Control ในช่วงเวลาของการศึกษา (Identify case-control)

ประเด็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครอบคลุมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ประยุกต์มาจากแบบคัดกรองผู้ดื่มสุรา (AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ Odds Ratio, Confident Interval และ Chi-square

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=200)		กลุ่มศึกษา (n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรีขึ้นไป	18	9.0	2	2.0
5. บิดาหรือมารดาตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์				
ตีพิมพ์	20	10.0	62	62.0
ไม่ตีพิมพ์	180	90.0	38	38.0
6. ญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์				
ตีพิมพ์	188	94.0	100	100.0
ไม่ตีพิมพ์	12	6.0	0	0
7. อาชีพ				
เกษตรกร	46	23.0	30	30.0
รับจ้าง	40	20.0	30	30.0
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	18	9.0	0	0
ค้าขาย	18	9.0	4	4.0
นักเรียน/นักศึกษา	4	2.0	0	0
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	14	7.0	0	0
ไม่มีอาชีพที่แน่นอน	60	30.0	36	36.0
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 5000 บาท	50	25.0	36	36.0
5000 – 9999 บาท	106	53.0	64	64.0
10000 บาทขึ้นไป	44	22.0	0	0
9. การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	56	28.0	4	4.0
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	104	52.0	34	34.0
สูบ	40	20.0	62	62.0
10. อายุที่ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ครั้งแรก				
น้อยกว่า 15 ปี	14	7.0	38	38.0
15 – 19 ปี	178	89.0	48	48.0
20 ปีขึ้นไป	8	4.0	14	14.0

จากตาราง 1 ด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.0 โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 64.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา/เทียบเท่า ร้อยละ 80.0 รองลงมาได้แก่ ไม่มีอาชีพที่แน่นอนมากที่สุด ร้อยละ 36.0 รองลงมาได้แก่ มีอาชีพเกษตรกร และ รับจ้าง ร้อยละ 30.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5000 - 9999 บาท ร้อยละ 64.0 ส่วนใหญ่มีบิดาหรือมารดาตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ร้อยละ 62.0

มีญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่ตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ 48.0 โดยปัจจุบันยังสูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 62.0

ในด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.0 โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 63.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา/เทียบเท่า ร้อยละ 55.0 ไม่มีอาชีพที่แน่นอนมากที่สุด ร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่มีรายได้



ต่อเดือน 5000 - 9999 บาท ร้อยละ 53.0 ส่วนใหญ่มี  
บิดาหรือมารดาไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.0  
ส่วนใหญ่มีญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ร้อยละ 94.0 ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก  
เมื่ออายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ 89.0 เคยสูบบุหรี่แต่เลิก  
แล้วมากที่สุด ร้อยละ 52.0

### พฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=200)		กลุ่มศึกษา (n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความถี่ในการดื่ม				
เดือนละ 1 ครั้งหรือน้อยกว่า	124	62.0	2	2.0
ดื่ม 2 - 4 ครั้งต่อเดือน	72	36.0	18	18.0
ดื่ม 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์	4	2.0	42	42.0
ดื่มมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	0	0	38	38.0
2. ปริมาณการดื่มเบียร์ ต่อวัน				
ไม่ดื่ม	86	43.0	0	0
ดื่ม	114	57.0	100	100.0
ดื่ม 1 - 2 กระป๋องต่อวัน	104	52.0	10	10.0
ดื่มมากกว่า 2 แต่ไม่เกิน 3 กระป๋องต่อวัน	10	5.0	32	32.0
ดื่มมากกว่า 3 ไม่เกิน 4 กระป๋องต่อวัน	0	0	26	26.0
ดื่มมากกว่า 4 กระป๋องต่อวัน	0	0	32	32.0
3. ปริมาณการดื่มสุราต่อวัน				
ไม่ดื่ม	110	55.0	2	2.0
ดื่ม	90	45.0	98	98.0
ดื่มน้อยกว่า 1 เป๊กต่อวัน	76	38.0	8	8.0
ดื่ม 1- 2 เป๊กต่อวัน	12	6.0	28	28.0
ดื่มมากกว่า 2 ไม่เกิน 3 เป๊กต่อวัน	2	1.0	28	28.0
ดื่มมากกว่า 3 เป๊กต่อวัน	0	0	34	34.0
4. ความถี่ในการดื่มหนัก (เบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้า 3 เป๊กขึ้นไป)				
ไม่เคยเลย	80	40.0	32	32.0
เคย	120	60.0	68	68.0
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	52	26.0	4	4.0
เดือนละครั้ง	46	23.0	10	10.0
สัปดาห์ละครั้ง	22	11.0	32	32.0
เกือบทุกวันหรือทุกวัน	0	0	22	22.0
5. ไม่สามารถหยุดดื่มได้				
ไม่เคย	190	85.0	46	46.0
เคย	10	5.0	54	54.0
เคยนานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	10	5.0	46	46.0
เคยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	0	0	8	8.0
6. ความถี่ที่ไม่สามารถหยุดดื่มได้				
สัปดาห์ละครั้ง	0	0	2	2.0
เกือบทุกวันหรือทุกวัน	0	0	8	8.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=200)		กลุ่มศึกษา (n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. ดื่มสุราจนเสียนงานหรือเสียการเรียน				
ไม่เคย	198	99.0	62	62.0
เคย	2	1.0	38	38.0
8. ความถี่ในการดื่มสุราจนเสียนงานหรือเสียการเรียน				
ไม่เคย	198	99.0	62	62.0
เคย	2	1.0	38	38.0
น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	2	1.0	12	12.0
เดือนละครึ่ง	0	0	14	14.0
สัปดาห์ละครึ่ง	0	0	6	6.0
เกือบทุกวันหรือทุกวัน	0	0	6	6.0
9. มีอาการถอนหรือเมาค้าง				
ไม่เคย	196	98.0	54	54.0
เคย	4	2.0	46	46.0
เคยนานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	4	2.0	38	38.0
เคยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	0	0	8	8.0
10. ความถี่ที่มีอาการถอนหรือเมาค้าง (ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา)				
ไม่เคย	200	100.0	92	92.0
เคย	0	0	8	8.0
เดือนละครึ่ง	0	0	0	0
สัปดาห์ละครึ่ง	0	0	2	2.0
เกือบทุกวันหรือทุกวัน	0	0	6	6.0
11. โกรธหรือเสียใจจากสิ่งที่ทำไปในขณะที่ดื่มสุราเข้าไป				
ไม่เคย	196	98.0	80	80.0
เคย	4	2.0	20	20.0
เคยนานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	2	1.0	14	14.0
เคยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	2	1.0	6	6.0
12. ความถี่ที่โกรธหรือเสียใจจากสิ่งที่ทำไปในขณะที่ดื่มสุราเข้าไป (ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา)				
ไม่เคย	198	99.0	94	94.0
เคย	2	1.0	6	6.0
น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	2	1.0	2	2.0
เดือนละครึ่ง	0	0	2	2.0
เกือบทุกวันหรือทุกวัน	0	0	2	2.0
13. จำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ดื่มสุรา				
ไม่เคย	200	100.0	68	68.0
เคย	0	0	32	32.0
เคยนานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	0	0	28	28.0
เคยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	0	0	4	4.0

**ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)**

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=200)		กลุ่มศึกษา (n=100)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14. ความถี่ที่จำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ดื่มสุรา(ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา)				
สัปดาห์ละครั้ง	0	0	4	4.0
15. ตนเองหรือผู้อื่นได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุรา				
ไม่เคย	198	99.0	92	92.0
เคยนานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	2	1.0	8	8.0
16. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติพี่น้องหรือเพื่อนแสดงความเป็นห่วงต่อการดื่มสุรา				
ไม่เคย	194	97.0	34	34.0
เคย	6	3.0	66	66.0
เคยนานกว่า 1 ปีที่ผ่านมา	6	3.0	56	56.0
เคยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	0	0	10	10.0

จากตาราง 2 ด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างดื่ม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 42.0 ดื่มเบียร์ ร้อยละ 100.0 โดยดื่มเบียร์มากกว่า 2 แต่ไม่เกิน 3 กระป๋องต่อวัน และดื่มเบียร์มากกว่า 4 กระป๋องต่อวันมากที่สุด ร้อยละ 32.0 เท่ากัน และดื่มสุรา ร้อยละ 98.0 โดยดื่มสุรามากกว่า 3 เป๊กต่อวันมากที่สุด ร้อยละ 34.0 ส่วนใหญ่เคยดื่มหนัก 68.0 ส่วนใหญ่เคยดื่มจนไม่สามารถหยุดดื่มได้ ร้อยละ 54.0 และเคยดื่มสุราจนเสียงานหรือเสียการเรียน ร้อยละ 38.0 เคยมีอาการถอนหรือเมาค้าง ร้อยละ 8.0 เคยโกรธหรือเสียใจจากสิ่งที่ทำไปในขณะดื่มสุราเข้าไป ร้อยละ 20.0 เคยจำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ดื่มสุรา ร้อยละ 32.0 เคยทำให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุรา ร้อยละ 8.0 และส่วนใหญ่เคยทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติพี่น้องหรือเพื่อนแสดงความเป็นห่วงต่อการดื่มสุรา ร้อยละ 66.0

ด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มตัวอย่างดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เดือนละ 1 ครั้งหรือน้อยกว่ามากที่สุด ร้อยละ 62.0 ดื่มเบียร์ ร้อยละ 57.0 โดยส่วนใหญ่ดื่มเบียร์ 1 - 2 กระป๋องต่อวัน ร้อยละ 52.0 และดื่มสุรา ร้อยละ 45.0 โดยดื่มสุราน้อยกว่า 1 เป๊กต่อวันมากที่สุด ร้อยละ 38.0 ส่วนใหญ่เคยดื่มหนัก 60.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มจนไม่สามารถหยุดดื่มได้ ร้อยละ 85.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุราจนเสียงานหรือเสียการเรียน ร้อยละ 99.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการถอนหรือเมาค้าง ร้อยละ 98.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยโกรธหรือเสียใจจากสิ่งที่ทำไปในขณะดื่มสุราเข้าไป ร้อยละ 98.0 ไม่เคยจำไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ดื่มสุรา ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยทำให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลมาจากการดื่มสุรา ร้อยละ 99.0 และส่วนใหญ่ไม่เคยทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติพี่น้องหรือเพื่อนแสดงความเป็นห่วงต่อการดื่มสุรา ร้อยละ 97.0

**แผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์**

แผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ประยุกต์มาจากแบบคัดกรองผู้ดื่มสุรา (AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test) แบ่งคะแนนตามระดับความเสี่ยงอันตราย ดังนี้

- |   |               |             |
|---|---------------|-------------|
| 1. ไม่ดื่ม/ดื่ม-เสียงน้อย                   | ระดับ 0 - 7   | คะแนน       |
| 2. ดื่มในระดับเสียง จำแนกได้ดังนี้          |               |             |
| - ดื่ม/เสียงอันตราย                         | ระดับ 8 - 15  | คะแนน       |
| - ดื่มจนก่อให้เกิดอันตราย/อาจมีอาการติดสุรา | ระดับ 16 - 19 | คะแนน       |
| - ดื่มจนก่อให้เกิดอันตราย/ติดสุรา           | ระดับ 20      | คะแนนขึ้นไป |

ผลการศึกษาดังรายละเอียดในตาราง 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละจำแนกตามแบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=100)		กลุ่มศึกษา (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดื่ม/ดื่มแบบเสี่ยงน้อย	96	96.0	5	10.0
ดื่มในระดับเสี่ยง	4	4.0	45	90.0
- ดื่มเสี่ยงอันตราย	4	4.0	28	62.2
- ดื่มจนก่อให้เกิดอันตราย/อาจมีการติดสุรา	0	0	12	26.6
- ดื่มจนก่อให้เกิดอันตราย/ติดสุรา	0	0	5	11.1
รวม	100	100	50	100

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงร้อยละ 90.0 โดยดื่มแบบเสี่ยงอันตรายมากที่สุด ร้อยละ 62.2 โดยมีผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ดื่มแบบเสี่ยงน้อยเพียง ร้อยละ 10.0 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ดื่มแบบเสี่ยงน้อย ร้อยละ 96.0 โดยดื่มแบบเสี่ยงอันตรายเพียง ร้อยละ 4.0

## 2. สภาวะการณัปัญหาสุขภาพ

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคตับแข็ง มากที่สุด ร้อยละ 62.0 รองลงมาได้แก่ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ และโรคตับแข็งจากการติดสุรา ร้อยละ 18.0 และ 12.0 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตาราง 4

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละจำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

โรคที่เจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอาการพึ่งสุรา (Alcohol Dependence Syndrome)	4	4.0
การใช้สุราผิดประเภท (Alcohol Abuse)	4	4.0
โรคกระเพาะอาหารอักเสบ (Alcoholic Gastritis)	18	18.0
โรคตับแข็งจากการติดสุรา (Alcoholic Liver Cirrhosis)	12	12.0
โรคตับแข็ง (All Liver Cirrhosis)	62	62.0
รวม	100	100.0

ด้านประวัติการเจ็บป่วยของกลุ่มควบคุมพบว่า เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มากที่สุด ร้อยละ 21.0 รองลงมาได้แก่ โรคหอบหืด โรคความดันโลหิต

สูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.0, 13.0 และ 12.5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตาราง 5

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละจำแนกตามการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มควบคุม

โรคที่เจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)	42	21.0
หอบหืด (Asthma)	32	16.0
ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	26	13.0
เบาหวาน (Diabetic Mellitus)	25	12.5
ปอดบวม (Pneumonia)	21	10.5
เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastro Intestinal Hemorrhage )	20	10.0
เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากแบคทีเรีย (Bacterial Meningitis)	12	6.0
วัณโรค (Tuberculosis)	10	5.0
เกาต์ (Gout)	6	3.0
ภาวะมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural Effusion)	3	1.5
ไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever)	2	1.0
มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia)	1	0.5
รวม	200	100.0

**3. ความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับปัญหาสุขภาพ**

ผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 216 เท่า (OR=216.00, 95% CI=82.47 - 565.71) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป่วย

ด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value<0.001) เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 90.0 และผู้ป่วยด้วยโรคอื่นๆ ส่วนใหญ่มีประวัติที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 96.0 ดังรายละเอียดในตาราง 6

**ตารางที่ 6** ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดื่มแอลกอฮอล์		ป่วยด้วยโรคอื่น		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดื่ม	90	90.0	8	4.0	98
ไม่ดื่ม	10	10.0	192	96.0	202
รวม	100	100.0	200	100.0	300

$$\chi^2 = 224.166 \text{ df}=1 \text{ p-value}=0.000 \text{ OR}= 216.00 \text{ CI}=82.47 - 565.71$$



## วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 216 เท่า และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value <0.001) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มที่ศึกษามีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคตับแข็งมากที่สุดร้อยละ 62.0 รองลงมาคือโรคกระเพาะอาหารอักเสบและโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีตามลำดับ

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าความเสี่ยงข้างต้นเป็นค่าความเสี่ยงที่สูงมากจนอาจกล่าวได้ว่าเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่ได้เกิดจาก Confounder ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Petersen<sup>(6)</sup> ที่ศึกษาเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดการสะสมธาตุเหล็กในตับและเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับพบว่า แอลกอฮอล์และธาตุเหล็กต่างเหนี่ยวนำให้เกิด Oxidative Stress ซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อการเกิดเซลล์มะเร็งตับในคนที่มีธาตุเหล็กสะสมมากเกินไปในตับและดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Morgan, Mandayam, and Jamal<sup>(7)</sup> ที่ศึกษาเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งตับพบว่า แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดในการก่อให้เกิดโรคมะเร็งตับ คิดเป็นร้อยละ 25-45 ของโรคมะเร็งตับทั้งหมด อีกทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาประวัติการป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ศึกษา ที่พบว่าป่วยด้วยโรคตับแข็ง มากที่สุด ร้อยละ 62.0 รองลงมาได้แก่โรคกระเพาะอาหารอักเสบและโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีตามลำดับ รวมทั้งส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงถึง

## เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยพ.ศ.2544-2549 [ออนไลน์]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2555]. เข้าถึงได้จาก <http://www.cas.or.th/index.php?content=statistic&location=1&category=2&id=6>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.รายงานการสำรวจการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป [ออนไลน์]. 2554[เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2556]. เข้าถึงได้จาก <http://cas.or.th/index.php/matter/download/105%E2%80%8E>
3. สวัสดิ์ อัมฉนงกรชัย. เอกสารการประชุมวิชาการสุราแห่งชาติ. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2548.
4. ภาณุมาศ จิตสมบัติ. ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการดื่มและติดสุรา [ปริญญาสาธาณนุษยศาสตร์มหาบัณฑิต].เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2535.
5. Rehm J. et al. The Relationship of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking to Burden of Disease: An Addiction [Online]. 2003 [cited 2012 Jan 20] ; 98: 1209-28. Available from <http://www.cas.or.th/index.php?content=alcohol/>
6. Petersen D. R. Alcohol, Iron-associated Oxidative Stress, and Cancer. Alcohol [Online]. 2005 [cited 2012 Jan 20]; 35: 243-9 Available from <http://www.cas.or.th/index.php?content=alcohol>
7. Morgan T. R., Mandayam S., and Jamal M. M. Alcohol and Hepatocellular Carcinoma. Gastroenterology [Online]. 2004 [cited 2012 Sep 11]; 127(Suppl 1): S87-96 Available from <http://www.cas.or.th/index.php?content=alcohol>

## Abstract

The purpose of this study was to explore the health impact from alcohol consumption behavior. This study was a case-control study matched by sex and age at the ratio of 1:2. The study samples were patients who had diseases from alcohol consumption in department of internal medicine and the controls were patients in other departments of Sawangha hospital and Tambol health promoting hospital both internal and external departments. Questionnaires were used as a tool for data collection from 1 January to 31 December 2012. The study area was Sawangha hospital and Tambol health promoting hospital. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, odds ratio, 95% confident interval, and Chi-square.

The results showed that 100% of the study subjects were involved in drinking beer, and 98.0% involved in drinking whisky. Most of the study subjects (68.0%) were the heavy drink people. As far as the control group subjects were concerned, 57.0% were involved in drinking beer, and 45.0% of the controls involved in drinking whisky, while 60.0% of the controls were the heavy drink people. The pattern of alcohol consumption showed that 90.0% of the study subjects were high risk drink people and 96% of the controls were non-drink/ or low risk drink people

The majority of the case in the study subjects experienced liver cirrhosis (62.0%) 18.0% of the cases suffered from alcoholic gastritis, and 12.0% experienced alcoholic liver cirrhosis. The common diseases found among control were chronic obstructive pulmonary disease (21.0%), asthma, (16.0%), hypertension (13%) , and diabetic mellitus (12.5%).

The ratio of people who got sick because of alcohol consumption compared with those who did not drink alcohol was 216 times (OR=216.00). The results showed that patients who drank alcohol were significantly associated with liver cirrhosis, alcoholic gastritis, and alcoholic liver cirrhosis at 0.01 level of significance (p-value<0.001).

**Keywords:** *Health Impact, Alcohol*

ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัย  
จาก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2  
และ ถูกส่งต่อไปรับการรักษากับสถานพยาบาลตามสิทธิการรักษา  
Epidemiological Characteristics of Pulmonary Tuberculosis Patients  
Who Were Referred from the Office of Diseases Prevention Control Region 2  
to the Network Health Care Centers

พชราน ไพรสุวรรณ์

Phran Phraisuwan

สำนักงานสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2  
จังหวัดสระบุรี

Office of Diseases Prevention Control 2  
Saraburi

**บทคัดย่อ**

ในปีงบประมาณ 2554 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ได้ปรับเปลี่ยนระบบบริการแก่ผู้ป่วยวัณโรค จากเดิมที่ให้บริการวินิจฉัยและรักษา เป็นให้การวินิจฉัยแล้วส่งต่อไปรับการรักษากับสถานพยาบาลในเครือข่ายตามระบบส่งต่อ ในระยะเวลา 1 ปีแรก ของการดำเนินการในระบบใหม่ มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดเสมหะบวก 99 ราย ซึ่งต้องส่งต่อไปรับการรักษาระบบใน 15 จังหวัดปลายทาง ส่งต่อไปรับการรักษาระบบได้สำเร็จ 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.66 กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถส่งต่อได้ตามระบบเริ่มรักษาล่าช้ากว่าระบบเก่าร้อยละ 60.00 ค่ามัธยฐานของความล่าช้าเท่ากับ 1 วัน อัตราผลสำเร็จในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถส่งต่อได้ตามระบบ เท่ากับร้อยละ 87.69 ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อตามระบบส่งต่อ ในเบื้องต้นพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยจะไม่ไปรับการรักษากับสถานพยาบาลตามระบบส่งต่อ ขณะที่ผู้ป่วยที่สูงอายุจะรับการรักษากับสถานพยาบาลตามระบบส่งต่อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ RR เท่ากับ 1.46 95% CI 1.09 - 1.96 แต่เมื่อวิเคราะห์โดยควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ และสถานที่ตั้งของสถานพยาบาลปลายทาง พบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีผลต่อความสำเร็จของการส่งต่อ โดยพบว่าค่า Mantel – Haenszel Weighted Relative Risk เท่ากับ 1.11 และ Greenland / Robins Confidence Limits เท่ากับ 0.93 – 1.32

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบส่งต่อมีอัตราผลสำเร็จในการรักษาสูงกว่าเกณฑ์ จึงเป็นระบบที่มีศักยภาพที่สามารถใช้เป็นต้นแบบในการขยายบริการต่อไปได้

**คำสำคัญ :** วัณโรคปอด, ระบบส่งต่อ, ความล่าช้าในการรักษา, อัตราผลสำเร็จในการรักษา, ปัจจัย

## บทนำ

สืบเนื่องจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและปรับบทบาทหน้าที่ของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข<sup>(1)</sup> การให้บริการตรวจและรักษาผู้ป่วยวัณโรคของศูนย์สาธิตบริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี จึงได้รับการปรับเปลี่ยนเป็นระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยคงไว้เฉพาะการบริการตรวจวินิจฉัย ส่วนการรักษา จะเป็นการส่งต่อให้กับสถานบริการสาธารณสุขตามเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งปีงบประมาณ 2554 เป็นปีแรกของการให้บริการตามระบบใหม่ โดยมีประเด็นที่น่าวิตกกังวลหลายประเด็น เช่น ความสำเร็จของระบบส่งต่อความล่าช้าในการเริ่มการรักษาภายหลังได้รับการวินิจฉัย อัตราผลสำเร็จในการรักษา เป็นต้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 และถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลในเครือข่ายตามระบบส่งต่อผู้ป่วยรวมทั้งผลการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงระบบบริการส่งต่อผู้ป่วยต่อไป

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา (descriptive study) และแบบเชิงวิเคราะห์ (analytic study) โดยกลุ่มประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดเสมหะบวก จากศูนย์สาธิตบริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี และถูกส่งไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลตามสิทธิการรักษา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2554 รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 99 ราย ข้อมูลของผู้ป่วยที่รวบรวมและวิเคราะห์ได้จากศูนย์สาธิตบริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี และสถานพยาบาลปลายทางผู้ให้การรักษา ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน เอกสารการส่งต่อ เอกสารการขึ้นทะเบียน แบบบันทึกการรักษา และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนสถิติเชิงวิเคราะห์ที่ใช้ ได้แก่ chi-square test, relative risk และ 95% CI ของ relative risk,

Mantel – Haenszel Weighted Relative Risk และ Greenland / Robins Confidence Limits ซึ่งการศึกษานี้ได้ผ่านและถูกควบคุมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

## ผลการศึกษา

### 1. ลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก

ในปีงบประมาณ 2554 ศูนย์สาธิตบริการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ได้ให้บริการตรวจวินิจฉัยวัณโรคและส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลในเครือข่ายตามระบบส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกจำนวนทั้งสิ้น 99 ราย โดยส่งต่อไปยังสถานบริการในจังหวัดปลายทางรวม 15 จังหวัด ซึ่งเป็นจังหวัดในเขตพื้นที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี 4 จังหวัด และนอกเขต 11 จังหวัด ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเป็นเพศชาย ร้อยละ 67.78 ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 47 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี และสูงสุด 87 ปี ผู้ป่วยมีสัญชาติไทยร้อยละ 98.99 และเป็นชาวต่างชาติสัญชาติพม่า 1 ราย พบเป็นผู้ป่วยที่วินิจฉัยเสมหะบวกรายใหม่ร้อยละ 95.96 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดเสมหะบวก

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนทั้งหมด	99	100.00
เพศ		
ชาย	67	67.68
หญิง	32	32.32
อายุ (ปี)		
0 - 14	0	0.00
15 - 24	5	5.05
25 - 34	15	15.15
35 - 44	22	22.22
45 - 54	23	23.24
55 - 64	13	13.13
> = 65	21	21.21
สัญชาติ		
ไทย	98	98.99
พม่า	1	1.01
ชนิดผู้ป่วย		
ใหม่เสมหะบวก	95	95.96
กลับเป็นซ้ำ	2	2.02
รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว	2	2.02
จังหวัดปลายทาง		
ในเขต*		
สระบุรี	35	35.36
ลพบุรี	28	28.28
อ่างทอง	4	4.04
สิงห์บุรี	4	4.04
นอกเขต		
พระนครศรีอยุธยา	11	11.11
นครนายก	4	4.04
เพชรบูรณ์	3	3.03
นครราชสีมา	2	2.02
ปทุมธานี	2	2.02
กรุงเทพมหานคร	1	1.01
สมุทรปราการ	1	1.01
สระแก้ว	1	1.01
นครสวรรค์	1	1.01
พิษณุโลก	1	1.01
สุราษฎร์ธานี	1	1.01

\*จังหวัดในเขตพื้นที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

## 2. ผลลัพธ์ของการให้บริการรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอดตามระบบส่งต่อ

ผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรับการรักษายังสถานพยาบาลตามระบบได้สำเร็จ 65 ราย นั้นถูกส่งต่อไปยังสถานพยาบาลในจังหวัดปลายทาง 11 จังหวัด ซึ่งเป็นจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 4 จังหวัด และนอกเขต 7 จังหวัด ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อและไปรับการรักษาตามสิทธิ เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.62 มีอายุเฉลี่ย 49 ปี มีอายุระหว่าง 18 – 85 ปี สัญชาติไทย ร้อยละ 98.46 เป็นชาวต่างชาติสัญชาติพม่า 1 คน

ผลการรักษาตามระบบใหม่ พบว่า รักษาหาย 47 ราย รักษาครบ 10 ราย ขาดยา 5 ราย โอนออกไม่ทราบผลการรักษา 2 ราย ล้มเหลว 1 ราย ไม่มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต อัตราผลสำเร็จในการรักษา เท่ากับร้อยละ 87.69

ความล่าช้าในการเริ่มรักษาหลังได้รับการวินิจฉัยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 1 วัน ผู้ป่วยไปรับการรักษาเร็วที่สุด คือ ภายในวันที่ทราบผลการวินิจฉัย ช้าที่สุด 101 วัน หลังทราบผลวินิจฉัย

### ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก ที่ส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลในเครือข่ายได้สำเร็จ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนทั้งหมดที่ส่งต่อ	จำนวนที่ไปรักษาต่อสำเร็จ	ร้อยละที่ไปรักษาต่อสำเร็จ
จำนวนทั้งหมด	99	65	65.66
เพศ			
ชาย	67	42	62.69
หญิง	32	23	71.88
อายุ (ปี)			
0 – 14	0	0	0.00
15 - 24	5	2	40.00
25 – 34	15	13	86.67
35 – 44	22	9	40.91
45 – 54	23	15	65.22
55 – 64	13	12	92.31
> = 65	21	14	66.67
สัญชาติ			
ไทย	98	64	65.31
พม่า	1	1	100.00
ชนิดผู้ป่วย			
ใหม่เสมหะบวก	95	63	66.32
กลับเป็นซ้ำ	2	2	100.00
รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว	2	0	0.00
จังหวัดปลายทาง			
ในเขต*			
สระบุรี	35	21	60.00
ลพบุรี	28	20	71.43
อ่างทอง	4	4	100.00
สิงห์บุรี	4	2	50.00
นอกเขต			
พระนครศรีอยุธยา	11	6	54.54
นครนายก	4	4	100.00



**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดผสมหอบหืด ที่ส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล ในเครือข่ายได้สำเร็จ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนทั้งหมดที่ส่งต่อ	จำนวนที่ไปรักษาต่อสำเร็จ	ร้อยละที่ไปรักษาต่อสำเร็จ
เพชรบูรณ์	3	3	100.00
นครราชสีมา	2	2	100.00
ปทุมธานี	2	0	0.00
กรุงเทพมหานคร	1	0	0.00
สมุทรปราการ	1	1	100.00
สระแก้ว	1	0	0.00
นครสวรรค์	1	1	100.00
พิษณุโลก	1	1	100.00
สุราษฎร์ธานี	1	0	0.00

\*จังหวัดในเขตพื้นที่ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

**ตารางที่ 3** จำนวนอัตราผลสำเร็จในการรักษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนที่ส่งต่อ	รักษาหายหรือรักษาครบ	อัตราผลสำเร็จในการรักษา
เพศ			
ชาย	42	35	83.33%
หญิง	23	22	95.65%
อายุ (ปี)			
0 - 14	0	0	0.00%
15 - 24	2	1	50.00%
25 - 34	13	11	84.62%
35 - 44	9	8	88.89%
45 - 54	15	12	80.00%
55 - 64	12	12	100.00%
> = 65	14	13	92.86%
สัญชาติ			
ไทย	64	56	87.50%
พม่า	1	1	100.00%
ชนิดผู้ป่วย			
ใหม่ผสมหอบหืด	63	55	87.30%
กลับเป็นซ้ำ	2	2	100.00%
จังหวัดปลายทาง			
ในเขต			
สระบุรี	21	18	85.71%
ลพบุรี	20	16	80.00%
อ่างทอง	4	4	100.00%
สิงห์บุรี	2	2	100.00%

**ตารางที่ 3** จำนวนอัตราผลสำเร็จในการรักษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนที่ส่งต่อ	รักษาหายหรือรักษาครบ	อัตราผลสำเร็จในการรักษา
<b>นอกเขต</b>			
พระนครศรีอยุธยา	6	6	100.00%
นครนายก	4	3	75.00%
เพชรบูรณ์	3	3	100.00%
นครราชสีมา	2	2	100.00%
สมุทรปราการ	1	1	100.00%
นครสวรรค์	1	1	100.00%
พิษณุโลก	1	1	100.00%

**ตารางที่ 4** ความล่าช้าในการรักษาหลังทราบผลวินิจฉัย

จำนวนวันที่ล่าช้า	จำนวน	ร้อยละ
0 วัน*	26	40.00
1 วัน	8	12.31
2 ถึง 14 วัน	27	41.54
มากกว่า 14 วัน	4	6.15

\* ไปถึงสถานบริการปลายทางและเริ่มรับการรักษาภายในวันที่ทราบผลวินิจฉัย

**3. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษา  
โรคปอดตามระบบส่งต่อ**

**3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อ**

ในการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเพศอายุและจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย เบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุสูงกว่าค่ามัธยฐานของกลุ่ม จะมีความสัมพันธ์กับการส่งต่อสำเร็จที่ RR เท่ากับ 1.46 95% CI 1.09 -

1.96 แต่เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านอายุโดยควบคุมตัวแปรด้านเพศและจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยพบว่าปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการส่งต่อสำเร็จ โดยคำนวณค่า Mantel – Haenszel Weighted Relative Risk (MHRR) ได้เท่ากับ 1.11 และ Greenland / Robins Confidence Limits เท่ากับ 0.93 – 1.32

**ตารางที่ 5** ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการส่งต่อผู้ป่วยโรคปอดไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลตามสิทธิ์

ปัจจัย	RR	95% CI	p value
เพศ	0.87	0.66 – 1.16	0.368
อายุ	1.46	<u>1.09 – 1.96</u>	0.009
สถานพยาบาลในหรือนอกเขต	1.03	0.75 – 1.42	0.857

### 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อผลการรักษา

ในการวิเคราะห์ปัจจัยด้าน เพศ อายุ จังหวัดที่ตั้งของพยาบาลที่รับผู้ป่วย และความล่าช้าในการเริ่ม

รักษาหลังทราบผลวินิจฉัย ไม่พบว่าปัจจัยที่ศึกษาปัจจัยใดมีผลเกี่ยวข้องกับผลสำเร็จในการรักษา

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลตามสิทธิ์

ปัจจัย	RR	95% CI	p value
เพศ	0.87	0.74 – 1.02	0.148
อายุ	1.14	0.95 – 1.36	0.170
สถานพยาบาลในหรือนอกเขต	0.90	0.76 – 1.06	0.305
เริ่มรักษาโดยไม่ล่าช้า	0.94	0.78 – 1.15	0.538

### วิจารณ์

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ศูนย์สาธิตบริการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 เป็นชายมากกว่าหญิง ประมาณ 2 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในระดับประเทศที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคเป็นชายมากกว่าหญิง ประมาณ 2 เท่า เช่นกัน<sup>(2)</sup> แต่ปัจจัยเรื่องเพศไม่มีผลต่อความสำเร็จในการส่งต่อ คือ ในกลุ่มที่ส่งต่อสำเร็จกับกลุ่มที่ส่งต่อไม่สำเร็จมีสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 2 เท่าเหมือนกัน รวมถึงไม่มีผลต่ออัตราผลสำเร็จในการรักษาในกลุ่มที่เลือกมารับการรักษาตามระบบ

ร้อยละ 59 เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 35 – 64 ปี ร้อยละ 21 มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ขณะที่เพียงร้อยละ 20 ที่อายุอยู่ระหว่าง 15 -34 ปี ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 47 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 87 ปี ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นกลุ่มที่ค่อนข้างสูงอายุ คือ มีค่ามัธยฐานของอายุที่พ้นวัยเจริญพันธุ์แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในระดับประเทศที่พบว่าอัตราป่วยด้วยวัณโรคจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่อายุมากขึ้น<sup>(2)</sup> ซึ่งภาพรวมของปัญหาวัณโรคในระดับโลกก็พบรูปแบบเหมือนกัน<sup>(3)(4)</sup> คือ วัณโรคเป็นปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีอายุมากกว่าค่ามัธยฐานกับกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับค่ามัธยฐาน โดยการวิเคราะห์เบื้องต้น

พบว่าในกลุ่มที่สูงอายุจะใช้บริการตามระบบที่จัดให้ ซึ่งทำให้กระบวนการส่งต่อประสบผลสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญ ที่ RR เท่ากับ 1.46 95% CI 1.09 - 1.96 แต่หลังจากการควบคุมตัวแปร เพศ และจังหวัดที่ตั้งของสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย พบว่าปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการส่งต่อตามระบบบริการ และในกลุ่มผู้ที่เลือกมารับการรักษาตามระบบพบว่าอายุที่แตกต่างกันไม่มีผลให้อัตราผลสำเร็จในการรักษาต่างกัน

ปัจจัยด้านสถานบริการปลายทางซึ่งคาดว่าจะมีผลกระทบต่อการส่งต่อ กลับไม่ทำให้เกิดผลที่แตกต่างในประชากรกลุ่มศึกษานี้ จาก 15 จังหวัด ที่เป็นจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 4 จังหวัด และนอกเขต 11 จังหวัด ไม่พบว่าการอยู่ในเขตหรือนอกเขตให้ผลลัพธ์การส่งต่อที่แตกต่างกัน และจังหวัดปลายทาง 11 จังหวัด ที่มีผู้ป่วยวัณโรคไปรับการรักษาตามระบบส่งต่อเป็นจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 4 จังหวัด นอกเขต 7 จังหวัด ไม่พบว่าการอยู่ในเขตหรือนอกเขตเป็นปัจจัยที่ทำให้อัตราผลสำเร็จในการรักษาแตกต่างกัน

ความล่าช้าในการรักษา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ health care system delay<sup>(5)</sup> เป็นปัจจัยที่เป็นที่สนใจมาก เนื่องจากแต่เดิมการรักษาจะเริ่มในวันที่ทราบผลวินิจฉัย แต่ในระบบใหม่จะมีขั้นตอนการเดินทาง

ไปรับการรักษาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในการศึกษานี้พบว่า มีอัตราการของความล่าช้าเท่ากับ 1 วัน คือ มีผู้ที่ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลปลายทางในวันที่ทราบผลวินิจฉัยเลยหรือไปในวันรุ่งขึ้นรวมกันเกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มประชากรที่ศึกษา เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เดินทางไปรับการรักษาในวันที่ทราบผลการวินิจฉัยกับกลุ่มที่มีความล่าช้าในการรักษาแล้ว พบว่า ความล่าช้าดังกล่าวไม่มีผลต่ออัตราผลสำเร็จในการรักษาในการศึกษานี้

ในด้านผลสำเร็จในการรักษาในกลุ่มที่เลือกใช้บริการการรักษาตามระบบ จำนวน 65 ราย มีอัตราผลสำเร็จในการรักษา เท่ากับร้อยละ 87.69 ซึ่งผ่านเกณฑ์ตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติที่กำหนดให้อัตราผลสำเร็จในการรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 85<sup>(6)</sup> ในการศึกษาที่ช่วยยืนยันว่าการรักษาวัณโรคตามระบบส่งต่อตามนโยบายใหม่ให้อัตราผลสำเร็จในการรักษาได้ตามเกณฑ์ถ้าสามารถบริหารจัดการให้ผู้ป่วยเลือกใช้บริการตามระบบที่ว่างไว้ แสดงให้เห็นว่าเครือข่ายระบบส่งต่อมีความพร้อมในการให้การรักษาวัณโรค

การเพิ่มจำนวนของชาวต่างชาติในประเทศไทย โดยเฉพาะพลเมืองของประเทศกลุ่มอาเซียนปรากฏให้เห็นในการศึกษานี้ โดยพบชาวพม่า 1 ราย ในกลุ่มประชากรที่ศึกษา เป็นสัญญาณว่าต้องเริ่มการปรับกระบวนการให้บริการให้เข้ากับบริบทของการเปิดเสรีมากขึ้น

เนื่องจากการศึกษานี้ทำขึ้นในปีแรกของการเปลี่ยนระบบ จึงอาจมีข้อบกพร่องบ้างในเรื่องการออกแบบการศึกษา เนื่องจากขาดข้อมูลที่จะใช้เป็นแนวทาง และข้อจำกัดอีกประการหนึ่งก็คือ เป็นการศึกษาจากข้อมูลที่เป็นข้อมูลเอกสาร ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งมีปัญหาหลักในด้านขอบเขตของข้อมูลที่เก็บบันทึกไว้มีจำกัด ซึ่งขาดรายละเอียดและขาดข้อมูลในเชิงลึก

แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่คาดว่าจะปัญหาต่อระบบ เช่น ความล่าช้าในการรักษา ไม่ได้เป็นปัจจัยปัญหาмаกดังที่คาดไว้ และเครือข่ายระบบส่งต่อในการศึกษานี้มีศักยภาพเพียงพอพร้อมในการให้การรักษาวัณโรค

## ข้อเสนอแนะ

1) การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยเครือข่ายระบบส่งต่อให้อัตราผลสำเร็จในการรักษาตามเกณฑ์สามารถเลือกรูปแบบนี้เป็นต้นแบบในการขยายบริการได้

2) ควรศึกษาพฤติกรรมทางเลือกบริการรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เลือกรับบริการตามระบบเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงบริการ และปรับปรุงการควบคุมป้องกันวัณโรค

3) ควรศึกษาเรื่องความล่าช้าในการเริ่มรักษาถึงแม้ในการศึกษานี้จะไม่มีผลต่ออัตราผลสำเร็จในการรักษา แต่เป็นปัญหาที่ต้องปรับปรุงเพื่อลดการแพร่กระจายวัณโรค

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ทิศทางและกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.

2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังวัณโรคประจำปี 2553. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.

3. Raviglione M, O'Brien R. Tuberculosis. In: Longo D et al., editors. Harrison's principle of internal medicine. 18<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.; 2012.

4. Buff A, Raviglione M. Tuberculosis. In: Heymann D, editor. Control of communicable diseases manual. 19<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Public Health Association; 2008.

5. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. Diagnostic and treatment delay in tuberculosis. Cairo: Metropole; 2006.

6. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกดีแอนด์ดีไซน์; 2552.

## Abstract

Since the 2011 fiscal year, Office of Diseases Prevention Control 2 Saraburi reformed the service system for pulmonary tuberculosis patients to referral system. In first year of new service system resulted 99 cases of pulmonary tuberculosis sputum positive were diagnosed by Office of Diseases Prevention Control 2 Saraburi. The success rate of referral system was 65.66%. 60.00% of patients faced the treatment delay problem but the median of treatment delay was only 1 day. The success rate of treatment among patients who involve in new service system were 87.69%. The method of Mantel – Haenszel Weighted Relative Risk with Greenland / Robins Confidence Limits were used to analyze and revealed that among the factors of age, sex and location of the network health care centers there no relation to the success rate of referral system with Mantel – Haenszel Weighted Relative Risk 1.11 and Greenland / Robins Confidence Limits 0.93 – 1.32.

This referral system for pulmonary tuberculosis patients is potential model for expansion of service.

*Keywords : Pulmonary Tuberculosis, Referral System, Treatment Delay, Success Rate, Factors*

การพัฒนาสุขาสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบ  
ของศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี  
The Development of Public Toilets of Health Promoting Temples  
under the Responsibility of the 2<sup>nd</sup> Regional Health Promoting Center, Saraburi

วิชาญ ดำรงค์กิจ  
ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี

Vichan Damrongkij  
2<sup>nd</sup> Regional Health Promoting Center, Saraburi

**บทคัดย่อ**

การวิจัยและพัฒนาสุขาสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหาและความต้องการของการดูแลสุขาสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพ 2) ศึกษาแนวทางการพัฒนาการดูแลสุขาสาธารณะของวัดส่งเสริมสุขภาพ 3) พัฒนาการดูแลสุขาสาธารณะของวัดส่งเสริมสุขภาพโดยมีกลุ่มตัวอย่างได้แก่ วัดส่งเสริมสุขภาพที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินสุขาสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดชัยนาท จำนวน 13 วัด เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และการประชุมประชาพิจารณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยมีดังนี้

1. สภาพปัจจุบันการดูแลสุขาสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขาสาธารณะ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย เจตคติในการดูแลสุขาสาธารณะ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจในการใช้สุขาสาธารณะของวัดอยู่ในระดับควรปรับปรุง

2. แนวทางและวิธีการพัฒนาการดูแลสุขาสาธารณะของวัดส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ 1. การดูแลสุขาอย่างถูกวิธีและการล้างมือ 2. ให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อจากการใช้สุขาสาธารณะ 3. การทำน้ำยาล้างมือและน้ำยาล้างสุขาสาธารณะ 4. ให้ความรู้เรื่องสุขอนามัยระดับประเทศ 5. นิเทศติดตามวัดส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6. การประกวดสุขาสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพ 7. จัดภูมิทัศน์รอบบริเวณสุขาสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพ

3. ผลการพัฒนาการดูแลสุขาสาธารณะของวัดส่งเสริมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขาสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ความรู้ของประชาชนในการดูแลสุขาสาธารณะอยู่ในระดับมาก เจตคติในการดูแลสุขาสาธารณะอยู่ในระดับมากที่สุด ประชาชนมีความพึงพอใจในการใช้สุขาสาธารณะของวัดอยู่ในระดับมากที่สุด โดยสุขาสาธารณะของวัดส่งเสริมสุขภาพทุกวัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาสาธารณะ และมีหนึ่งวัดที่เข้าร่วมโครงการชนะเลิศประกวดสุขาสาธารณะระดับเขต

**คำสำคัญ :** การพัฒนา, สุขาสาธารณะ, วัดส่งเสริมสุขภาพ



## บทนำ

วัดเป็นสถานที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยให้หลักธรรมทางพุทธศาสนา เพื่อให้ประชาชนนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุข และรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงความเจริญของโลก จึงมีประชาชนเข้ามาสนทนาธรรม ทำบุญ และพบปะพูดคุยกัน ตลอดจนใช้วัดเป็นสถานที่สำคัญในการจัดงานต่างๆ เช่น งานบวช งานแต่งงาน งานศพ และงานสำคัญทางพุทธศาสนา วัดจึงเป็นแหล่งที่มีผู้มาใช้บริการเสมอ<sup>(1)</sup> สัมผัสจึงมีบทบาทในการต้อนรับผู้มาเยือน และวัดจำเป็นต้องให้บริการสังคมสาธารณะแก่ประชาชนทั่วไป เพื่อสุขภาพของประชาชน ตลอดจนพระภิกษุและสามเณรของวัด<sup>(2)</sup>

วัดจึงควรพัฒนาปรับปรุงสังคมสาธารณะให้ได้มาตรฐาน มีความสะอาดเพียงพอและปลอดภัยรวมทั้งพัฒนาพฤติกรรมการใช้ส้วมอย่างถูกวิธี ซึ่งหากพฤติกรรมการใช้ส้วมไม่ถูกต้อง ส้วมอาจเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคต่างๆ มากมายที่อาจติดต่อจากการใช้ส้วมได้ ได้แก่ โรคติดต่อจากทางหายใจ เช่น ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ โรคหัด โรคหัดเยอรมัน วัณโรค ซึ่งติดต่อจากการหายใจ และมือที่ไปสัมผัสกับสิ่งของเครื่องใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น ลูกบิดประตู สายฉีดชำระ รวมทั้งโรคติดต่อทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย โรคบิด โรคตับอักเสบชนิดเอ อหิวาตกโรค ที่ปนเปื้อนมาจากมือและการมีเชื้อโรคปนเปื้อนตามพื้นบริเวณส้วม อีกทั้งโรคหนองพยาธิที่อาจปนเปื้อนมากับอุจจาระ และอุบัติเหตุจากการใช้ส้วมที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น<sup>(2)</sup>

ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี ซึ่งรับผิดชอบจังหวัดสระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท จึงได้จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี 2554 เพื่อดำเนินการพัฒนาสังคมสาธารณะของวัดส่งเสริมสุขภาพให้ได้มาตรฐานตามที่กรมอนามัยได้จัดทำขึ้น ด้วยมุ่งหวังที่จะป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรม การใช้ส้วมอย่างถูกวิธี อันจะก่อให้เกิดประโยชน์กับพระภิกษุ สามเณร ตลอดจนประชาชนผู้มาใช้บริการ

จากการรายงานส้วมวัดส่งเสริมสุขภาพ ปี 2553 จำนวนทั้งสิ้น 103 วัด พบว่า จังหวัดสระบุรี ผ่านเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะ 39 วัด จังหวัดลพบุรีผ่านเกณฑ์ 10 วัด จังหวัดสิงห์บุรีผ่านเกณฑ์ 25 วัด ส่วนจังหวัด

ชัยนาทผ่านเกณฑ์เพียง 10 วัดจากจำนวน 29 วัด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะวิจัยและพัฒนาสังคมสาธารณะของวัดส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดชัยนาท<sup>(3)</sup>

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาสังคมสาธารณะของวัดส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดชัยนาท
2. เพื่อศึกษาแนวทางวิธีการพัฒนาและดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาสังคมสาธารณะของวัดส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดชัยนาท
3. เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสังคมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดชัยนาท

## วิธีการศึกษา

### 1. ขอบเขตพื้นที่ผู้วิจัย

ดำเนินการวิจัยในวัดส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชัยนาท จำนวน 13 วัด ได้แก่ วัดพระยาตาก วัดธรรมามูล วัดนางลือ วัดคงคาราม วัดมะปรางค์ วัดอินทาราม วัดท่ากระแส วัดโคกดอกไม้ วัดสระไม้แดง วัดท่ากฤษณา วัดหนองกระดาน วัดดอนใหญ่ และวัดสฤตถาราม

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลส้วมของวัด เจ้าอาวาสวัดกรรมการวัดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพ.สต. และนักวิชาการสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่วิจัยทุกคน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.2.1 ผู้มีส่วนสำคัญในการพัฒนา ได้แก่ ผู้ดูแลส้วมของวัด จำนวน 20 คน

2.2.2 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาส้วมในวัดส่งเสริมสุขภาพจังหวัดชัยนาท ได้แก่ เจ้าอาวาสวัด 13 รูป กรรมการวัด 8 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพ.สต. 7 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน รวม 30 คน

### 3. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในการศึกษาการพัฒนาส้วมในวัดส่งเสริมสุขภาพจังหวัดชัยนาท ได้ดำเนินการศึกษาตามกรอบแนวคิด 7 ด้าน คือ 1) การดูแลส้วมอย่างถูกวิธีและ

การล้างมือ 2) ให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อจากการใช้ส้วมสาธารณะ 3) การทำน้ำยาล้างมือ และน้ำยาล้างส้วมสาธารณะ 4) ให้ความรู้เรื่องสุขยอศส้วมระดับประเทศ 5) นิเทศติดตามวัดส่งเสริมสุขภาพของศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรีร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขของจังหวัดชัยนาท 6) ประกวดส้วมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพแก่วัดต่างๆในจังหวัดชัยนาท 7) จัดภูมิทัศน์รอบบริเวณส้วมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพในแต่ละวัด

#### 4. ขอบเขตเวลา

ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2553 – ตุลาคม 2554

5. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และประเด็นการจัดประชาพิจารณ์ (public dialogue)

6. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสอบถามการสัมภาษณ์ และการจัดประชาพิจารณ์ (public dialogue) ในวัดส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดชัยนาท

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหาและการตีความ

### ผลการวิจัย

1. สภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการของการพัฒนาส้วมสาธารณะของวัดส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดชัยนาทจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ในประเด็นด้านการดูแลส้วมสาธารณะของวัดส่วนใหญ่พบว่าวัดยังขาดผู้รับผิดชอบดูแลทำความสะอาดส้วมสาธารณะของวัด โดยการดูแลทำความสะอาดอาศัยผู้สูงอายุที่มาปฏิบัติธรรมและผู้มีจิตอาสา มาทำความสะอาดแทน นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังขาดองค์ความรู้เรื่องการดูแลและทำความสะอาดส้วมอย่างถูกวิธี สบู่ล้างมือยังมีไม่ครบถ้วน ขาดองค์ความรู้เรื่องการออกแบบส้วมที่ถูกต้อง และยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาส้วมของวัดส่งเสริมสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลส้วมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 1.80 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ส้วมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 50 เจตคติที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลส้วมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.65 และความพึงพอใจของผู้ใช้ส้วมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุงคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 1.31 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรม ความรู้ เจตคติ และความพึงพอใจในการดูแลส้วมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดชัยนาท

ภาพรวมพฤติกรรมกรรมการดูแลส้วมสาธารณะ	ค่าเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรม
1. พฤติกรรม	1.80	พอใช้
2. ความรู้	50	น้อย
3. เจตคติ	2.65	ปานกลาง
4. ความพึงพอใจ	1.31	ควรปรับปรุง

2. แนวทางการพัฒนาและดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาส้วมสาธารณะของวัดส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดชัยนาทในการวิจัยระยะนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อหาแนวทาง

ในการพัฒนาโดยการสร้างโอกาส กระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน และเสริมพลังให้ผู้มีส่วนอย่างสำคัญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลส้วมโดยทุกฝ่ายได้มาร่วมกันระดมความคิดเพื่อแสวงหา

แนวทาง วิธีการพัฒนา และกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนาสังคมในวัดส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดชัยนาท โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในวันที่ 10 มกราคม พ.ศ.2554 ตั้งแต่เวลา 09.00 น. - 12.00 น. ณ ห้องประชุมสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ซึ่งเป็นการประชุมของผู้ที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมกรดูแลสังคมในวัดส่งเสริมสุขภาพ

จังหวัดชัยนาท โดยฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ เจ้าอาวาสวัด กรรมกรวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข และผู้ดูแลสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันแสวงหาแนวทาง วิธีการและดัชนีชี้วัดความสำเร็จ ในการพัฒนาสังคมในวัดส่งเสริมสุขภาพ โดยมีแนวทางการพัฒนาจำนวน 7 ประเด็นรายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2 ผลการพัฒนาแนวทางและตัวชี้วัดความสำเร็จในการดูแลสังคมสาธารณะของวัดส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดชัยนาท**

ภาพรวมพฤติกรรมกรดูแลสังคมสาธารณะ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ
1. การพัฒนาผู้ดูแลสังคมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพให้มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมกรดูแลสังคมที่ถูกต้อง	1. ผู้ดูแลสังคมมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสังคมสาธารณะระดับมาก
2. ให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อจากการใช้สังคมสาธารณะ	2. ผู้ดูแลสังคมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรดูแลสังคมสาธารณะระดับมาก
3. การทำน้ายาล้างสังคมสาธารณะ	3. ผู้ดูแลสังคมมีเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสังคมสาธารณะระดับมากที่สุด
4. การศึกษาดูงานสุดยอดสังคมระดับประเทศ	4. ผู้ดูแลสังคมสาธารณะที่วัดส่งเสริมสุขภาพสามารถทำน้ายาล้างสังคมได้เอง
5. นิเทศติดตามสนับสนุนการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ	5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีกิจกรรมการศึกษาดูงานสุดยอดสังคมระดับประเทศอย่างน้อย 1 ครั้ง
6. ประเมินสังคมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพ	6. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีกิจกรรมนิเทศติดตามสนับสนุนการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
7. จัดภูมิทัศน์รอบบริเวณสังคมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพ	7. สังคมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS
	8. ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการดูแลสังคมสาธารณะทุกรายการระดับมากที่สุด

3. ผลการพัฒนาการดูแลสังคมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดชัยนาทจากแนวทาง 7 ประเด็นที่ได้จากการพัฒนาในระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการนำสู่การพัฒนาโดยใช้แนวทางที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แล้วนำกิจกรรมที่กำหนดเป็นแนวทางนั้น ไปพัฒนาการดูแลสังคม

สาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพ โดยการอบรมให้ความรู้ การดูแลรักษาความสะอาดสังคมอย่างถูกวิธี การผลิตน้ายาทำความสะอาดสังคม และมีการนำแกนไปศึกษาดูงานสุดยอดสังคมระดับประเทศที่วัดท่ากรัง วัดเขาวงพระจันทร์ และเทศบาลเมืองลพบุรี ทำให้เกิดการกระตุ้นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยการร่วมกัน

ออกแบบส้วม และสร้างต้นแบบส้วมที่วัดสกุลนาราม และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการประชุมร่วมคิด ร่วมทำในการพัฒนาส้วมของวัด ประกอบด้วย การจัด เวิร์กช็อปส้วมของวัดเป็นรายหมู่บ้าน และจัดกิจกรรม ทำความสะอาดส้วมของวัดทุกสามเดือน การจัดสวน ห่อมรอบห้องส้วมสาธารณะของวัด การมีกล่องรับ ความคิดของประชาชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาส้วม ของวัด การนำเสนอผลงานการพัฒนาส้วมของวัด ในการนิเทศติดตาม 4 ครั้ง และการกระตุ้นให้เกิดแรง จูงใจโดยการประกวดส้วมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขต โดยมีวัดสกุลนารามได้รับรางวัลชนะเลิศระดับเขต ผลการพัฒนา มีดังนี้

1. ผู้ดูแลส้วมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลส้วมสาธารณะ ทุกรายการระดับมาก คะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 99
2. ผู้ดูแลส้วมมีพฤติกรรมการดูแลส้วมสาธารณะ ทุกรายการระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.8
3. ผู้ดูแลส้วมสาธารณะมีเจตคติที่ถูกต้องต่อการดูแลส้วมสาธารณะ ทุกรายการระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 5.0
4. ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการดูแลส้วมสาธารณะ ทุกรายการระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.69
5. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีกิจกรรมการศึกษา ดูงานส้วมระดับประเทศจำนวน 1 ครั้ง
6. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีกิจกรรมนิเทศติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพครอบครัวทุกวัด จำนวน 4 ครั้ง
7. ส้วมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS จำนวน 13 วัด
8. ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการดูแลส้วมสาธารณะ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

## วิจารณ์

จากการพัฒนาส้วมสาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดชัยนาททั้ง 13 วัด ซึ่งพบว่าผ่านเกณฑ์ ส้วมสาธารณะในวัด โดยการพัฒนาครั้งนี้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ จากการศึกษาสภาพ ปัญหาและความต้องการก่อนการพัฒนาส้วมสาธารณะ

ของวัดส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดชัยนาท พบว่า วัดที่ เข้าร่วมยังขาดผู้รับผิดชอบดูแลทำความสะอาดส้วม สาธารณะของวัด โดยการดูแลทำความสะอาดต้อง อาศัยผู้สูงอายุที่มาปฏิบัติธรรมและผู้มีจิตอาสาทำ ความสะอาดแทน นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังขาดองค์ความรู้ เรื่องการดูแลและทำความสะอาดส้วมอย่างถูกวิธี สบู่ ล้างมือยังมีไม่ครบ ขาดองค์ความรู้เรื่องการออกแบบ ส้วมที่ถูกต้อง และยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การพัฒนาส้วมของวัดส่งเสริมสุขภาพ

การพัฒนาการดูแลส้วมสาธารณะในวัดส่งเสริม สุขภาพจากแนวทาง 7 ประเด็นที่ได้จากการพัฒนาได้ ดำเนินการนำสู่การพัฒนาโดยใช้แนวทางที่ได้จากการ ประชุมเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแล้วนำ กิจกรรมที่กำหนดเป็นแนวทางไปพัฒนาการดูแลส้วม สาธารณะในวัดส่งเสริมสุขภาพโดยการอบรมให้ความรู้ การดูแลรักษาความสะอาดส้วมอย่างถูกวิธี การผลิต น้ำยาทำความสะอาดส้วม และมีการนำแกนนำไป ศึกษาดูงานส้วมระดับประเทศทำให้เกิดการ กระตุ้นในการพัฒนาโดยมีการร่วมกันออกแบบ และ สร้างต้นแบบส้วมที่วัดสกุลนาราม การมีส่วนร่วมของ ชุมชน และการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยการประชุมร่วมคิดร่วมทำในการพัฒนาส้วมของวัด โดยจัดเวิร์กช็อปส้วมของวัดเป็นรายหมู่บ้านและจัด กิจกรรมทำความสะอาดส้วมของวัดทุกสามเดือน มีการจัดสวนห่อมรอบห้องส้วมสาธารณะของวัด มีกล่องรับความคิดของประชาชนให้มีส่วนร่วมในการ พัฒนาส้วมของวัด มีการนำเสนอผลงานการพัฒนา ส้วมของวัดในการนิเทศติดตาม 4 ครั้ง มีการกระตุ้น ให้เกิดแรงจูงใจโดยการประกวดส้วมระดับอำเภอ ระดับจังหวัดและระดับเขต หลังการพัฒนาพบว่า พฤติกรรมการใช้ห้องส้วมของประชาชนดีขึ้น โดยมีการรูดน้ำล้างโถส้วมก่อนและหลังการใช้ห้องสุขา(4) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประชาชนเกิดความตระหนักและเห็น ความสำคัญของห้องส้วม ซึ่งเป็นเพราะประชาชนมี ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคและการป้องกันโรคระบบ ทางเดินอาหาร อันเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้ส้วม ที่ถูกวิธี(5) นอกจากนี้ ทศนคติต่อการใช้ส้วมจะมีผล ต่อพฤติกรรมการใช้ห้องส้วมร่วมด้วย(6)

## กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี และคณะผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย นายกำจัด ทองปลั่งวิจิตร ดร.สุพจน์ เกิดสุวรรณ ดร.เดชา บัวเทศ ที่ช่วยตรวจทานและให้คำปรึกษา และเจ้าอาวาสวัดที่เข้าร่วมพัฒนาทุกรูปที่อำนวยความสะดวกในการเข้า ประเมินทุกวัดส่งเสริมสุขภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. ทินพันธุ์ นาคะตะ. พระพุทธศาสนากับสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สหายบลิ๊ก และการพิมพ์; 2543.
2. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในวัด. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.

3. ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี. รายงานสถานการณ์สิ่งแวดล้อมประจำปี 2553. สระบุรี (เอกสารอัดสำเนา)

4. นางลักษณ ัญญะวานิช และคนอื่นๆ. พรหมแดนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการใช้ส้วมและน้ำสะอาดของชาวบ้าน. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช; 2553.

5. ปิยะ พรหมสถิต และคนอื่นๆ. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส้วมใช้ของครอบครัวชนบทกรณีศึกษาเฉพาะจังหวัดราชบุรี. ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต 7 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2528.

6. ตามพวรรณ พิณสุวรรณ และคนอื่นๆ. การใช้องค์ประชุมชนในการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชาวเขาโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม.วารสารสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนา 2536;6(1).77-86.

## Abstract

The purposes of this study were: 1) to study the context, problems and needs for development of the public toilets maintenance of health promoting temples , 2) to explore the means and methods for developing the public toilet maintenance of health promoting temples, 3) to develop the behaviors to maintain the public toilets of health promoting temples.

The sample of the study included 13 health promoting temples that did not pass the criteria of public toilet for health promoting temples in Chainat Province. We obtained the data by interviewing, observing and hearing from the public. The data was analyzed by using descriptive statistic and content analysis.

The results of the study were presented as follows:

1. The public toilet maintenance behaviors in health promoting temples were at fair level. The knowledge for public toilet maintenance behavior was at low level, the attitude for public toilet maintenance behaviors was at moderate level and the satisfaction of public toilet maintenance was at an improved level.

2. The significant methods to develop public toilet maintenance of health promoting temples consist of seven activities: 1) washing hand, 2) giving knowledge related to communicable diseases caused by using public toilets, 3) producing liquid toilet cleanser and liquid hand soap, 4) giving comprehensive knowledge about best practice for toilets maintenance, 5) monitoring and evaluating the maintenance of public toilets of health promoting temples, 6) public toilet competition between health promoting temples, and 7) Improving the landscape surrounding of the public toilets.

3. After completed the seven activities development, a mean score of public toilet maintenance behaviors in health promoting temples was at very good level. A total mean score of knowledge for public toilet maintenance behaviors was at very high level. Similarly, a total mean score of attitude to public toilets was at the highest level. The public toilets of every health promoting temple met the standard criteria for public toilet and one health promoting temple received an award at the regional level.

**Keywords :** *Development, Public Toilet, Health Promoting Temple*



การพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม  
ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่เสี่ยงต่อโรคอ้วนแบบบูรณาการ  
Model Development of Intergrated Health Behavior Modification Program by  
Participatory Method in High School Students at Risk of Obesity

คณิงนิจ สมบูรณ์ผล, ลภัสรดา สระดอกบัว  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

Kanuengnit Somboonphol, Laphatrada Sadokbua  
Suphanburi Provincial Health Office

**บทคัดย่อ**

โรคอ้วนเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในประเทศไทย ปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่อทางสาธารณสุขมากขึ้น งานวิจัยนี้จึงใช้การศึกษาแบบผสมผสานวิธีด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยกึ่งทดลอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน ของโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุพรรณบุรี มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อศึกษาบริบทของปัญหาและพฤติกรรม 2) เพื่อศึกษาเงื่อนไขสาเหตุของปัญหา และพฤติกรรม 3) เพื่อศึกษาอุปสรรค/ข้อจำกัดในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอ้วน 4) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาบริบทของปัญหา เงื่อนไข หรือสาเหตุของปัญหาและพฤติกรรม รวมทั้งศึกษาอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการดูแลส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติและความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของโรคอ้วนของตนเองและบริบทของปัญหา เงื่อนไขหรือสาเหตุของปัญหา มาจาก 1) ด้านทักษะชีวิต 2) ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด 3) ด้านการออกกำลังกาย 4) ด้านโภชนาการ

ส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 60 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent and Independent Samples t-test และ ANCOVA ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษานี้ นำมาซึ่งข้อเสนอแนะที่สำคัญคือ กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายให้หน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคทุกระดับมีการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วน และมีการเฝ้าระวังปัญหาโรคอ้วนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของโรงเรียนอย่างแท้จริง นอกจากนี้ผู้บังคับบัญชาควรพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอ้วนในโรงเรียน ด้วยการพัฒนาแบบบูรณาการร่วมกันทั้งอาจารย์ ผู้ปกครอง นักเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของภาครัฐและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนต่างๆ ที่มีอยู่ โดยเน้นกระบวนการการทำงานแบบมีส่วนร่วม และควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน รวมทั้งควรมีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วนให้ครอบคลุมทุกโรงเรียนทั้งจังหวัดภายหลังจากที่ได้พัฒนาโปรแกรมแล้ว

**คำสำคัญ :** การพัฒนารูปแบบ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, กระบวนการมีส่วนร่วม, โรคอ้วน

## บทนำ

โรคอ้วนเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากการเจริญเติบโตในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และอุตสาหกรรม รวมทั้งสื่อโฆษณาและวัฒนธรรมจากต่างประเทศ ล้วนส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในทุกๆ ด้านของคนในปัจจุบัน อีกทั้งการรับประทานอาหารที่หันมาพึ่งพาอาหารที่ถูกแปรรูปไปในลักษณะต่างๆ โดยเฉพาะการนิยมบริโภคอาหารแบบชาวตะวันตกในกลุ่มวัยรุ่น ทำให้เจตคติและค่านิยมในการบริโภคอาหารแตกต่างไปจากเดิม<sup>(1)</sup>

สำหรับประเทศไทย โรคอ้วนในเด็กกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อเปรียบเทียบกับผลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยใน พ.ศ. 2539 - 2540 และโครงการพัฒนาแบบองค์รวมของเด็กไทย พ.ศ. 2544 พบว่าภายในระยะเวลาห่างกันเพียงประมาณ 5 ปี ความชุกของโรคอ้วนในเด็กไทยอายุ 6 - 12 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 เป็นร้อยละ 6.7 และความชุกในเด็กอายุ 13 - 18 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.9 เป็นร้อยละ 12.9 ดังนั้นปัญหาโรคอ้วนในวัยรุ่น จึงนับเป็นปัญหาสำคัญที่ควรมีการเฝ้าระวัง และป้องกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมภาวะโรคอ้วนให้ลดลง ไม่เป็นปัญหาในอนาคต<sup>(2)</sup>

จากสถิติการเฝ้าระวังภาวะทางสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โดยพิจารณาจากส่วนสูง และน้ำหนักของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 6 จำนวน 45,369 คน ในปี พ.ศ. 2554 จากโรงพยาบาล ในทุกอำเภอของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามีนักเรียนที่อยู่ในภาวะเริ่มอ้วนจำนวน 3,941 คน คิดเป็นร้อยละ 8.69 ซึ่งแสดงว่า ในนักเรียนมัธยมศึกษา 10,000 คน จะมีนักเรียนที่เข้าข่ายโรคอ้วน 869 คน และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะโรคที่เป็นอันตรายตามมาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตอำเภอบางปลาม้า พบว่า มีนักเรียนที่อยู่ในภาวะเริ่มอ้วนร้อยละ 5.25 ซึ่งเมื่อเทียบกับร้อยละของนักเรียนที่อยู่ในภาวะเริ่มอ้วนของทั้งจังหวัดสุพรรณบุรีถือว่าสถิตินักเรียนที่เริ่มอ้วนค่อนข้างสูง รวมทั้งมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้นจากปี 2552 ซึ่งมีนักเรียนที่อยู่ในภาวะเริ่มอ้วนของทั้งจังหวัดสุพรรณบุรี ร้อยละ 6.12 และนักเรียนที่อยู่ในภาวะเริ่มอ้วนในเขตอำเภอบางปลาม้า ร้อยละ 4.11 และในปี 2553 นักเรียนที่อยู่ในภาวะเริ่มอ้วนของทั้งจังหวัด

สุพรรณบุรีร้อยละ 6.87 และนักเรียนที่อยู่ในภาวะเริ่มอ้วนในเขตอำเภอบางปลาม้า ร้อยละ 3.89 ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาวิจัยขึ้นนี้ขึ้น เพื่อศึกษาบริบทของปัญหา และพฤติกรรมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน และทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิผลต่อการป้องกันโรคอ้วน ลดปัจจัยเสี่ยงในเด็กวัยรุ่นและดูแลส่งเสริมสุขภาพ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทของปัญหาและพฤติกรรมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน
2. เพื่อศึกษาเงื่อนไข สาเหตุของปัญหาและพฤติกรรมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน
3. เพื่อศึกษาอุปสรรค ข้อจำกัดในการดูแลส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียน
4. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

## วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาโดยระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อให้สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้อย่างครบถ้วน โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ระยะเวลาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2555 ถึงเดือนตุลาคม 2555 มีขอบเขตในการศึกษาค้นคว้าบริบทของปัญหา เงื่อนไข หรือสาเหตุของปัญหา และพฤติกรรมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน รวมทั้งศึกษาอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน**

โรคอ้วน ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ<sup>(3)</sup> เพื่อการเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยอาศัยกรอบทฤษฎีสังคมวิทยาและจิตวิทยา ในการวิเคราะห์และตีความข้อมูลเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาอธิบายและวิเคราะห์ถึงพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

**ส่วนที่ 2 ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) ประเภท Non - Randomized Control Group Pretest - Posttest Design** โดยพัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาใน ส่วนที่ 1 โดยการทดลองเปรียบเทียบผลคะแนนตัวแปรต่างๆ ระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2555 ถึงเดือนเมษายน 2556 และดำเนินการวัดผลเป็น 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 Pretest ก่อนเริ่มการใช้โปรแกรม ครั้งที่ 2 Posttest หลังการใช้โปรแกรมในวันแรกที่ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม และครั้งที่ 3 Posttest หลังการใช้โปรแกรมผ่านไปแล้วเป็นเวลา 2 เดือน

### **ส่วนที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ**

#### **ประชากร**

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสูงสุมารมดุงวิทย อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนทั้งหมด 2,347 คน

#### **ผู้ให้ข้อมูลหลัก**

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** ได้แก่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งมีระดับชั้นมีผลกายอยู่ในเกณฑ์ของภาวะกลุ่มเสี่ยง ต่อโรคอ้วน คือ มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 ขึ้นไป

**ผู้ให้ข้อมูลรอง** คือ แกนนำสุขภาพประจำโรงเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขของภาครัฐและอาจารย์

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ แบบสำรวจ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการศึกษารูปแบบของการป้องกันโรคอ้วน แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แบบบันทึกการสังเกตการร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และผลการดำเนินกิจกรรมตามแผนและแบบบันทึกสมรรถภาพโดยผู้วิจัยศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นกรอบในการสร้างแบบการสำรวจ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความถูกต้องเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยนำคำถามมาปรับปรุงแก้ไข และดำเนินการจัดเก็บข้อมูล

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

1. หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยวิจัย จะทำการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งเป็นการจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ และตีความ และให้ความหมายแก่ข้อมูล (Making Interpretation) ประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกัน และนำมาสร้างข้อสรุป<sup>(4)</sup>

2. รวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือต่างๆ เพื่อเปรียบเทียบข้อมูล และตรวจสอบความสอดคล้องและความถูกต้องของข้อมูล เช่น ความเกี่ยวข้องระหว่างบุคคล เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงเรียนและนักเรียน มาจากสาเหตุใด ผลเป็นอย่างไร อุปสรรคคืออะไร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบท ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

#### **การตรวจสอบข้อมูล**

ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) คือ การตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มาต่าง ๆ กัน คือ จากข้อมูลหลายแหล่ง จากผู้วิจัยหลาย ๆ คน (Investigation) การสังเกตภาคสนามหลาย ๆ ครั้ง และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การใช้มุมมองหลายๆ ทฤษฎี (Theory Triangulation) และประการสุดท้าย คือ

การตรวจสอบจากหลายวิธีวิจัย (Methodological Triangulation) เช่น การใช้วิธีการสังเกตร่วมกับวิธี การสัมภาษณ์ ใช้ผู้ให้ข้อมูลหลายคน (Focus Group) สอบถามจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น แกนนำสุขภาพ ประจำโรงเรียน ผู้ปกครองของนักเรียน เจ้าหน้าที่ทาง สาธารณสุขของภาครัฐ และอาจารย์

**ส่วนที่ 2 ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment Research) ประเภท Non - Randomized Control Group Pretest - Posttest Design** ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากข้อค้นพบของผลการศึกษาใน ส่วนที่ 1 นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรม โดยการทดลอง เปรียบเทียบผลคะแนนตัวแปรต่างๆ ได้แก่ การปฏิบัติ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ความเชื่อมั่นในตนเอง ทักษะการปฏิบัติพฤติกรรม และตัวชี้วัดทางชีวเคมี ได้แก่ ค่า BMI ก่อนและหลังจากนักเรียนเข้าร่วม โปรแกรม รวมทั้งความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบางปลาม้าสูง สุमारผดุงวิทย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งได้มาโดยวิธีการ เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คือ อยู่ในเกณฑ์ของภาวะ กลุ่มเสี่ยงที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตาราง เมตรขึ้นไป โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้า ร่วมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 60 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 60 คน ที่ได้รับความรู้ การป้องกันควบคุมโรคอ้วน โดยวิธีปกติของโรงเรียน อยู่เดิม กล่าวคือ ความรู้จากการเรียนการสอนในวิชา สุขศึกษาที่เรียนอยู่ในชั้นเรียนตามปกติ

### สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

1. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถ ของตนเองและการพัฒนาทักษะชีวิต และน้ำหนักตัว ของนักเรียนก่อนทดลองและภายหลังทดลองภายใน กลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าที (Dependent Samples t-test)<sup>(5)</sup>

2. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถ ของตนเองและการพัฒนาทักษะชีวิต และน้ำหนักตัว ของนักเรียนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดย ใช้สถิติค่าที (Independent Sample t-test)<sup>(5)</sup>

3. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย ด้านพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลัง การทดลองโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA: Analysis of Covariance)<sup>(5)</sup>

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยเพื่อทำการ สังเคราะห์ ทั้ง 2 ส่วน ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประสานงานขอหนังสือราชการเพื่อขอความ อนุเคราะห์สัมภาษณ์ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอน ปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน ในโรงเรียนสูงสุमारผดุงวิทย์ จังหวัดสุพรรณบุรี และติดต่อประสานไปยังโรงเรียน บางปลาม้าสูงสุमारผดุงวิทย์

2. เมื่อได้รับการอนุญาต จากผู้อำนวยการ โรงเรียนจึงทำการนัดสัมภาษณ์นักเรียนระดับมัธยม ศึกษาดอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน รวมทั้งแกนนำ สุขภาพประจำโรงเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ทาง สาธารณสุขของภาครัฐและอาจารย์โดยมีกรรมการสัมภาษณ์ และผู้จัดบันทึกย่อประเด็นสำคัญ และขออนุญาต กลุ่มตัวอย่างเพื่อบันทึกการสนทนา ส่วนใหญ่ใช้เวลา สัมภาษณ์คนละ 1-2 ชั่วโมง

3. ออกสังเกตการณ์ ร่วมกับแกนนำสุขภาพ ประจำโรงเรียน และอาจารย์ ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสังเกตพฤติกรรม สำหรับประกอบการวิเคราะห์ ข้อมูล

4. นำไฟล์บันทึกข้อมูลลงรหัสในแบบบันทึก ข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์ตีความในงานวิจัยเชิง คุณภาพในส่วนที่ 1

5. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วน ของข้อมูล

6. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งเป็นการจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ และตีความ และให้ความหมายแก่ข้อมูล (Making Interpretation) ที่ได้จากการถอดถ้อยคำสัมภาษณ์

จากเครื่องบันทึกเสียง หรือจากข้อมูลที่จัดบันทึก และรวมทั้งจากการสังเกตผู้ให้ข้อมูล

7. รวบรวมข้อค้นพบผลจากข้อมูลใน ส่วนที่ 1 ในภาพรวมทั้งหมด นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน โดยการทดลองเปรียบเทียบผลคะแนนตัวแปรต่าง ๆ ของงานวิจัยเชิงกึ่งทดลองในส่วนที่ 2

#### 8. สรุปและอภิปรายผล

### ผลการศึกษา

การศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 การศึกษาบริบทของปัญหา เงื่อนไข หรือสาเหตุของปัญหา และพฤติกรรม รวมทั้งศึกษาอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วนและส่วนที่ 2 การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 1 การศึกษาบริบทของปัญหา เงื่อนไข หรือสาเหตุของปัญหา และพฤติกรรม รวมทั้งศึกษาอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ

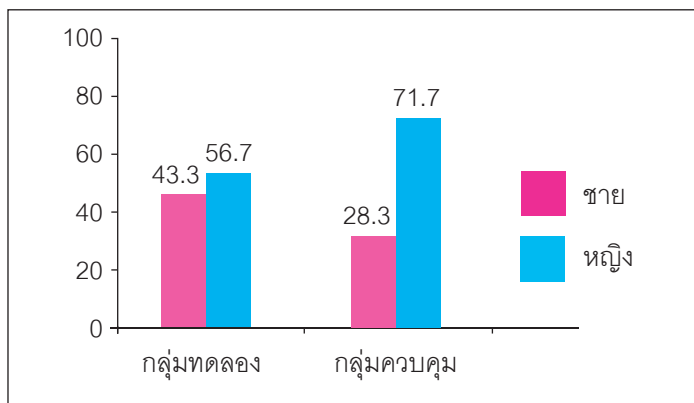
และการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน ยังมีทัศนคติและความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของภาวะน้ำหนักเกินของตนเอง

โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่ว่าจะเป็นด้านทักษะชีวิตด้านสุขภาพอนามัย การจัดการอารมณ์และความเครียด การออกกำลังกาย โภชนาการ/การควบคุมอาหารและน้ำหนัก และพฤติกรรมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน ล้วนแล้วแต่มีอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการดูแลส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วนในทุกๆด้านทั้งบริบทปัญหาเฉพาะบุคคล อิทธิพลระหว่างบุคคล รวมทั้งปัจจัยแวดล้อมต่างๆ หลายประการ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ปรับปรุงแก้ไข โดยจะนำข้อสรุปในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ ไปเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาให้สอดคล้อง ให้เกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

ส่วนที่ 2 สรุปผลและอภิปรายประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยวิธีแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

### แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ

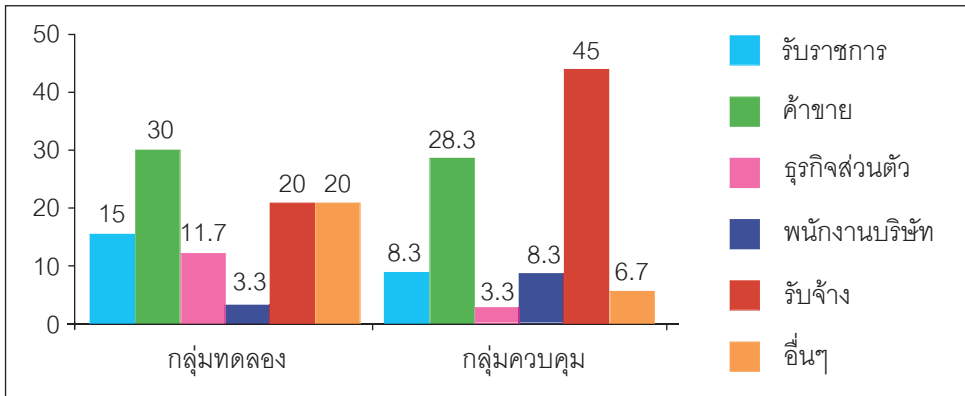
กลุ่มทดลอง แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 43.3 และเพศหญิง ร้อยละ 56.7  
กลุ่มควบคุม แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 28.3 และเพศหญิง ร้อยละ 71.7



**แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอาชีพผู้ปกครอง**

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ปกครองประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด ร้อยละ 30.0 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง และอื่นๆ ร้อยละ 20.0 เท่าๆ กัน

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 45.0 รองลงมาเป็นอาชีพค้าขาย ร้อยละ 28.3

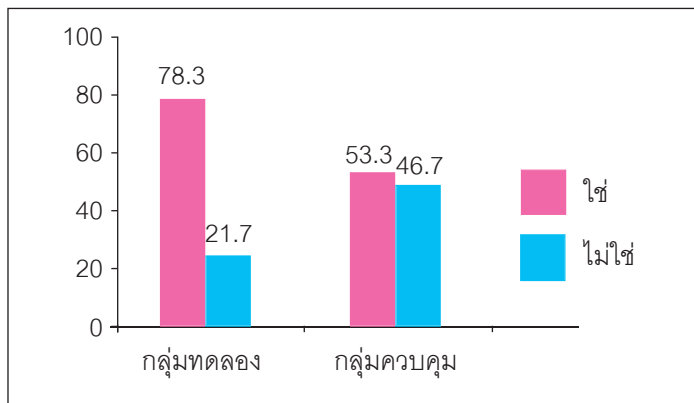


**แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการมีน้ำหนักเกิน/ เส้นรอบเอวเกิน**

กลุ่มทดลอง มีน้ำหนักเกิน/เส้นรอบเอวเกิน (ผู้หญิง  $\geq 80$  เซนติเมตร ผู้ชาย  $\geq 90$  เซนติเมตร) ร้อยละ 78.3

ไม่มีน้ำหนักเกิน/เส้นรอบเอวเกิน ร้อยละ 21.7

กลุ่มควบคุม มีน้ำหนักเกิน/เส้นรอบเอวเกิน ร้อยละ 53.3 และไม่มีน้ำหนักเกิน/เส้นรอบเอวเกิน ร้อยละ 46.7



**ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนทดลอง และ หลังทดลองของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่าง	การปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ											
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				หลังทดลอง 2 เดือน			
	n	$\bar{x}$	s	แปลผล	n	$\bar{x}$	s	แปลผล	n	$\bar{x}$	s	แปลผล
กลุ่มทดลอง	60	2.34	.32	ปานกลาง	60	2.37	.33	ปานกลาง	60	2.24	.24	ปานกลาง
กลุ่มควบคุม	60	2.33	.29	ปานกลาง	60	2.81	.20	ดี	60	2.81	.20	ดี



จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 2.34 จัดว่ามีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.37 จัดว่ามีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง แต่เมื่อผ่านไป 2 เดือน คะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 2.24 จัดว่ามีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ส่วนกลุ่ม

ควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 2.33 จัดว่ามีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ภายหลังจากทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.81 จัดว่ามีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เมื่อผ่านไป 2 เดือน คะแนนเฉลี่ยคงเดิมเป็น 2.81 จัดว่ามีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดี

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อนทดลอง หลังการทดลองและหลังทดลอง 2 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ											
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				หลังทดลอง 2 เดือน			
	n	$\bar{x}$	s	แปลผล	n	$\bar{x}$	s	แปลผล	n	$\bar{x}$	s	แปลผล
กลุ่มทดลอง	60	2.99	.38	ปานกลาง	60	3.13	.37	ปานกลาง	60	3.52	.31	สูง
กลุ่มควบคุม	60	3.09	.32	ปานกลาง	60	2.82	.27	ปานกลาง	60	2.82	.27	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 2.99 จัดว่ามีความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 3.13 จัดว่ามีความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง แต่เมื่อผ่านไป 2 เดือน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.52 จัดว่ามีความเชื่อมั่น

ในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 3.09 จัดว่ามีความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง ภายหลังจากทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 2.81 จัดว่ามีความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง และเมื่อผ่านไป 2 เดือน คะแนนเฉลี่ยคงเดิมเป็น 2.81 จัดว่ามีความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง

**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพก่อนทดลอง หลังการทดลอง และหลังทดลอง 2 เดือนของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ											
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				หลังทดลอง 2 เดือน			
	n	$\bar{x}$	s	แปลผล	n	$\bar{x}$	s	แปลผล	n	$\bar{x}$	s	แปลผล
กลุ่มทดลอง	60	3.28	.44	ปานกลาง	60	3.70	.69	มาก	60	4.16	.44	มากที่สุด
กลุ่มควบคุม	60	3.29	.55	ปานกลาง	60	2.70	.33	ปานกลาง	60	2.70	.33	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 จะเห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 3.28 จัดว่ามีทักษะปานกลางและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 3.70 จัดว่ามีทักษะมาก แต่เมื่อผ่านไป 2 เดือน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.16 จัดว่ามีทักษะมาก ส่วนกลุ่มควบคุม

มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 3.29 จัดว่ามีทักษะปานกลาง ภายหลังจากทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 2.70 จัดว่ามีทักษะปานกลาง และเมื่อผ่านไป 2 เดือน คะแนนเฉลี่ยคงเดิมเป็น 2.70 จัดว่ามีทักษะปานกลาง

**ตารางที่ 4** คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

กลุ่ม	n	$\bar{x}$	s	t	p
ทดลอง	60	2.34	.32	11.26*	.000
ควบคุม	60	2.33	.29		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 จะเห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงทำการทดสอบความแตกต่างของ

การปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance) ในตาราง 5 และ 6

**ตารางที่ 5** ความแปรปรวนร่วม ของคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้คะแนน การปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
Covariates	2	5.968	2.984	38.743*	.000
Main effects	1	11.326	11.326	147.039*	.000
Explained	1	.090	.090	1.165	.283
Residua	1	5.904	5.904	76.646*	.000
Total	822.026	120			

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 เมื่อควบคุมอิทธิพลของการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลองพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การบริโภคอาหารแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 6** ความแปรปรวนร่วม ของคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้คะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม หลังการทดลอง 2 เดือน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
Covariates	2	9.889	4.945	38.743*	.000
Main effects	1	10.230	10.230	147.039*	.000
Explained	1	.142	.142	1.165	.094
Residua	1	9.787	9.787	76.646*	.000
Total	783.630	120			

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 ภายหลังจากควบคุมอิทธิพลของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่ง

สอดคล้องกับสมมุติฐาน ที่นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดีกว่านักเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

**ตารางที่ 7** คะแนนเฉลี่ยความเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	ดัชนีมวลกาย (BMI)											
	ก่อนทดลอง				หลังทดลอง				หลังทดลอง 2 เดือน			
	n	$\bar{x}$	s	แปลผล	n	$\bar{x}$	s	แปลผล	n	$\bar{x}$	s	แปลผล
กลุ่มทดลอง	60	28.82	4.82	อ้วนระดับ 2	60	28.82	4.82	อ้วนระดับ 2	60	28.29	4.73	อ้วนระดับ 2
กลุ่มควบคุม	60	27.47	4.40	อ้วนระดับ 2	60	27.47	4.40	อ้วนระดับ 2	60	27.73	4.63	อ้วนระดับ 2

จากตารางที่ 7 จะเห็นว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เท่ากับ 28.82 จัดว่ามีความอ้วนระดับ 2 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคงเดิม เป็น 28.82 จัดว่ามีความอ้วนระดับ 2 แต่เมื่อผ่านไป 2 เดือน คะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 28.29 จัดว่ามีความอ้วนระดับ 2 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 27.47 จัดว่ามีความอ้วนระดับ 2 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคงเดิม เป็น 27.47 จัดว่ามีความอ้วนระดับ 2 แต่เมื่อผ่านไป 2 เดือน คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 27.73 จัดว่ามีความอ้วนระดับ 2

ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันโรคอ้วน<sup>(7)</sup> โดยใช้ความรู้เข้ามาสนับสนุน อีกทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมก็ควรเอื้อให้บรรลุผลในทางปฏิบัติด้วย องค์ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพของโรงเรียน รวมทั้งการหารูปแบบและระดับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับแต่ละสังคม การส่งเสริมทักษะชีวิตด้านสุขภาพอนามัย และการจัดการอารมณ์และความเครียดอย่างเหมาะสมและถูกต้อง ซึ่งน่าจะเป็นปัจจัยเสริมสำคัญของการปลูกฝังสร้างค่านิยมการออกกำลังกายให้เกิดขึ้นในหมู่นักเรียนอย่างยั่งยืน<sup>(8)</sup>

## วิจารณ์

**พฤติกรรมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน** จากการศึกษาในช่วงแรกด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะเจาะจงกับปัญหาเฉพาะบริบทของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนบางปลาม้า “สูงสูดมาดุงวิทย์” จังหวัดสุพรรณบุรี เท่านั้น ซึ่งการศึกษาวิจัยพบว่า ปัญหาสำคัญจากสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้น ตามบริบทของปัญหา เงื่อนไข หรือสาเหตุของปัญหา ขาดการส่งเสริมทักษะชีวิตด้านสุขภาพอนามัย การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด และโภชนาการ / การควบคุมอาหารและน้ำหนักซึ่งการลดปัญหาโรคอ้วนมีความสำคัญมากที่จะต้องดำเนินการให้ครอบคลุมในทุกๆ ด้านดังกล่าว<sup>(6)</sup> โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะ

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่เมื่อผ่านไป 2 เดือน คะแนนเฉลี่ยลดลงอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ขณะเดียวกันความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพก็เพิ่มขึ้นหลังการทดลองและหลังการทดลอง 2 เดือน รวมทั้งการที่พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการนั้น แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีผลทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรมจึงทำให้มีคะแนนเพิ่มขึ้น นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น รวมทั้งเกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น

ประกอบกับได้รับรู้ทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่าทักษะที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของตนเองหลังการเข้าโปรแกรมเป็นผลมาจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ในแต่ละกิจกรรม นักเรียนจะได้ความรู้ การลงมือปฏิบัติจริง และทราบผลการประเมิน ประโยชน์ โทษ ข้อดีข้อเสียของการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในทันที ซึ่งเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีแก่นักเรียนในการดูแลสุขภาพของตนให้มากขึ้น แต่เมื่อผ่านไประยะเวลาหนึ่ง ผลนั้นลดลงได้ด้วย อาจเกิดจากปัจจัยแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้

แต่อย่างไรก็ดี ในการศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในการศึกษาที่สำคัญ คือ ข้อจำกัดด้านเวลาในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ใช้เวลาเพียง 1 วัน ซึ่งตามปกติจะดำเนินกิจกรรม 3 วัน แต่ผู้วิจัยจำเป็นต้องปรับลดเพียง 1 วัน เพื่อความเหมาะสมกับการทำกิจกรรมในสถานศึกษา เนื่องจากหากจัดกิจกรรม 3 วัน จะกระทบกระเทือนต่อการเรียน การสอนและการจัดกิจกรรมของโรงเรียนที่มีการกำหนดไว้แล้ว ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป หากต้องการให้ได้ผลการศึกษาที่ยั่งยืนและเป็นผลจากการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ชัดเจนขึ้น อาจพิจารณาทำการศึกษาแบบ Longitudinal Research โดยเป็นการศึกษาในระยะยาว มีการจัดกิจกรรมเข้าไปเสริมเป็นช่วงๆ และมีการวัดผลตามช่วงเวลาต่างๆ เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เป็นต้น

โดยสรุปการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วนแบบบูรณาการครั้งนี้ เป็นการวิจัยอย่างมีขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัยโดยการบูรณาการทั้งระเบียบวิธีการที่ใช้ในการศึกษาและบูรณาการข้อมูลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ส่งผลให้เกิดผลการวิจัยที่เป็นประโยชน์ เหมาะสมกับบริบทที่ทำการศึกษาและสามารถนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาพัฒนาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในโรงเรียนซึ่งมีบริบทที่ใกล้เคียงกันต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายให้หน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคทุกระดับ ให้มี

การประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนและเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของโรงเรียนอย่างแท้จริง

2. ผู้บังคับบัญชาควรพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการทำงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอ้วนในโรงเรียนด้วยการพัฒนาแบบบูรณาการร่วมกันทั้งอาจารย์ ผู้ปกครอง นักเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของภาครัฐ และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนต่างๆ ที่มีอยู่ โดยเน้นกระบวนการการทำงานแบบมีส่วนร่วม และควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องกับดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วนอย่างชัดเจน

3. ควรมีการวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วนให้ครอบคลุมทุกโรงเรียนทั้งจังหวัด ภายหลังจากที่ได้พัฒนาโปรแกรมรูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วนแล้ว

4. ควรมีการทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วนในโรงเรียน เช่น กลุ่มครูในโรงเรียน กลุ่มผู้ปกครอง เป็นต้น

5. ควรนำรูปแบบการศึกษาในครั้งนี้นำไปศึกษาเพิ่มเติมในชุมชนที่มีบริบทแตกต่าง เช่น ในเขตเมือง เพื่อหาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่เสี่ยงต่อโรคอ้วนในเขตเมือง

### ข้อเสนอแนะสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. ควรทบทวนบทบาทหน้าที่เครือข่ายสุขภาพในชุมชนและในโรงเรียน ซึ่งมีอยู่ในทุกแห่ง ให้ทราบถึงบทบาทที่แท้จริง และทราบสถานการณ์การเป็นไปของงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วน พร้อมทั้งพัฒนาองค์ความรู้ของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพให้มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ

2. ควรมีการประชุม วางแผน และแก้ไขปัญหาด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วน ร่วมกับอาจารย์ ผู้ปกครอง นักเรียน และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนที่

มีอยู่ โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมทุกขั้นตอน

3. ควรนำเสนอข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการบริหารจัดการและแก้ไขปัญหาเรื่องโรคอ้วน เพื่อจัดทำเป็นแผนงานโครงการประจำปีอย่างชัดเจน มีการจัดการแก้ไขปัญหาอย่างมีระบบและประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

4. ควรเพิ่มจำนวนเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยการสรรหาเครือข่ายสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วนในชุมชนและโรงเรียนให้มีจำนวนมากยิ่งขึ้น และพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการพัฒนากลุ่มเครือข่ายเดิม เพื่อลดภาระการทำงานที่มีปริมาณมาก

### เอกสารอ้างอิง

1. เกศแก้ว สอนดี. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แนวคิดการควบคุมตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. [ปริญญา นินท์ วท.ม.(สุขศึกษา)]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.

2. ชญานิชฐ์ ธรรมธิฐาน. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนนวมินทราชูทิศ สตรีวิทยา 2 สังกัด

กรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. [ปริญญา นินท์ การศึกษามหาบัณฑิต ]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2543.

3. Creswell, J.W..Qualitative Inquiry and Research Design. London Sage Publication; 2007.

4. Strauss, A., & Corbin, J. Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury Park: SAGE; 1990.

5. ชูศรี วงศ์รัตน์ และ อองอาจ นัยพัฒน์. แบบแผนการวิจัยเชิงทดลองและสถิติวิเคราะห์: แนวคิดพื้นฐานและวิธีการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.

6. World Health Organization. Obesity and Overweight: Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: World Health Organization; 2003.

7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในกลุ่มเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษา.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.

8. วารี ระกิติ. การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาสุขศึกษา. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2534.

## Abstract

Obesity and overweight become key concerned issue among high school students in Thailand. These problems are rapidly increasing and seriously impact to public health. This research is a mixed methodology research approach that combines data collection with qualitative research and quasi experiment research. Data were collected from high school students at risk of obesity in Suphanburi province. The aims of this study are 1) To study context of the problem and their behaviors. 2) To study the causes of the problem and their behaviors. 3) To study the barriers or limitations in health care promotion and prevention of obesity 4) To study the effectiveness of health behavior modification program for high school student. The results divided into 2 parts as follows:

Part 1, the study utilized a qualitative research method. The risk behaviors that led to obesity or caused problems in four aspects; life skills, activity and exercise, emotional / stress management, nutrition and diet control /weight monitoring.

Part 2, the study utilized a quasi-experimental method (non - randomized control group with pretest - posttest design) to study the effectiveness of health behavior modification program. The study divided into experiment group (60 people who join the program) and control group (60 people who study in normal curriculum). Questionnaires were used for data collecting and T-test and ANCOVA were used for data analysis. The results found that after the experiment, the average score of students' health care increased with statistically significant. The average score of confidence in health-promoting behaviors and practical skills to promote healthy behaviors increased after the experiment, without statistically significant.

Recommendations: The Ministry of Public Health should establish policies associated with obesity for public health agencies in the region at all levels. Moreover, the problems associated with obesity should be evaluated and monitored regularly. Teachers in school should define a person who works about obesity prevention and coordinate with parents, health officers and networks of health in the community to promote the obesity prevention behavior. Roles and responsibilities of those involved in the promotion of health and prevention of obesity should be defined clearly. Lastly, further research should be continued in all of the schools in the province after the program developed.

**Keywords :** *Model Development, The Behavior Modification, Participation, Method, Obesity*



พฤติกกรรมการบริโภคของเด็กนักเรียนประถมศึกษาในโครงการรณรงค์  
ลดบริโภคหวาน จังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2555

The 'Sweet Enough' Oral Health Promotion Program and  
the Sweet Consumption of Schoolchildren in Ratchaburi Province

สีหชัย ขอสั่งยม

Seehachai Khosangiam

ขนิษฐา ห่องสวัสดิ์

Khanidtha Hongsawat

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

Ratchaburi Provincial Health Office

**บทคัดย่อ**

การดำเนินงานโครงการรณรงค์ลดบริโภคหวานในโรงเรียนประถมศึกษา เน้นการให้ความรู้ด้านการบริโภคแก่นักเรียน ครูและผู้เกี่ยวข้อง และการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีทันตสุขภาพที่ดีและการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง ซึ่งจังหวัดราชบุรีดำเนินงาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และเครื่องดื่มของเด็กนักเรียนในโรงเรียนที่ร่วมโครงการรณรงค์ลดบริโภคหวาน โดยเปรียบเทียบกับนักเรียนในโรงเรียนที่ไม่ร่วมโครงการ วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 จำนวน 809 คน จาก 41 โรงเรียน โดยใช้แบบสัมภาษณ์การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของนักเรียนในรอบ 7 วัน ครอบคลุมวันเรียนห้าวัน (จันทร์ - ศุกร์) และวันหยุดสองวัน (เสาร์-อาทิตย์) ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม 2555 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผลการศึกษา : จำนวนนักเรียนบริโภคน้ำตาลและขนมกรุบกรอบค่อนข้างสูง คิดเป็นร้อยละ 70.33 และ 78.99 ตามลำดับ นักเรียนในโรงเรียนที่ร่วมโครงการรณรงค์ลดการบริโภคหวานมีความถี่ของการบริโภคน้ำตาลในวันเรียนน้อยกว่า และมีความถี่ของการบริโภคผลไม้สดตลอดสัปดาห์มากกว่านักเรียนจากโรงเรียนที่ไม่ร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกันพบว่านักเรียนในโรงเรียนที่ร่วมโครงการมีความถี่ในการบริโภคน้ำตาลและขนมกรุบกรอบในวันเสาร์อาทิตย์ มากกว่านักเรียนที่ไม่ร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

ดังนั้นในการพัฒนากิจกรรมในโครงการควรให้ความสำคัญในการรณรงค์การลดบริโภคหวานในระดับครอบครัวและชุมชนด้วย

**คำสำคัญ :** การบริโภค นักเรียนประถมศึกษา โครงการรณรงค์ลดบริโภคหวาน จังหวัดราชบุรี

**บทนำ**

การที่คนไทยมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่แตกต่างไปจากเดิม ซึ่งเป็นผลจากการยอมรับวัฒนธรรมการบริโภคจากชาวตะวันตก ประกอบกับความเร่งรีบในเรื่องของเวลา เพื่อการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบัน ทำให้หันมานิยมการบริโภคอาหารสำเร็จรูปและผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มต่างๆ ในร้านสะดวกซื้อมากยิ่งขึ้น แม้แต่ในตำบลหรือหมู่บ้าน อาหารและเครื่องดื่มประเภทเหล่านี้ก็เข้าถึงผู้บริโภคได้ง่ายประกอบ

กับการโฆษณาสินค้าต่างๆ ทางสื่อโทรทัศน์มีผลอย่างยิ่งต่อการสร้างแรงจูงใจในการเลือกบริโภค เครื่องดื่มเหล่านี้ ซึ่งมักจะมีส่วนผสมของน้ำตาลสูง ซึ่งทำให้มีรสชาติอร่อย บริโภคได้มาก อ้วนท้วนสมบูรณ์ แต่การบริโภคน้ำตาลบ่อยๆ และเป็นประจำจะเป็นสาเหตุของโรคฟันผุ เพราะน้ำตาลเป็นอาหารของเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก ทำให้ฟันมีการสูญเสียแร่ธาตุออกจากผิวฟันจากการกินน้ำตาลบ่อยๆ นอกจากนี้ น้ำตาลที่บริโภคส่วนเกินจะถูกเก็บสะสมไว้ได้ในรูปของไขมัน

ซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงต่อโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น<sup>(1)</sup> น้ำตาลในปัจจุบันได้กลายเป็นส่วนผสมในอาหารเกือบทุกชนิด โดยเฉพาะในขนม ของกินเล่น อาหารว่าง เครื่องดื่ม เครื่องปรุงรส ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลแห่งชาติ พบว่า การกระจายของน้ำตาลทรายในประเทศเพิ่มมากขึ้นทุกปี และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วใน 20 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันคนไทยบริโภคน้ำตาลมากเกินจำเป็นจากผลิตภัณฑ์อาหาร ขนม และเครื่องดื่ม โดยอัตราการบริโภคน้ำตาลเพิ่มจาก 12.7 กิโลกรัมต่อคนต่อปีในปี 2556 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 29.9 กิโลกรัมต่อคนต่อปีในปี 2557 หรือ 20 - 22 ช้อนชา ต่อคนต่อวัน คือเพิ่มขึ้นถึง 2.3 เท่า<sup>(2,3)</sup> ทั้งนี้การบริโภคน้ำตาลนั้นจะอยู่ในรูปของน้ำตาลโดยตรงและโดยอ้อม ทั้งนี้การบริโภคน้ำตาลโดยอ้อมเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับและสัดส่วน การบริโภคน้ำตาลทางตรง : ทางอ้อม คือ 3 : 2 ผลิตภัณฑ์อาหารประเภทนม และผลิตภัณฑ์ของนม เป็นอาหารที่รับประทานได้ง่ายมีคุณค่าทางโภชนาการสูงแต่การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์นมและเครื่องดื่มประเภทนมที่มีส่วนผสมของน้ำตาลสูงก็จะมีผลต่อสุขภาพ<sup>(4, 5, 6)</sup> มีหลายการวิจัยกล่าวว่าชนิดของอาหารและน้ำตาลในอาหารมีผลต่อการเกิดฟันผุ การศึกษาในประเทศไทยพบว่าผลของอาหารต่อการเกิดฟันผุมาจากส่วนผสมของอาหารและวิธีการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุได้ดี คืออาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตชนิดหมักได้ (Fermentable carbohydrate) คาร์โบไฮเดรตแต่ละชนิดมีศักยภาพในการทำให้เกิดกรดได้ไม่เท่ากันแต่คาร์โบไฮเดรตในรูปน้ำตาล โดยเฉพาะซูโครสมีศักยภาพสูงสุด คาร์โบไฮเดรตที่เหนียวติดฟันง่ายหรือวิธีการรับประทานที่ทำให้อยู่ในช่องปากได้นาน จุลินทรีย์สามารถสร้างกรดได้มากและสัมผัสกับฟันได้นานขึ้น การป้องกันฟันผุในเด็กจึงต้องลดทั้งปริมาณและความถี่ในการรับประทาน โดยเฉพาะอาหารประเภทน้ำตาล<sup>(7)</sup> นอกจากนี้มีการสำรวจสถานการณ์ในรอบ 1 วัน เด็ก 0 - 5 ปี บริโภคน้ำตาลอย่างน้อยแค่ไหน พบว่า ร้อยละ 39.1 ของเด็ก 0 - 3 ปี บริโภคนมเติมน้ำตาลให้รสหวาน บริโภคน้ำตาลเฉลี่ย 34.6 กรัม หรือ 8.7 ช้อนชา ส่วนเด็ก 3 - 5 ปี ร้อยละ 64 บริโภคมากกว่า 6 ช้อนชาต่อวัน โดยแหล่งที่มาของน้ำตาลสูงสุด ได้แก่ น้ำอัดลม รองลงมา คือ นมเปรี้ยว

นมถั่วเหลือง และอาหารเสริมต่างๆ เช่น นมรสหวาน และน้ำหวาน นอกจากนี้พบว่าการศึกษาที่เด็กอยู่ภายใต้สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการบริโภคน้ำตาลเกิน ไม่อาจปฏิเสธได้ว่าการตัดสินใจของผู้ใหญ่ในการเลือกสรรอาหารให้แก่ลูกหลานเป็นปัจจัยสำคัญ ความเชื่อ ความรู้ และทัศนคติของพ่อแม่และผู้ปกครองหลายประการที่นำมาสู่การเลือกสรรอาหารที่มีน้ำตาลล้นเกิน หรือเติมน้ำตาลโดยไม่จำเป็น<sup>(8)</sup> นอกจากนี้ปัจจุบันพบว่าประชาชนตกเป็นเหยื่อของโฆษณาและไม่รู้เท่าทันในการเลือกสินค้าเพื่อบริโภคมากขึ้นจากการศึกษาพบว่าร้อยละ 43.2 ของกลุ่มตัวอย่างเคยซื้อขนมเพราะเด็กดูโฆษณาแล้วรบเร้าจะซื้อ ของแถมมีอิทธิพลต่อการเลือกตัดสินใจซื้อขนม มีเด็กและผู้เลี้ยงดูเด็กร้อยละ 44.4 เคยซื้อขนมเพราะของแถม ได้แก่ หุ่นยนต์ ตัวต่อ รถเครื่องบิน / จรวด มีดลูกดอก ดาบ ตุ๊กตา เครื่องประดับสติ๊กเกอร์<sup>(9)</sup>

โดยภาพรวม ปัญหาเหล่านี้เริ่มตั้งแต่วัยเด็กและต่อเนื่องจนเข้าสู่วัยสูงอายุ ผลกระทบจากการบริโภคน้ำตาลล้นเกินสะท้อนให้เห็นจากสภาวะโรคต่างๆ ตั้งแต่ วัยเด็ก ได้แก่ โรคฟันผุซึ่งมีความชุกสูงมากกว่าร้อยละ 80 ในเด็กอายุ 5 ปี ปัญหา โรคอ้วนในเด็กซึ่งเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การสำรวจสภาวะโภชนาการในกลุ่มเด็กอนุบาลและเด็กประถมศึกษาปี 2542 โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย พบปัญหาโภชนาการเกินในกลุ่มเด็กอนุบาลร้อยละ 12.9 และในเด็กประถมศึกษา ร้อยละ 13.8<sup>(2,10)</sup> นอกจากนี้ ยังพบปรากฏการณ์ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งคือพบว่าเริ่มพบการเป็นโรคเบาหวาน (ชนิดที่ 2) ในเด็กที่มีอายุ เพียง 11 ปีเท่านั้น<sup>(2)</sup> สถานการณ์เหล่านี้มีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรม การบริโภคและมีผลสืบเนื่องจากการบริโภคน้ำตาลล้นเกินตั้งแต่วัยเด็ก ดังนั้นกลุ่มเด็กและเยาวชนควรได้รับการดูแลในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทางโภชนาการต่อสุขภาพร่างกาย และเพื่อสุขภาพฟันที่ดี โดยที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้กำหนดให้คนเราบริโภคน้ำตาลที่เติมในอาหารรวมกับที่มีผสมอยู่ในผลิตภัณฑ์แปรรูปต่างๆ (added sugars) ไม่ควรเกิน 50 กรัมต่อวัน (4 ช้อนโต๊ะ หรือ 12 ช้อนชา) ทั้งนี้ไม่รวมถึงน้ำตาลธรรมชาติที่ได้จากผักและผลไม้ซึ่งควรได้จากการบริโภค วันละ 4 - 5 ถ้วยตวง<sup>(10,11)</sup> เด็กและเยาวชนควรได้รับอาหารว่าง

ที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง เช่น นม และผลไม้ ซึ่งจะ  
ช่วยเสริมให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนมากขึ้น  
ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น กาแฟ ชา  
และน้ำอัดลมประเภทโคล่า น้ำหวาน น้ำอัดลมชนิด  
ต่างๆ รวมทั้งขนมขบเคี้ยว ซึ่งอาจทำให้อ้วนและขาดสาร  
อาหารบางอย่างได้ เนื่องจากอาหารเหล่านี้ให้พลังงาน  
เป็นส่วนใหญ่แต่ให้สารอาหารอื่นๆ น้อยมาก(12, 13, 14)

จังหวัดราชบุรีเริ่มดำเนินการโครงการรณรงค์  
ลดบริโภคหวานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งมีจุดเริ่มจาก  
การดำเนินงานรณรงค์และสร้างเครือข่ายโรงเรียน  
อ่อนหวาน การดำเนินงานโครงการรณรงค์ลดบริโภค  
หวานในโรงเรียนประถมศึกษาเน้นการให้ความรู้และ  
การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีทันตสุขภาพที่ดี  
และการมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้อง โรงเรียน  
ประถมศึกษาที่ร่วมโครงการรณรงค์ลดบริโภคหวาน  
ของจังหวัดราชบุรี คือโรงเรียนที่ร่วมโครงการด้วย  
ความสมัครใจ โดยโรงเรียนมีการดำเนินการอย่างน้อย  
หนึ่งกิจกรรม คือไม่มีการจำหน่ายน้ำอัดลม นมเปรี้ยว  
และลูกอมในโรงเรียน หรือในสหกรณ์ หรือร้านค้าภายใน  
โรงเรียน มีการจัดบริการเครื่องดื่ม ขนม ที่ไม่หวาน ควร  
เป็นชนิดที่มีน้ำตาลไม่เกิน 8 กรัม หรือ 2 ช้อนชาต่อมื้อ  
หรือใช้เครื่องดื่มสำเร็จรูปที่มีน้ำตาลน้อย การจัดสภาพ  
แวดล้อมที่เอื้อต่อการรณรงค์ลดบริโภคหวาน เช่น ไม่มี  
การวางน้ำตาลให้เติมเพื่อปรุงรสในอาหาร มีการบริหาร  
จัดการเพื่อลดปริมาณการใช้ปริมาณน้ำตาลในโรงครัว  
ของโรงเรียน ร้อยละ 80 ของเด็กนักเรียนในโรงเรียน  
รับรู้ปริมาณน้ำตาลที่เหมาะสมในการบริโภคคือไม่เกิน  
6 ช้อนชาต่อคนต่อวัน มาตรการหนึ่งที่เห็นผลเป็นรูป  
ธรรมชาชัดเจนคือการลดการใช้น้ำตาลปรุงอาหารในครัว  
ของโรงเรียน ปัจจุบันจังหวัดราชบุรีมีการขยายเครือข่าย  
โดยมีโรงเรียนอ่อนหวานต้นแบบ 21 แห่ง และโรงเรียน  
ที่ร่วมโครงการ 148 แห่ง รวมเป็น 169 แห่ง จาก  
โรงเรียนประถมศึกษาทั้งหมด 381 แห่ง คิดเป็นร้อยละ  
44.36 ฉะนั้นนอกจากการรณรงค์ยั่งยืนในการดำเนิน  
กิจกรรมของโรงเรียนอ่อนหวานต้นแบบแล้ว การขยาย  
และพัฒนากิจกรรมในโรงเรียนเครือข่ายก็มีความสำคัญ  
ไม่แพ้กัน ดังนั้น เพื่อเป็นการประเมินผลเชิงพฤติกรรม  
การบริโภคของนักเรียนโรงเรียนที่ร่วมโครงการรณรงค์  
ลดบริโภคหวาน ซึ่งเป็นการวัดความสำเร็จการดำเนิน  
งานรณรงค์ลดบริโภคหวานในโรงเรียนทางหนึ่ง จึงได้

ทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็กนักเรียน  
ประถมศึกษาในโรงเรียนที่ร่วมโครงการรณรงค์ลดบริโภค  
หวานของจังหวัดราชบุรี นอกจากจะทำให้ทราบถึงการ  
บริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ  
โรคอ้วนและโรคเรื้อรังต่างๆ ของนักเรียนในโครงการแล้ว  
ยังเป็นการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภค  
อาหารและเครื่องดื่มของเด็กนักเรียนในโรงเรียนที่ร่วม  
โครงการกับนักเรียนในโรงเรียนที่ไม่ร่วมโครงการใน  
จังหวัดราชบุรีด้วย

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวางเชิง  
วิเคราะห์ (Cross-sectional analytic study) ประชากร  
ศึกษาคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 ที่ศึกษา  
ในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการศึกษา  
ประถมศึกษาราชบุรี กลุ่มตัวอย่างประกอบ ด้วยนักเรียน  
ชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 ของโรงเรียนที่ร่วมโครงการ  
รณรงค์ลดบริโภคหวานและได้รับการคัดเลือกเป็น  
โรงเรียนต้นแบบโครงการรณรงค์ลดบริโภคหวานใน  
ทุกอำเภอของจังหวัดราชบุรี จำนวน 20 โรงเรียน และ  
นักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 - 6 ของโรงเรียนที่  
ไม่ได้เข้าร่วมโครงการรณรงค์ลดบริโภคหวานคัดเลือก  
เป็นโรงเรียนคู่เทียบ โดยการเลือกแบบเจาะจงโรงเรียน  
ที่มีขนาดจำนวนนักเรียนที่ตั้งและโครงสร้างทางกายภาพ  
ใกล้เคียงกัน จำนวน 21 โรงเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์  
ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่สัมพันธ์กับการเกิด  
โรคในช่องปาก แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน  
คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก  
ส่วนสูง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคและความถี่ของ  
การบริโภคอาหารที่เกี่ยวข้องกับโรคในช่องปาก ได้แก่  
น้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ นมหวาน นมจืด และ  
ผลไม้สด

เก็บข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคของนักเรียน  
ในหนึ่งสัปดาห์ วันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ ในช่วงเดือน  
มิถุนายน - กรกฎาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้  
สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยวิเคราะห์  
ระดับสองตัวแปร ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารของนักเรียนโรงเรียนต้นแบบการรณรงค์ลดบริโภคหวานกับโรงเรียนคู่เทียบที่ไม่ได้ร่วมโครงการ ซึ่งการวิเคราะห์ในระดับสองตัวแปรวิเคราะห์โดยใช้ t-test และ Crude Bivariate ANOVA ในกรณีการแจกแจงข้อมูลปกติ และใช้ non-parametric test วิเคราะห์ในกรณีการแจกแจงข้อมูลไม่ปกติ

ในการศึกษานี้มีการควบคุมคุณภาพในหลายขั้นตอนคือ การสร้างแบบสัมภาษณ์ได้อ้างอิงจากการวิจัยหลายการวิจัยที่ผ่านมา<sup>(9, 15, 16)</sup> และมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อเพิ่มความถูกต้องของเนื้อหา ตลอดจนมีการศึกษานำร่องและทดสอบแบบสอบถามในกลุ่มประชากรจริง การบันทึกข้อมูลใช้วิธีการบันทึกข้อมูล

2 ครั้ง (double data entry) โดยผู้บันทึกคนละกลุ่ม และตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลก่อนการวิเคราะห์

### ผลการศึกษา

นักเรียนทั้งหมดที่ตอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 809 คน แบ่งเป็นนักเรียนจากโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการรณรงค์ลดบริโภคหวาน 20 โรงเรียน จำนวน 393 คน คิดเป็นร้อยละ 48.58 และจากโรงเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ 21 โรงเรียน จำนวน 416 คน คิดเป็นร้อยละ 51.42 ข้อมูลพื้นฐานระดับบุคคลคือเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลระดับบุคคลของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลระดับบุคคล	โรงเรียนร่วมโครงการ		โรงเรียนไม่ร่วมโครงการ		ทั้งหมด	
	จำนวน (n = 393)	ร้อยละ	จำนวน (n = 416)	ร้อยละ	จำนวน (n = 809)	ร้อยละ
1. เพศ						
1.1 ชาย	158	40.20	169	40.63	327	40.42
1.2 หญิง	235	59.80	247	59.37	482	59.58
2. ระดับการศึกษา						
2.1 ประถมศึกษาปีที่ 4	148	37.66	165	39.66	313	38.69
2.2 ประถมศึกษาปีที่ 5	124	31.55	132	31.73	256	31.64
2.3 ประถมศึกษาปีที่ 6	121	30.79	119	28.61	240	29.67
ข้อมูลระดับบุคคล	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	ค่าต่ำสุด -สูงสุด	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	ค่าต่ำสุด -สูงสุด	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	ค่าต่ำสุด -สูงสุด
3. อายุ (ปี)	11.69 (0.27)	9.50 - 12.75	11.45 (0.39)	9.75 - 13.00	11.58 (0.31)	9.50 - 13.00
4. น้ำหนัก (กิโลกรัม)	37.87 (3.82)	23.50 - 49.75	39.56 (4.08)	22.50 - 52.50	38.94 (3.91)	22.50 - 52.50
5. ส่วนสูง (เซนติเมตร)	147.94 (8.36)	126.50 - 154.50	145.65 (9.96)	126.00 - 153.50	146.32 (8.81)	126.00 - 154.50

จากการสำรวจพฤติกรรมบริโภคโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการบริโภคน้ำตาลดื่ม ลูกอม ขนมกรุบ

กรอบ นมหวาน นมจืด และผลไม้สด แสดงผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มประเภทต่างๆ ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และเครื่องดื่ม	ผลการการบริโภค (N = 809)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดื่มน้ำอัดลม	569	70.33
ดื่มทุกวันตลอดสัปดาห์	34	4.20
ดื่มทุกวันเรียน	120	14.83
ไม่ดื่มน้ำอัดลมเลย	240	29.67
บริโภคลูกอม	496	61.31
บริโภคทุกวันตลอดสัปดาห์	28	3.46
บริโภคทุกวันเรียน	70	8.65
ไม่บริโภคลูกอมเลย	313	38.68
บริโภคขนมกรุบกรอบ	639	78.99
บริโภคทุกวันตลอดสัปดาห์	68	8.41
บริโภคทุกวันเรียน	174	21.51
ไม่บริโภคขนมกรุบกรอบเลย	170	21.01
ดื่มนม	703	86.90
ดื่มนมจืดเท่านั้น	278	34.36
ดื่มนมจืดเท่านั้นทุกวันตลอดสัปดาห์	93	11.50
ดื่มนมหวานเท่านั้น	23	2.84
ดื่มนมหวานเท่านั้นทุกวันตลอดสัปดาห์	1	0.12
ไม่ดื่มนมเลย	106	13.10
บริโภคผลไม้สด	496	61.31
บริโภคทุกวันตลอดสัปดาห์	24	2.97
บริโภคทุกวันเรียน	97	11.99
ไม่บริโภคผลไม้สดเลย	313	38.69

จากผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคน้ำอัดลมพบว่ามึนักเรียนดื่มน้ำอัดลมถึงร้อยละ 70.33 นักเรียนร้อยละ 4.20 ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน บางวันมากกว่าหนึ่งครั้ง นักเรียนร้อยละ 59.09 ดื่มน้ำอัดลมไม่เกินหกครั้งต่อสัปดาห์ ในขณะที่ร้อยละ 29.67 รายงานว่าไม่ได้ดื่มน้ำอัดลมเลย นักเรียนร้อยละ 25.09 ดื่มน้ำอัดลมเฉพาะวันเรียน ไม่ได้ดื่มน้ำอัดลมในวันหยุด ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 5.19 ที่ดื่มน้ำอัดลมเฉพาะวันหยุด ไม่ได้ดื่มน้ำอัดลมในวันเรียน จากการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างนักเรียนสองกลุ่มพบว่านักเรียนโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการรณรงค์ลดบริโภคน้ำอัดลมดื่มน้ำอัดลมในวันเรียนน้อยกว่าโรงเรียนนอกโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ความถี่ของการบริโภคน้ำอัดลมจากจันทร์ถึงศุกร์ในโรงเรียนร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ย 1.9 ครั้งต่อคน ส่วนในโรงเรียนคู่เทียบที่ไม่ร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ย 2.6 ครั้งต่อคน

แต่กลับพบว่านักเรียนในโครงการรณรงค์ลดบริโภคน้ำอัดลม มีค่าเฉลี่ยการบริโภคน้ำอัดลมในวันเสาร์-อาทิตย์มากกว่าโรงเรียนนอกโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

พฤติกรรมกรรมการบริโภคลูกอม พบว่านักเรียนร้อยละ 61.31 ตอบว่าบริโภคลูกอม โดยมีค่าเฉลี่ย 7.3 ครั้งต่อสัปดาห์ นักเรียนร้อยละ 3.46 บริโภคลูกอมทุกวัน และบางวันมากกว่าหนึ่งครั้ง อย่างไรก็ตามก็มีนักเรียนร้อยละ 38.68 ที่ไม่รับประทานลูกอมเลย ในวันเรียนวันจันทร์ถึงวันศุกร์ นักเรียนร้อยละ 8.65 บริโภคลูกอมทุกวัน และร้อยละ 8.10 บริโภคลูกอมมากกว่าวันละครั้ง การบริโภคขนมกรุบกรอบของนักเรียน นักเรียนร้อยละ 78.99 รับประทานขนมกรุบกรอบ โดยเฉลี่ยนักเรียนกลุ่มนี้รับประทานขนมกรุบกรอบหกครั้งต่อสัปดาห์ มีนักเรียนเกือบหนึ่งในสิบคิดเป็นร้อยละ 8.40

รับประทานวันละครั้งหรือมากกว่านั้น และจากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่านักเรียนในโรงเรียนที่ร่วมโครงการ มีค่าเฉลี่ยการบริโภคขนมกรูบกรอบในวันเสาร์ - อาทิตย์ มากกว่านักเรียนที่ไม่ร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

ผลการศึกษากาการบริโภคขนมของนักเรียนพบว่า นักเรียนร้อยละ 33.04 ตื่นนอนทุกวัน และมีนักเรียนดื่มเฉพาะนมจืดทุกวันร้อยละ 11.50 พบนักเรียนที่ดื่มเฉพาะนมหวานเท่านั้นร้อยละ 2.84 ที่สำคัญพบนักเรียนร้อยละ 13.10 ที่ไม่ได้ตื่นนอนเลยตลอดสัปดาห์ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่านักเรียนในโครงการดื่มนมหวานเฉลี่ยต่อสัปดาห์น้อยกว่านักเรียนในโรงเรียนที่ไม่ร่วม

โครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.01$ )

พฤติกรรมการบริโภคผลไม้สด พบว่านักเรียนที่ได้รับประทานผลไม้สดทุกวันมีเพียงร้อยละ 2.97 ในขณะที่นักเรียนถึงร้อยละ 38.69 ไม่บริโภคผลไม้สดเลยตลอดสัปดาห์ และพบว่านักเรียนจากโรงเรียนที่ร่วมโครงการบริโภคผลไม้สดบ่อยกว่านักเรียนที่ไม่ร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งจากการวิเคราะห์ตลอดสัปดาห์ และแยกเฉพาะวันหยุด

รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบด้านพฤติกรรมบริโภคของนักเรียนในโรงเรียนที่ร่วมโครงการรณรงค์ลดบริโภคหวานและโรงเรียนคู่เทียบ แสดงดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความถี่การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของนักเรียนในโรงเรียนที่ร่วมโครงการรณรงค์ลดบริโภคหวานและโรงเรียนคู่เทียบ

ประเภทอาหาร	ค่าเฉลี่ยความถี่ในการบริโภค (ครั้งต่อคน)					
	ตลอดสัปดาห์ (เจ็ดวัน)		เฉพาะจันทร์ถึงศุกร์		เฉพาะเสาร์-อาทิตย์	
	โรงเรียนคู่เทียบ	โรงเรียนร่วมโครงการ	โรงเรียนคู่เทียบ	โรงเรียนร่วมโครงการ	โรงเรียนคู่เทียบ	โรงเรียนร่วมโครงการ
น้ำอัดลม	3.1	2.65	2.56	1.88	0.55	0.77
	(2.78 - 3.42)	(2.34 - 2.95)	(2.27 - 2.84)	(1.65 - 2.11)	(0.48 - 0.62)	(0.66 - 0.87)
	p value = 0.04		p value < 0.01		p value = 0.01	
ลูกอม	4.46	4.54	3.69	3.26	0.78	1.27
	(3.68 - 5.25)	(3.74 - 5.34)	(3.02 - 4.35)	(2.69 - 3.84)	(0.54 - 1.02)	(0.95 - 1.22)
	p value = 0.89		p value = 0.35		p value = 0.02	
ขนมกรูบกรอบ	4.31	5.02	3.59	3.50	0.72	1.52
	(3.79 - 4.84)	(4.48 - 5.56)	(3.11 - 4.07)	(3.13 - 3.87)	(0.62 - 0.82)	(1.31 - 1.72)
	p value = 0.06		p value = 0.77		p value < 0.01	
นมหวาน	2.21	1.68	1.68	1.19	0.52	0.49
	(1.91 - 2.51)	(1.42 - 1.94)	(1.44 - 1.92)	(0.99 - 1.38)	(0.44 - 0.61)	(0.41 - 0.57)
	p value = 0.01		p value = 0.02		p value = 0.62	
นมจืด	4.71	4.95	3.82	3.87	0.89	1.08
	(4.35 - 5.07)	(4.64 - 5.25)	(3.54 - 4.10)	(3.65 - 4.09)	(0.77 - 1.01)	(0.96 - 1.19)
	p value = 0.33		p value = 0.80		p value = 0.03	
ผลไม้สด	2.90	4.64	2.46	3.37	0.44	1.28
	(2.46 - 3.34)	(4.01 - 5.28)	(2.07 - 2.85)	(2.91 - 3.83)	(0.35 - 0.53)	(1.06 - 1.50)
	p value < 0.01		p value = 0.03		p value < 0.01	



## วิจารณ์

จากผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา ในการบริโภค น้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ นมหวาน นมจืด และผลไม้สด สามารถสรุปและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายได้ดังนี้

1. การที่นักเรียนในโรงเรียนที่ร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยการบริโภค น้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบในวันเสาร์อาทิตย์ มากกว่านักเรียนที่ไม่ร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นข้อมูลที่สะท้อนถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคของเด็กเมื่ออยู่กับบ้าน ฉะนั้น นโยบายการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดี ควรให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้และทัศนคติด้านการบริโภคและการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองด้วย กล่าวคือ นอกจากการดำเนินรณรงค์ลดบริโภคหวานในโรงเรียน แล้วควรดำเนินการเชิงรุกในระดับครอบครัว และชุมชนด้วย

2. จากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มนมของนักเรียน พบว่านักเรียนกว่าร้อยละสิบ ไม่ได้ดื่มนมชนิดใดๆ ทั้งสิ้น ตลอดสัปดาห์ และพฤติกรรมการดื่มนมของนักเรียนพบนักเรียนประมาณครึ่งหนึ่งดื่มนมทั้งนมหวานและนมจืด เป็นข้อมูลที่ควรสะท้อนแก่ผู้รับผิดชอบโครงการนมโรงเรียนระดับจังหวัดต่อไป และความถี่ในการดื่มนมของนักเรียนในวันหยุดน้อยกว่าในวันเรียนมาก อาจเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนโครงการในอนาคตเกี่ยวกับการดื่มนมหรือการส่งเสริมนมแทนขนมกรุบกรอบในวันหยุด

3. จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า จำนวนนักเรียนที่บริโภคผลไม้สดน้อยกว่าการบริโภค น้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบ แต่อย่างไรก็ตามมีนักเรียนกลุ่มหนึ่งที่บริโภคผลไม้สดอย่างสม่ำเสมอ ข้อมูลนี้อาจเป็นช่องทางในการจัดทำแผนงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงเรียนในประเด็นการรณรงค์ให้นักเรียนบริโภคผลไม้ทดแทนขนมกรุบกรอบ ลูกอม และน้ำอัดลมได้

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ทพ.ดร. สุธี สุขสุเดช คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิเคราะห์ข้อมูล ทพญ.มณฑนา ฉวรรณกุล หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

ผู้ประสานงานเครือข่ายราชบุรีอ่อนหวานระดับจังหวัดที่ปรึกษางานวิจัยและขอขอบคุณทันตบุคลากรและผู้ประสานงานเครือข่ายราชบุรีอ่อนหวานระดับอำเภอ ซึ่งเป็นผู้ประสานงานด้านการเก็บข้อมูลงานวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. ฤดี สุราฤทธิ. น้ำตาล. กรุงเทพมหานคร: ออนพรีนซ์ออฟ; 2549.

2. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. น้ำตาลความหวานในขนม เครื่องดื่ม นมพร้อมดื่ม นมผงสำหรับเด็ก. กรุงเทพมหานคร: นโม พรีนติ้งแอนด์พับลิชชิง; 2550.

3. รักสุขภาพ. น้ำตาลแพง. หนังสือพิมพ์ข่าวสด. วันที่ 14 มีนาคม 2549.

4. ยิ่งศักดิ์ จงเลิศเจษฎาวงศ์. วันนี้คุณดื่มนมแล้วหรือยัง. Food Paper 2548; 18.

5. เนตรนภิส วัฒนสุขชาติ. เครื่องดื่มน้ำตาลน้อยทางเลือกเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: มโนพลัส; 2552.

6. ทะนง ภัคชิพันธ์. อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม. ในคณาจารย์ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการอาหาร. วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการอาหาร. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2539.

7. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2545.

8. เครือข่ายรณรงค์เพื่อเด็กไทยไม่กินหวาน. อ่อนหวานได้จริงหรือ. กรุงเทพมหานคร: นโม พรีนติ้งแอนด์พับลิชชิง; 2551.

9. สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานกับปัญหาฟันผุและโรคอ้วนของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานบริหารแผนงานอาหารและโภชนาการ; 2550.

10. วงสวาท ศัลวัฒน์. อาหารเพื่อสุขภาพ. การประชุมวิชาการเรื่องอาหารและโภชนาการ : แนวคิดสู่การปฏิบัติเพื่อผู้บริโภค; 24 - 26 เมษายน 2545; ณ โรงแรมมารวยการ์เด็นท์ กรุงเทพมหานคร.

11. World Health Organization. Diet Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva: 2003.

12. สุนทรี รัตนชูเอก, ชูติมา ศิริกุลชยานนท์. การศึกษาทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับอาหารรสหวาน. กรุงเทพมหานคร: 2549.

13. สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. อาหารและโภชนาการ. 2540.

14. อาณัติ นิตยธรรมผง. อาหารเพื่อสุขภาพ. นิตยสารแม่บ้าน 2549; 443, 30.

15. บุญเชื้อ ยงวานิชกร, ผุสดี จันทร์บาง. รายงานการศึกษา: การบริโภคขนมเด็กประถมศึกษานในจังหวัดนนทบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2546; 28.

16. อุไรพร จิตแจ้ง, ประไพศรี ศิริจักรวาล, กิตติ สรณเจริญพงศ์, ปิยะดา ประเสริฐสม, ผุสดี จันทร์บาง. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคขนมและอาหารว่างของเด็ก 3-15 ปี. เอกสารรายงานการศึกษาของเครือข่ายรณรงค์เพื่อเด็กไทยไม่กินหวาน.

## Abstract

One of the oral health promotion programs implemented in Ratchaburi province is the 'Sweet Enough' school program. The program, implemented since 2005, plan to reduce schoolchildren's sugar consumption via health education and altering school environment. This study aimed to describe frequency of sweet snack eating and soda drinking among school children. Data collection took place in schools that have participated in 'Sweet Enough School' program as the study group. Data collection also took place in schools that have never been participated in this program as the control group. Methods: Participants were primary school children, grade 4-6 from 41 schools. The total number is 809. Data was collected by interviewer-completed questionnaire. Frequency of sweet and healthy snack eating as well as soda drinking in a week period was recorded. Data was collected from June to July 2012. Results: Percentage of schoolchildren who eat sweet snack is 70.33%, while those who drink soda is 78.99%. This research found that the study group have less sweet snack and less soda consumption on week day, compared to the control group ( $p < 0.01$ ). However, on weekend the study group consumed more sweet snack and soda compared to the control group. This research suggested that the 'Sweet Enough' program should also be implemented at the household setting.

**Keywords :** Consumption, Schoolchildren, The 'Sweet Enough' Oral Health Promotion Program, Ratchaburi Province

ศึกษาความทุกข์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคติดต่อในวัด  
พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี  
Prevalence of the Factors Related to Communicable Diseases  
in Buddhist Temples in the Responsible  
Area of the Office of Diseases Prevention Control 2

กษมะ กระต่ายทอง เดชา สุคนธ์

Kasama Krataithong, Daecha Sukhon,

นพศรีญ จิงทองดี และคณะ

Nopsarun Jungtongdee, et al

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

Office of Diseases Prevention Control 2 Saraburi

**บทคัดย่อ**

วัดเป็นแหล่งที่รวมของประชาชนจำนวนมาก ทั้งการมาปฏิบัติธรรม มาทำบุญในโอกาสต่างๆ เช่น วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ทำบุญสะเดาะเคราะห์ และท่องเที่ยว ตลอดจนเป็นสถานสงเคราะห์เด็ก หรือเป็นที่เรียนพระปริยัติธรรม ซึ่งที่ผ่านมามีการระบาดของโรคติดต่อเกิดขึ้นในวัดหลายแห่งในพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ซึ่งวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวมีโอกาสที่จะแพร่โรคติดต่อได้มาก ดังนั้นที่วิจัยจึงได้ทำวิจัยเรื่องนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่อในวัดที่เป็นวัดแหล่งท่องเที่ยว พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว จำนวน 41 วัด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า 1) วัดที่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในวัดร้อยละ 75.61 และมียุงลายกัดผู้สำรวจข้อมูลในวัดร้อยละ 65.85 ถึงแม้จะมีการดำเนินงานพ่นสารเคมีกำจัดยุงในวัดร้อยละ 92.68 และมีการดำเนินงานป้องกันไม่ให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยวิธีต่างๆ ในวัดร้อยละ 97.56 ก็ตาม 2) วัดมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสุนัขแมวในวัดทุกปีถึงร้อยละ 90.24 แต่วัดที่ฉีดวัคซีนให้กับสุนัขแมวได้ทุกตัวมีเพียงร้อยละ 34.15 แต่หลังจากฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้สุนัขแมวในวัดแล้วกับมีสุนัขแมวถูกนำมาปล่อยในวัดใหม่อีกร้อยละ 65.85 สำหรับวัดที่บอกว่ามีคนนำสุนัขแมวมาปล่อยมีถึงร้อยละ 82.93 ส่วนวัดที่มีสัตว์เลี้ยงอื่นๆ นอกจากสุนัขแมวมีร้อยละ 70.73 3) วัดที่พระฉันอาหารในภาชนะของตนเองมีถึงร้อยละ 92.68 วัดมีบริการน้ำดื่มที่สะอาดร้อยละ 92.68 วัดที่มีการกำจัดขยะถูกหลักสุขาภิบาลร้อยละ 68.29 มีส้วมถูกหลักสุขาภิบาลร้อยละ 68.85 และวัดที่มีอ่างล้างมือพร้อมสบู่ไว้ให้บริการร้อยละ 75.61

จากข้อมูลผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าวัดเกือบทุกแห่งมีปัญหาเรื่องยุงและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในวัดทั้งที่ดำเนินการพ่นสารเคมีและการป้องกันไม่ให้มีลูกน้ำโดยวิธีต่างๆ แล้วซึ่งอาจทำให้วัดกลายเป็นแหล่งแพร่โรคที่มียุงเป็นพาหะนำโรคได้ ส่วนโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนวัดก็มีความชุกของปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคในวัดสูงโดยเฉพาะโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนโรคติดต่ออื่นๆ ก็มีความเสี่ยงอยู่บ้าง เช่น วัณโรค ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเข้าไปดูแล ได้แก่ เจ้าคณะจังหวัด เจ้าคณะอำเภอ เจ้าคณะตำบล สำนักงานพระพุทธศาสนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อให้วัดเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยในสุขภาพทั้งผู้ที่อยู่ในวัดและผู้ที่ไปทำบุญ ปฏิบัติธรรมต่อไป เรื่องปัจจัยการเกิดโรคติดต่อในวัดควรได้รับการพิจารณาเป็นนโยบายในการป้องกันโรค โดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงวัฒนธรรมและกระทรวงมหาดไทยต่อไป

**คำสำคัญ :** วัด, โรคติดต่อ, ความชุก, ปัจจัย

## บทนำ

วัดเป็นแหล่งที่รวมของประชาชนจำนวนมากที่เดินทางมาเพื่อวัตถุประสงค์ด้านการปฏิบัติธรรม ทำบุญ ในโอกาสต่างๆ เช่น วันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ทำบุญสะเดาะเคราะห์ ท่องเที่ยว ตลอดจนเป็นสถานสงเคราะห์เด็ก เป็นสถานที่ศึกษาเล่าเรียนพระปริยัติธรรม ที่ผ่านมามีการระบาดของโรคติดต่อเกิดขึ้นในวัด ในหลายพื้นที่ แต่ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ ในส่วนของการเกิดการระบาดของโรคติดต่อในวัด จึงไม่สามารถชี้ชัดได้ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการระบาดของโรคติดต่อในวัดที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยว จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาให้เป็นวัดปลอดโรคติดต่อ ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี และเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อแก่ประชาชนทั่วไป ชุมชน หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ต่อไป ซึ่งกรมควบคุมโรคได้จัดทำโครงการในลักษณะเดียวกันในปี 2554 คือ โครงการศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค<sup>(1)</sup> ซึ่งช่วยให้เด็กปลอดภัยจากโรคติดต่อเมื่ออยู่รวมกันในศูนย์เด็กเล็กหรือสถานเลี้ยงเด็ก เช่นเดียวกันวัดก็เป็นที่รวมของประชาชน<sup>(2,3)</sup> ทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิตที่มีกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัดมากมายทั้งกิจกรรมระดับปัจเจกบุคคล เช่น ทำบุญวันเกิด จัดงานศพ ถวายทาน จนถึงกิจกรรมระดับมหาชน เช่น การทอดกฐินสามัคคี งานประจำปี นมัสการสิ่งศักดิ์สิทธิ์คู่บ้านคู่เมืองเช่นรอยพระพุทธบาทจังหวัดสระบุรีเป็นต้นส่วนกรมอนามัยได้จัดทำโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ<sup>(4,5)</sup> โดย วัดส่งเสริมสุขภาพ จะมุ่งเป้าในเรื่อง 1) ความสะอาด ร่มรื่น 2) ความสงบ ร่มเย็น 3) เรื่องสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกาย 4) เรื่องศิลปะร่วมจิต (วิญญาน) และ 5) ชาวประชา ร่วมพัฒนา ซึ่งวัดที่ผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพก็ยังมีโอกาสในการเป็นแหล่งแพร่โรคติดต่อได้เพราะยังมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในวัดมีสุนัขที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนอาศัยอยู่ในวัดมีคนในวัดเป็นโรคทางเดินหายใจโดยที่ไม่มีการป้องกันการแพร่เชื้อ เป็นต้น

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research)

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา : หน่วยของการวิเคราะห์ ได้แก่ วัดที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยว

จำนวนประชากรที่ศึกษา : วัดที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยว 41 วัด ใน 5 จังหวัดในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

ซึ่งขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตร

$$n = \frac{[deff * Np (1 - p)] / (1 - p)}{[d^2 / Z^2_{1 - \alpha/2}]}$$

ค่า p = สัดส่วนของวัดที่สามารถป้องกันโรคได้ กำหนดให้ค่าเท่ากับร้อยละ 50 (เนื่องจากไม่มีค่าความชุกของปัจจัยเสี่ยงในวัด จึงใช้ค่าความชุกปัจจัยเสี่ยงที่ 50%) กำหนดให้ค่า d = 0.05 ค่าแอลฟา = 0.05 และกำหนดให้ค่าประชากรทั้งหมดเป็น 45 จำนวนด้วยสูตรตัวอย่างที่มีขนาดจำกัด โดยใช้โปรแกรม Statcalc ใน Epi-Info version 3.5.1<sup>(6)</sup> จะได้จำนวนตัวอย่าง = 41

การเลือกตัวอย่าง ใช้วิธี Proportion sampling<sup>(7)</sup> โดย

1) ผู้วิจัยจัดทำรายชื่อวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวทั้งหมดโดยจัดเรียงตามจำนวนพระภิกษุ อุบาสก อุบาสิกา และฆราวาส ทั้งหมดในวัดเรียงตามจังหวัด ซึ่งวิธีนี้จะทำให้ได้วัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีการกระจายตามสัดส่วนของจำนวนวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวรายจังหวัด

2) ค่า Proportion เท่ากับ 0.91 ซึ่งเท่ากับจำนวนตัวอย่าง 41 ตัวอย่าง

3) กำหนดค่าเริ่มต้น และทำการเลือกตัวอย่างจากจำนวนพระภิกษุ อุบาสก อุบาสิกา และฆราวาส ทั้งหมดในวัดเรียงตามลำดับจนครบ

วัดที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยว

จังหวัดสระบุรี วัดที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยว 11 วัด

วัดที่เป็นตัวอย่าง 10 วัด

จังหวัดลพบุรี วัดที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยว 5 วัด

วัดที่เป็นตัวอย่าง 5 วัด

จังหวัดสิงห์บุรี วัดที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยว 9 วัด

วัดที่เป็นตัวอย่าง 8 วัด

จังหวัดชัยนาท วัดที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยว 10 วัด

วัดที่เป็นตัวอย่าง 9 วัด

จังหวัดอ่างทอง วัดที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยว 10 วัด  
วัดที่เป็นตัวอย่าง 9 วัด  
รวมวัดที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยว จำนวน 45 วัด  
รวมวัดที่เป็นตัวอย่างจำนวน 41 วัด

## 2. เกณฑ์การเลือก/คัดออก/เลิกหรือยุติการศึกษา

### 2.1 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

- เป็นวัดที่ได้รับการจัดให้เป็นสถานที่ท่องเที่ยวโดยสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัด
- เป็นวัดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นวัดโดยกรมการศาสนามาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

### 2.2 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจากการศึกษา

- วัดที่เจ้าอาวาสไม่เข้าร่วมโครงการสำรวจปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่อ
- ใญ่ยาวจักรหรือผู้ที่เจ้าอาวาสมอบหมายให้เป็นผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีประวัติทำงานให้วัดไม่ถึง 1 ปี

### 2.3 เกณฑ์การให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา

- ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลได้น้อยกว่าร้อยละ 50 ของแบบเก็บข้อมูล

### 2.4 เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ

- เก็บข้อมูลได้น้อยกว่าร้อยละ 30 ภายในเวลา 4 เดือนหลังได้รับอนุมัติโครงการ

## 3. การเก็บข้อมูล

ใช้แบบเก็บข้อมูลที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น<sup>(8)</sup> ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ และแบบสำรวจ ซึ่งแบบเก็บข้อมูลดังกล่าวพัฒนาขึ้นภายใต้การกำกับดูแลโดยกรมการจริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการจัดเก็บข้อมูลทำโดยคณะผู้วิจัยที่ผ่านการอบรม การเก็บข้อมูลโดยการสำรวจ คณะผู้วิจัยจะให้ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบของวัดในเรื่องดังกล่าว

มีส่วนร่วมในการสำรวจด้วย เพื่อลดความไม่พึงพอใจและความไม่ยอมรับในข้อมูลที่สำรวจได้ และคณะผู้วิจัยจะได้ใช้โอกาสระหว่างสำรวจให้ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคแก่ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบของวัด

## 4. การบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์

ข้อมูลที่ได้จากแบบสำรวจข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงและการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในวัดจะถูกนำมาจัดทำรหัส และบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์หลังผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ของข้อมูลแล้ว

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละเพื่อใช้ในการพรรณนาความชุกของปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค

การศึกษานี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติและดำเนินการภายใต้กฎเกณฑ์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษาความชุกของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคติดต่อในวัด พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

การป้องกันโรคติดต่อในวัด

จากการสัมภาษณ์ใญ่ยาวจักรหรือผู้แทนวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว พบว่าวัดมีการพ่นสารเคมีกำจัดยุงร้อยละ 92.68 โดยเป็นการพ่นสารเคมีแบบหมอกควันร้อยละ 87.80 และแบบละอองฝอย (ULV) ร้อยละ 9.76 ส่วนการป้องกันไม่ให้มีลูกน้ำ มีวัดดำเนินการร้อยละ 97.56 โดยการใช้ทรายที่มีฟอสร้อยละ 90.24 การใช้ปลาหางนกยูงร้อยละ 48.78 ส่วนการป้องกันยุงกัดในวัด มีใช้มุ้งลวดร้อยละ 87.80 ใช้มุ้งร้อยละ 75.61 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการป้องกันโรคติดต่อในวัดโดยแมลง

กิจกรรม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
การพ่นสารเคมีกำจัดยุง	38	92.68
- พ่นแบบหมอกควัน	36	87.80
- พ่นแบบละอองฝอย	4	9.76
การป้องกันไม่ให้มีลูกน้ำ	40	97.56
- ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ	37	90.24
- ปิดฝาภาชนะเก็บน้ำ	24	58.54
- ปล่อยปลาหางนกยูง	20	48.78
การป้องกันยุงกัด	40	97.56
- ใช้มุ้งลวด	36	87.80
- ใช้มุ้ง	31	75.61
- พ่นสารเคมีกระป๋องสเปรย์	18	43.91
- ทายากันยุง	15	36.59
- จุดยากันยุง	12	29.27
- อื่นๆ	17	41.46
วัดที่มีผู้ป่วยไข้เลือดออก	3	7.32

จากการสังเกตพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อในวัดโดยแมลงในวัด พบว่ามีการใช้มุ้ง มุ้งลวดและมุ้งกลดร้อยละ 97.56 พบวัดที่มีแหล่งน้ำขังที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ร้อยละ 85.37 พบลูกน้ำในแหล่งน้ำในวัดร้อยละ 75.61 มียุงกัดผู้สำรวจข้อมูลในวัดร้อยละ

65.85 มีการเปิดพัดลมไถ่ยุงร้อยละ 82.93 ใช้ยาทากันยุงร้อยละ 24.39 มีการจุดยากันยุงในเวลากลางวัน ร้อยละ 17.07 พบทรายที่มีฟอสในแหล่งน้ำร้อยละ 58.54 และมีปลาในภาชนะใส่น้ำต่างๆ ของวัดร้อยละ 48.78 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อในวัดโดยแมลง

กิจกรรม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อในวัดโดยแมลงของคนในวัด		
- การใช้มุ้ง มุ้งลวด มุ้งกลด	40	97.56
- มีแหล่งน้ำขังที่เพาะพันธุ์ยุงลาย	35	85.37
- การจุดยากันยุงในเวลากลางวัน	7	17.07
- การเปิดพัดลมไถ่ยุง	34	82.93
- การใช้ยาทากันยุง	10	24.39
- มีทรายที่มีฟอสในแหล่งน้ำ	24	58.54
- มีปลาในภาชนะใส่น้ำของวัด	20	48.78
ปัญหาที่สังเกตพบในด้านโรคติดต่อในวัดโดยแมลง		
- พบลูกน้ำยุงลายในแหล่งน้ำวัด	31	75.61
- มียุงกัดผู้สำรวจข้อมูลในวัด	27	65.85



การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคติดต่อ  
นำโดยแมลงในวัด พบว่ามีการป้องกันยุงพาหะนำโรค  
โดยการใช้ทรายที่มีฟอสร้อยละ 73.17 การปิดฝาภาชนะ

เก็บกักน้ำร้อยละ 60.98 การกำจัดขยะร้อยละ 87.80  
(ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของวัดในการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันโรคติดต่อนำโดยแมลง

กิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
การป้องกันยุงพาหะนำโรค		
โดยวิธีการทางกายภาพ		
- การปิดฝา	25	60.98
- การใช้มุ้งตาข่ายปิดปากภาชนะ	6	14.63
โดยวิธีการทางชีวภาพ		
- ใช้ปลากินลูกน้ำ	22	53.66
- ใช้แบคทีเรีย	1	2.44
- ใช้พืชสมุนไพร	1	2.44
โดยวิธีการทางเคมี		
- ใช้ทรายที่มีฟอส	30	73.17
โดยวิธีอื่นๆ		
- การกำจัดขยะ	36	87.80
- วิธีอื่นๆ	1	2.44

การป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน จาก  
การสัมผัสภาชนะไว้อาหารหรือผู้แทนวัดที่เป็นสถานที่  
ท่องเที่ยว พบว่าวัดมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า  
ให้กับสุนัข แมว ในวัดทุกปีร้อยละ 90.24 แต่ฉีดครบ

ทุกตัว ณ เวลาที่มีการดำเนินการร้อยละ 34.15 และ  
หลังจากฉีดวัคซีนแล้ว มีสุนัข แมว ถูกนำมาปล่อยอี  
ร้อยละ 65.85 ซึ่งวัดร้อยละ 82.93 มีผู้นำสุนัข แมว  
มาปล่อย (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของวัดที่มีการดำเนินการป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

กิจกรรม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
การป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน		
- การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยการฉีดวัคซีน ให้กับสุนัข แมว ทุกปี	37	90.24
- วัดที่ฉีดวัคซีนให้กับสุนัข แมว ทุกตัว	14	34.15
- วัดที่มีกรงแยกสัตว์ไม่ให้สัมผัสกับคน	7	17.07
- วัดที่มีกรงขังสัตว์ครบทุกตัว	1	2.44
- วัดที่ไม่มีสัตว์เลี้ยง	2	4.88
- หลังจากการฉีดวัคซีนให้สุนัข แมว ในวัดมีสุนัข แมว ถูกนำมาปล่อยเพิ่มอีก	27	65.85
- วัดที่ถูกนำสุนัข แมว มาปล่อย	34	82.93

การสังเกตพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน พบว่ามีสุนัขและแมวในวัดร้อยละ 90.24 โดยวัดที่มีสุนัขและแมวเป็นโรคไข้เรื้อนร้อยละ

46.34 สุนัขและแมวไม่ได้ฉีดวัคซีนร้อยละ 39.02 พบว่าวัดมีการเลี้ยงสัตว์ร้อยละ 70.73 โดยมีการเลี้ยงสัตว์ป่าในวัดร้อยละ 4.88 (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละของวัดที่สังเกตพบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

กิจกรรมป้องกันโรค	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
พฤติกรรมกรรมการเลี้ยงสัตว์ในวัด		
- วัดที่มีสุนัขและแมวในวัด	37	90.24
- สุนัขและแมวในวัดเป็นโรคไข้เรื้อน	19	46.34
- สุนัขและแมวในวัดไม่ได้ฉีดวัคซีน	16	39.02
- วัดที่มีสัตว์เลี้ยงอื่นๆ นอกจากสุนัขและแมว	29	70.73
- วัดที่มีการเลี้ยงสัตว์ป่า	2	4.88

การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน มีการเลี้ยงสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนในวัดร้อยละ 53.66 โดยมี

การป้องกันโรคจากสัตว์เลี้ยงร้อยละ 9.76 และวัดร้อยละ 85.37 ไม่มีมาตรการป้องกันโรคใช้หัดนก โดยวัดที่ไม่มีสัตว์ปีกในวัดร้อยละ 26.83 (ตารางที่ 6)

**ตารางที่ 6** จำนวนและร้อยละของวัดที่มีการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

กิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
- วัดที่มีการเลี้ยงสัตว์อื่น ๆ นอกจากสุนัขและแมว	22	53.66
- วัดที่มีการป้องกันโรคจากสัตว์เลี้ยง	4	9.76
- วัดที่ไม่มีมาตรการป้องกันโรคใช้หัดนก	35	85.37
- วัดที่ไม่มีเลี้ยงสัตว์ปีกในวัด	11	26.83

การป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ จากการสัมภาษณ์ไวยาวัจกรหรือผู้แทนวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว พบว่าพระภิกษุฉันอาหารในภาชนะของตนเองร้อยละ 92.68 ไม่เก็บอาหารไว้ฉันค้างมือร้อยละ 78.05 วัดส่วนใหญ่มีบริการน้ำดื่มที่สะอาดร้อยละ

92.68 มีแก้วน้ำดื่มพร้อมที่ล้างแก้วไว้บริการร้อยละ 36.59 มีส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาลตามมาตรฐานร้อยละ 68.29 มีอ่างล้างมือและสบู่ไว้บริการร้อยละ 75.61 (ตารางที่ 7)

**ตารางที่ 7** จำนวนและร้อยละของการป้องกันโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำในวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว

กิจกรรม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
- การฉันอาหารในภาชนะของตนเอง	38	92.68
- ไม่เก็บอาหารไว้ฉันค้างมือ	32	78.05
- วัดมีบริการน้ำดื่มที่สะอาด	38	92.68
- มีน้ำสะอาดพร้อมอ่างล้างแก้วไว้บริการ	15	36.59
- มีการกำจัดขยะถูกหลักสุขาภิบาล	28	68.29
- มีส้วมถูกหลักสุขาภิบาล	27	65.85
- มีอ่างล้างมือและสบู่	31	75.61

จากการสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำในวัด พบว่ามีการฉันอาหารหรือกินอาหาร แบบสำรวมในภาชนะตนเองร้อยละ 29.27 ฉันอาหารหรือกินอาหารร่วมสำรับ โดยไม่ใช้ช้อนกลาง

ในวัดร้อยละ 26.83 ไม่มีบริการน้ำดื่มที่สะอาดเพียงพอ ร้อยละ 24.39 ไม่มีที่ล้างมือพร้อมสบู่ให้บริการร้อยละ 43.90 และสวมไม่ถูกสุขลักษณะร้อยละ 51.22 (ตารางที่ 8)

**ตารางที่ 8** จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำที่สังเกตพบ

กิจกรรม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
พฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำของคนในวัด		
- การฉัน/กินอาหารแบบสำรวมในภาชนะของตนเอง	12	29.27
- การฉัน/กินอาหารร่วมสำรับ โดยไม่ใช้ช้อนกลาง	11	26.83
- ไม่มีบริการน้ำดื่มที่สะอาดเพียงพอ	10	24.39
- ไม่มีที่ล้างมือและสบู่	18	43.90
- สวมไม่ถูกหลักสุขาภิบาล	21	51.22

ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำภายในวัด พบว่ามีบริการน้ำดื่มที่สะอาดร้อยละ 75.61 แต่มีแก้วนํ้าสะอาดพร้อมอ่างล้างแก้วไว้บริการร้อยละ 14.63 วัดมีแหล่งเก็บกักน้ำที่สะอาดและใช้น้ำผ่านทางก๊อกน้ำร้อยละ 97.56 ส่วนห้องส้วมมีการ แยกเป็นสัดส่วนระหว่างชาย/หญิง/พระภิกษุร้อยละ 63.41 ส้วมมีอ่างล้างมือและสบู่

ร้อยละ 46.34 คร้วของวัดมีการจัดเก็บภาชนะถูกสุขลักษณะร้อยละ 68.29 มีที่ล้างจานถูกสุขลักษณะร้อยละ 43.90 มีการรวบรวมและกำจัดขยะถูกวิธีร้อยละ 70.73 การฉันอาหาร/กินอาหารใช้บาตรและจานอาหารส่วนบุคคลร้อยละ 31.71 ใช้ภาชนะส่วนรวมร้อยละ 70.73 มีการใช้ช้อนกลางและทัฟพีในการตักอาหารร้อยละ 70.73 (ตารางที่ 9)

**ตารางที่ 9** จำนวนและร้อยละของการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ

กิจกรรม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
น้ำดื่ม		
- การบริการน้ำดื่มที่สะอาดในวัด	31	75.61
- การบริการแก้วนํ้าที่สะอาดพร้อมอ่างล้างแก้วไว้บริการ	6	14.63
น้ำใช้		
- มีแหล่งเก็บกักน้ำที่สะอาดและใช้น้ำผ่านทางก๊อกน้ำ	40	97.56
ห้องนํ้า ห้องส้วมตามมาตรฐาน HAS		
- มีห้องนํ้า ห้องส้วมแยกเป็นสัดส่วน ชาย/หญิง/พระภิกษุ	26	63.41
- มีอ่างล้างมือและสบู่	28	68.29
- มีความสะอาดเพียงพอ	19	46.34
ครัว		
- มีการจัดเก็บภาชนะถูกสุขลักษณะ	28	68.29
- มีที่ล้างจานถูกสุขลักษณะ	18	43.90
- มีการรวบรวมและกำจัดขยะถูกวิธี	29	70.73
การฉันภัตตาหาร/รับประทานอาหาร		
- มีการฉัน/กินอาหารโดยใช้บาตร/จานอาหารส่วนบุคคล	13	31.71
- ใช้ภาชนะส่วนรวมในการฉัน/กินอาหาร	29	70.73
- ใช้ช้อนกลาง/ทัฟพีในการตักอาหาร	29	70.73

การป้องกันโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว จากการสัมภาษณ์ไวยาวัจกรหรือผู้แทนวัด พบว่ามีการตรวจสุขภาพX-Ray ให้กับพระภิกษุในวัดร้อยละ 73.17 มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการไอเรื้อรังให้ผู้ที่อยู่ในวัดร้อยละ 46.34 วัดที่มีผู้

สูบบุหรี่อาศัยอยู่ในวัดร้อยละ 85.37 มีการห้ามเตือนการสูบบุหรี่ในวัดร้อยละ 78.05 มีป้ายห้ามสูบบุหรี่ในวัดร้อยละ 70.73 วัดที่มีหน้ากากอนามัยไว้ให้ผู้ป่วยทางเดินหายใจใช้ร้อยละ 17.07 (ตารางที่ 10)

**ตารางที่ 10** จำนวนและร้อยละของวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่ดำเนินการป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจ

กิจกรรม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
- การตรวจสุขภาพX-Ray ประจำปี ให้กับพระภิกษุในวัด	30	73.17
- การคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการไอเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในวัด	19	46.34
- วัดที่มีผู้สูบบุหรี่อาศัยอยู่ในวัด	35	85.37
- มีการห้ามเตือนการสูบบุหรี่ในวัด	32	78.05
- มีป้ายเตือนห้ามสูบบุหรี่ในวัด	29	70.73
- มีหน้ากากอนามัยไว้ให้ผู้ป่วยทางเดินหายใจใช้	7	17.07

การสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรคทางเดินหายใจในวัดแหล่งท่องเที่ยว พบพระภิกษุ/ฆราวาสใน

วัดสูบบุหรี่ร้อยละ 82.93 พบป้ายประกาศห้ามสูบบุหรี่ร้อยละ 41.41 (ตารางที่ 11)

**ตารางที่ 11** จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ

กิจกรรม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
- พบพระภิกษุ/ฆราวาสในวัดสูบบุหรี่	34	82.93
- พบป้ายประกาศห้ามสูบบุหรี่ในวัด	17	41.41
- มีการใช้หน้ากากอนามัยในวัด*	0	0

\* ขณะสำรวจข้อมูลไม่พบผู้ป่วยระบบเดินหายใจ

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในวัดแหล่งท่องเที่ยวพบว่า มีประกาศเตือนห้ามสูบบุหรี่ในวัดร้อยละ 41.41 แต่มี

วัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวยังมีพระภิกษุ/ฆราวาสสูบบุหรี่ในวัดร้อยละ 85.37 และมีวัดที่พระภิกษุป่วยเป็นวัณโรคกำลังรักษาร้อยละ 4.88 (ตารางที่ 12)

**ตารางที่ 12** จำนวนร้อยละของการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ

กิจกรรม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
- วัดมีป้ายประกาศเตือนภัยห้ามสูบบุหรี่	17	41.46
- ในวัดมีพระภิกษุ/ฆราวาสที่อาศัยในวัดสูบบุหรี่	35	85.37
- ในวัดมีผู้ป่วยวัณโรคที่กำลังรักษาตัว	2	4.88

การป้องกันโรคติดต่อโดยการสัมผัสและโรคติดต่ออื่นๆ จากการสัมภาษณ์ไวยาวัจกรหรือผู้แทนวัด พบว่ามีการปิดป้าย/โปสเตอร์ให้ความรู้การป้องกันโรค

ร้อยละ 24.39 แหล่งน้ำใช้ของวัดเป็นน้ำ ระบายของวัดร้อยละ 58.54 เป็นน้ำประปาหมู่บ้านร้อยละ 34.15 (ตารางที่ 13)

**ตารางที่ 13** จำนวนและร้อยละของการป้องกันโรคติดต่อโดยการสัมผัสและโรคติดต่ออื่นๆ

กิจกรรม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
การติดป้ายโปสเตอร์ให้ความรู้ป้องกันโรค	10	24.39
แหล่งน้ำใช้ของวัด		
- น้ำประปาของวัด	24	58.54
- น้ำประปาหมู่บ้าน	14	34.15
- น้ำประปาภูมิภาค.	6	14.63
- แหล่งน้ำอื่นๆ	2	4.88

จากการสังเกตพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อ และวัดที่มีผู้ป่วยโรคฉี่หนูหนึ่งไปรับการรักษาร้อยละ 2.44 โดยการสัมผัส พบว่าวัดที่มีผู้ป่วยโรคติดต่อโดยการสัมผัสร้อยละ 2.44 วัดที่มีผู้ป่วยโรคฉี่หนูร้อยละ 7.32 (ตารางที่ 14)

**ตารางที่ 14** จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อโดยการสัมผัส

กิจกรรม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
- วัดที่มีผู้ป่วยโรคติดต่อโดยการสัมผัส	1	2.44
- วัดที่มีผู้ป่วยโรคฉี่หนู	3	7.32
- วัดที่มีผู้ป่วยโรคฉี่หนูไปรับการตรวจรักษา	1	2.44

การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคติดต่อ ร้อยละ 82.92 ใช้น้ำประปาของวัดร้อยละ 9.76 ใช้น้ำ โดยการสัมผัสและโรคติดต่ออื่นๆ พบว่าแหล่งน้ำใช้ใน ใช้น้ำประปาหมู่บ้านร้อยละ 9.76 วัดที่มีการดูแลชักล้าง วดส่วนใหญ่ใช้ประปาของวัดร้อยละ 58.54 ใช้น้ำประปา อาสนะร้อยละ 34.15 (ตารางที่ 15) หมู่บ้านร้อยละ 34.15 ส่วนน้ำดื่มในวัดใช้น้ำบรรจขวด

**ตารางที่ 15** จำนวนและร้อยละของวัดจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันโรคติดต่อโดยการสัมผัสและโรคติดต่ออื่นๆ

กิจกรรม	จำนวน (n = 41)	ร้อยละ
แหล่งน้ำใช้ในวัด		
- ประปาของวัด	24	58.54
- ประปาหมู่บ้าน	14	34.15
- ประปาภูมิภาค	6	14.63
แหล่งน้ำดื่มในวัด		
- ใช้น้ำบรรจขวด	34	82.92
- ใช้ประปาวัด	4	9.76
- ใช้ประปาหมู่บ้าน	4	9.76
- ใช้ประปาภูมิภาค	2	4.88
การชักล้างอาสนะ	14	34.15

## วิจารณ์

วัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี มีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ และให้ความสำคัญกับโรคติดต่อทางน้ำโดยแมลง โดยพบว่าเกือบทุกแห่งมีการพ่นสารเคมีกำจัดยุง แต่ก็ยังมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่อยู่ในวัด จำนวน 3 แห่ง และเกินกว่าครึ่งสำรวจพบลูกน้ำยุงลายและยุงภายในวัด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวัดเป็นสถานที่ ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกจำนวนมาก แม้จะดำเนินการทั้งการกำจัดยุงโดยพ่นสารเคมี และการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในวัดแล้ว เนื่องจากกิจกรรมกำจัดยุงและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายดำเนินการไม่ถูกวิธี ไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุมพื้นที่ทั้งวัด เพราะบางวัดมีเนื้อที่บริเวณกว้างแต่มีผู้ดูแลน้อยหรือไม่มีเลย ทำให้การป้องกันควบคุมโรคไม่ได้ผลเกือบทุกวัดมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสุนัข แมวในวัดทุกปี แต่วัดที่ฉีดวัคซีนให้กับสุนัข แมวในวัดได้ครบทุกตัว มีเพียงร้อยละ 34.15 และวัดที่มีคนนำสุนัข แมวมาปล่อยในวัดเพิ่มหลังฉีดวัคซีน นอกจากนี้วัดถึงร้อยละ 53.66 มีการเลี้ยงสัตว์ที่อาจทำให้เกิดโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนอื่นๆ โดยมีวัดที่มีการป้องกันโรคจากสัตว์เลี้ยงมีเพียงร้อยละ 9.76 ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ วัดเกือบทุกแห่งพระภิกษุฉันอาหารในภาชนะของตนเอง และบริการน้ำดื่มที่สะอาด ขณะที่ที่มีส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาลเพียงร้อยละ 65.85 แต่จากการสังเกตพบที่มีการฉันทินอาหารร่วมสำหรับโดยไม่ใช้ช้อนกลางร้อยละ 26.83 และวัดมีน้ำสะอาดให้บริการแต่แก้วน้ำสะอาด พร้อมอ่างล้างแก้วมีให้บริการเพียงร้อยละ 14.63 จึงมีความเสี่ยงของโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ ซึ่งอาจติดต่อสู่ประชาชนที่มาทำบุญหรือทำกิจกรรมอื่นๆที่วัด

ส่วนการป้องกันควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ วัดที่มีการจัดตรวจสุขภาพW/X-Ray ประจำปี ให้แก่พระภิกษุในวัด มีร้อยละ 73.17 และวัดที่มีป้ายเตือนห้ามสูบบุหรี่ในวัดมีร้อยละ 70.73 แต่การสำรวจพบว่าวัดที่มีผู้สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 82.93 และวัดที่มีป้ายประกาศเตือนห้ามสูบบุหรี่ที่ตรวจพบมีร้อยละ 41.46 โดยวัดที่มีผู้ป่วยวัณโรคกำลังรักษาตัวร้อยละ 4.88 ที่แสดงให้เห็นว่าการป้องกันโรคระบบทางเดินหายใจ

ในวัดยังมีปัญหาที่ยังปล่อยให้มีการสูบบุหรี่ในวัดได้ ซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการใช้มาตรการห้ามสูบบุหรี่ในวัดทั้งพระภิกษุและฆราวาส ส่วนการป้องกันควบคุมโรคติดต่อโดยการสัมผัสและโรคติดต่ออื่นๆ ในวัดพบว่าน้ำดื่มในวัดส่วนใหญ่เป็นน้ำบรรจุขวดร้อยละ 82.92 วัดที่มีผู้ป่วยโรคผิวหนังร้อยละ 7.32 ซึ่งการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางผิวหนังที่พบเป็นเรื่องการรักษาความสะอาดส่วนบุคคล

จากภาพรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคติดต่อในวัด พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ที่สำคัญคือ เรื่องแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในวัด การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและการสูบบุหรี่ในวัด ส่วนปัจจัยที่มีความสำคัญรองลงมาคือเรื่องความสะอาด การกำจัดขยะ ภาชนะสำหรับต้มน้ำและเรื่องความสะอาดของห้องส้วม<sup>(9)</sup>

## สรุปผลวิจัย

จากการวิจัยสรุปผลได้ดังนี้

1. วัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ได้ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมและการป้องกันโรคติดต่อในวัด แต่ยังคงขาดการดูแลและการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออก ที่ต้องมีการดำเนินการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุกสัปดาห์
2. ด้านการป้องกันโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนในวัด ยังพบว่าวัดเป็นพื้นที่มีปัจจัยของการเกิดโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนที่สำคัญคือ โรคพิษสุนัขบ้าและโรคไข้หวัดนก ซึ่งมีวัดหลายแห่งได้มีมาตรการป้องกันที่ดี คือ การห้ามเลี้ยงสัตว์และห้ามนำสัตว์มาปล่อยที่วัดตลอดจนการป้องกันนกพิราบในวัด
3. วัดยังมีความเสี่ยงต่อการแพร่โรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ จากการที่วัดเป็นสถานที่ประชาชนมาทำบุญและรับประทานอาหารและดื่มน้ำร่วมกัน ซึ่งพบว่าการฉันทินอาหารร่วม การใช้ช้อนกลาง และการจัดหาภาชนะสำหรับต้มน้ำที่สะอาด เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันการติดต่อของโรคระบบทางเดินอาหารและน้ำ
4. การตรวจสุขภาพให้กับพระภิกษุ เป็นโครงการที่มีการให้บริการค่อนข้างทั่วถึง แต่มีพระภิกษุส่วนหนึ่งยังไม่ไปใช้บริการ



## ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยความชุกของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคติดต่อในวัดพื้นที่สำนักงานป้องกันโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี พบว่าวัดมีการปนสารเคมีกำจัดยุง มีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายโดยวิธีการต่างๆ แต่ยังมีปัญหาขี้มูลยุงลายและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นจำนวนมาก เนื่องจากไม่มีการดำเนินการต่อเนื่อง จึงควรมีจัดให้มีการดูแลแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในวัด ให้ครอบคลุมพื้นที่และต่อเนื่องสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2. โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน ไม่ควรมีการเลี้ยงสัตว์ในวัดเพราะไม่ใช่กิจของสงฆ์ ส่วนสัตว์ที่มีอยู่ในวัดแล้วต้องดูแลและควบคุมได้ เช่น ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้ครบทุกตัว ควบคุมปริมาณไม่ให้เพิ่มมากขึ้น และการควบคุมสิ่งแวดล้อมไม่ให้สัตว์นำโรคมาอาศัยได้เช่นหนู นกพิราบ สุนัข แมว โดยการกำจัดขยะที่เป็นอาหารสัตว์ที่ถูกวิธี การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมไม่ให้เป็นที่พักอาศัยสัตว์ได้

3. โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ วัดควรใช้นโยบายการฉันทนสำรวม และการใช้ช้อนกลางในเรื่องการรับประทานอาหาร ส่วนเรื่องน้ำดื่มควรมีภาชนะสำหรับน้ำดื่มที่สะอาดเพียงพอไว้บริการ และมีการกำจัดขยะไม่ให้เป็นปัญหาต่อไป มีการดูแลห้องน้ำให้สะอาดปลอดภัยแยกชาย หญิง และพระภิกษุชัดเจน

4. โรคติดต่อทางเดินหายใจ พระภิกษุควรได้รับการตรวจสุขภาพและ X-Ray เป็นประจำทุกปี เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปและมีการตรวจคัดกรองโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจเป็นประจำทุกปี

5. โรคติดต่อโดยการสัมผัสและโรคติดต่ออื่นๆ พระภิกษุก็ควรได้รับการถวายความรู้ในการป้องกันโรค พร้อมทั้งเผยแพร่ให้กับญาติโยมที่มาวัดได้ปฏิบัติให้ถูกต้องต่อไป

6. ปัจจัยการเกิดโรคติดต่อในวัดควรได้รับการพิจารณาเป็นนโยบายในการป้องกันโรค โดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงวัฒนธรรมและกระทรวงมหาดไทยต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงวรรณภา หาญเชาว์ วรรกุล และคณะเจ้าหน้าที่สำนักจัดการความรู้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่หาทุนสนับสนุนการวิจัย

เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะ สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ที่ให้ข้อมูลวัดท่องเที่ยวในพื้นที่จังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ที่ให้คำปรึกษา แนะนำและอนุมัติการจัดทำโครงการวิจัย และวัดแหล่งท่องเที่ยวทุกแห่ง ที่ได้ให้ข้อมูลในการวิจัยและสำรวจข้อมูลในวัด

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554

2. ครูพระดอทเน็ต. ความสำคัญของพระพุทธศาสนาต่อสังคมไทย [ออนไลน์]. 2551. [เข้าถึงเมื่อ 7 มิถุนายน 2552]. เข้าถึงได้จาก <http://www.kroophra.net/index.php>

3. ทินพันธุ์ นาคะตะ. พระพุทธศาสนากับสังคมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหายศิลป์และการพิมพ์; 2543.

4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. วัดส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดและการดำเนินงาน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.

5. นายธนาชาติ ดวงขวัญ. แนวทางการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดพัทลุง ปีงบประมาณ 2553 – 2556. กลุ่มงานสุขภาพิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง 19 ตุลาคม 2552 (เอกสารอัดสำเนา).

6. ลักษณา ไทยเครือ. การบริหารและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epiinfo for windows เชิงปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2551.

7. สุชาติาภิระนันท์. ทฤษฎีและวิธีการสำรวจตัวอย่าง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

8. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์, 2549.

9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมสาธารณสุขระดับประเทศ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.

## Abstract

Buddhist temples are the center of activities of people. They are also potential places for communicable diseases transmission. Office of Diseases Prevention Control 2 conducted the prevalence survey for factors associated to communicable diseases transmission in 41 Buddhist temples in its area. Representatives from each temple were given a standardized questionnaire to answer groups of questions about communicable diseases risk factors in their temple. Survey data recorded forms were used to record the environment data. The collected data were analyzed by descriptive methods.

The results revealed that 1) There were Aedes mosquito breeding sites in 75.61% of temples and the surveyor teams' members were bitten by Aedes mosquitoes in 65.85% of temples while several mosquito control measures were implemented in 97.56% of temples and 92.68% of temples also used chemical fogging. 2) 82.93% of temples were the places where the owners abandoned their dogs and cats, 90.24% of temples vaccinated their pet dogs and cats but only 34.15% of temples completed vaccination to their all pets and there were 65.85% of temples received newly abandoned pet after have been completed their annual vaccination activities. There were other pets than dogs and cats in 70.73% of temples. 3) The monks in 92.68% of temples ate by using private utensils and there were clean drinking water available in 92.68% of temples. Waste management was met the sanitation standard in 68.29% of temples and 68.85% of temples had toilets that met the sanitation standard. In personal hygiene aspect, washbowls with soaps were available in 75.61% of temples.

Almost temples faced the problems about mosquitoes and their breeding sites although they implemented chemical fogging and several methods to eliminate the larvae, the temples were still potential sources for mosquito-borne diseases. The prominent zoonosis disease which there was high prevalence of risk factors within temples was rabies. Other risky communicable disease within the temples was tuberculosis. The improvements of temples to safety and healthy places for residents and visitors should be the functions of the stake holders; Monk Deans at provincial, district and subdistrict level, Office of Buddhism, Provincial Health Office and other participating Bureau to implement the proper improvement measures. The prevalence of factors associated to communicable diseases transmission in temples would be the item that included in policy for diseases prevention of Ministry of Public Health, Ministry of Culture and Ministry of Interior.

**Keywords :** *Buddhist Temple, Communicable Diseases, Prevalence, Factors*