



วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

INSTITUTE FOR URBAN DISEASE CONTROL AND PREVENTION JOURNAL

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2559 Volume 1 No.1 May-August 2016

คณะที่ปรึกษา

รอ.นพ.โอภาส พูลพิพัฒน์

นพ.วินัย วุฒิวิโรจน์

บรรณาธิการ

ดร.นพ.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

กองบรรณาธิการ

นางศรินทร สนธิศิริกฤตย์

นางรุจิรา ตระกูลพั้ว

นางลดาวัลย์ สนวนงาม

นางสาววิจักขณา หุตานนท์

พญ.อัญชิสรา กาญจโนมัย

นางตรีอมร วิสุทธีศิริ

นายอมรชัย ไตรคุณากรวงศ์

นางสาวไมลา อิศระสงคราม

คณะจัดการ

นางอรนงค์ คงเรือง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคและองค์กรอื่นๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างนักวิชาการหรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ ทางคณะกรรมการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

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

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

ความรับผิดชอบ

บทความที่พิมพ์ในวารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนเอง ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ หรือคณะกรรมการ แต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง เลขที่ 24/56 ถ.พหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ 10220 โทร. 02972-9606, 02521-1668, 09 8869 8846, 08 6798 3777 โทรสาร 02972-9606 ต่อ 22 ,02521-1665

สารบัญ (Contents)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)	หน้า (Pages)
☆ ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาวัณโรคปอด โรงพยาบาลปทุมธานี Factors Affecting Treatment Outcome of Pulmonary Tuberculosis Patients Pathum Thani Hospital ธิญญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์	1
☆ ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ที่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ปี พ.ศ. 2557-2558 Factors Associated with Screening for Passenger who Suspected from Ebola Virus Disease Effected Area at Suvarnabhumi Airport 2014 - 2015 ปฎิคม วิวัฒนานนท์	13
☆ ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ ณ สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน ปี 2558 The Evaluation of Service Satisfaction at Bangkhen Skin Clinic, 2015 เขมกร เทียงทางธรรม	20
☆ การสำรวจสภาพแวดล้อมของศูนย์เลี้ยงเด็กในพื้นที่เขตเมือง Survey the Environment of the Daycare Centers in Urban Areas ไมลา อีสสระสงคราม	29
☆ การพัฒนาหลักสูตรนานาชาติเรื่อง International Training Course on Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management และการประเมินผลการฝึกอบรม International Development of the Training Course Curriculum Title “Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management” and Evaluation a Pilot Training Course ธนพรรณ ฟองศิริ	40
☆ พฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ขับขี่แท็กซี่ในเขตกรุงเทพมหานคร The Relation ship between Health Behaviors and Stress Levels among Taxi Drivers in Bangkok อมรชัย ไตรคุณากรวงศ์	50
☆ การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข ในจังหวัดเพชรบุรี The Model Development to Prevention and Control Tuberculosis for Public Health Volunteer in Phetchaburi Province ประภา ชุ่มกมล	57

สารบัญ (Contents)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)	หน้า (Pages)
☆ ความแตกต่างของบริการรักษาและพยาธิสภาพทางคลินิกของผู้ป่วยไข้เลือดออก เปรียบเทียบระหว่างปีที่มีการระบาดสูงและปีที่มีการระบาดต่ำ Differences in Medical Services Utilizations and Clinical Profiles of Adult Thai Dengue Patients between High Epidemic and Low Epidemic Years ดวงเดือน เทียงสันติธรรม	67
☆ การพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 4 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 4 The Development of Infectious Waste System from 4 Provinces in 4 Health Region ฐิฎา ไกรวัฒนพงศ์	75
☆ ความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงาน ของบุคลากรสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข Organizational Commitment and Working Happiness of the Employees in the Office of the Minister, Thailand Ministry Of Public Health ปวีณา ธารสนธยา	85
ภาคผนวก	
- ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง	98
- ใบแจ้งความประสงค์ส่งบทความลงตีพิมพ์	101

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาวัณโรคปอด โรงพยาบาลปทุมธานี

Factors Affecting Treatment Outcome of Pulmonary Tuberculosis Patients Pathum Thani Hospital

ธัญญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์¹, ปัญจมาพร สาตจิ้นพงษ์¹, สมฤดี สุขมณี¹, สมพร วัฒนวิเศษศิริ¹¹โรงพยาบาลปทุมธานีThanyapat Soontaranurak¹, Punjamaporn Satjeenpong¹, Somruedee Sukmanee¹, Somporn Wattanawisitsiri¹¹Pathumthani Hospital

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาไปข้างหน้า (Prospective Descriptive Study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นที่รับการรักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลปทุมธานี กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลปทุมธานีและได้รับยา rifampicin ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2558 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2559 ทั้งหมด 121 คน โดยใช้แบบสำรวจในการเก็บข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางการแพทย์ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน แฟ้มประวัติทะเบียน TB และประวัติจากญาติ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรคและการรักษาโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยค่า chi-square test ที่ความเชื่อมั่น 95% confidence interval

ผลการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดพบว่า อายุเฉลี่ย 43.17 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 64.50 สิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 61.98 อาชีพรับจ้างร้อยละ 49.59 สถานภาพการสมรสเป็นโสดร้อยละ 49.59 สัญชาติไทยร้อยละ 92.60 ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 14.05 เป็นเบาหวานร้อยละ 3.31 มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรคร้อยละ 4.96 ได้รับการรักษาสูตร New patient regimen ร้อยละ 96.69 มีผู้ดูแลการกินยาเป็นร้อยละ 99.17 สถานที่พักอาศัยเป็นบ้านร้อยละ 85.95 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ปัสสาวะสีส้มแดงรักษาวัณโรคหายมากกว่ากลุ่มที่ปัสสาวะไม่มีสีส้มแดงอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ p -value < 0.001 และปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับการรักษาวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value = 0.001

คำสำคัญ: วัณโรคปอด, ระบบยาระยะสั้น

Abstract

The objectives of this prospective descriptive study are to study the factors affecting tuberculosis treatment with Standard Short Course (SSC) and were treated at Pathum Thani Hospital. The populations are tuberculosis patients who treated at Pathum Thani hospital and taking rifampicin since March 1, 2015 to February 29, 2016, total of 121 people. General data were collected by survey. Medical data were collected from medical records, tuberculosis registration records, and notified from their relatives. Collected data, and information on TB treatment were analyzed in frequency, percentage, average and chi-square test.

The study results of pulmonary tuberculosis patients showed that an average age of patients was 43.17 years, 64.50 percent of patients were male, 61.98 percent of patients had Universal Coverage Scheme, 49.59 percent of patients career were employee, 49.59 percent of patients were single, 92.60 percent of patients were Thai nationality, 14.05 percent of patients were HIV infection, 3.31 percent of patients were underlying diabetes, 4.96 percent of patients had more than one underlying disease, 96.69 percent of patients received New patient regimen, 99.17 percent of patients took medicine with observers, 85.95 percent of patients lived in house. It was found that patients with red orange urine had cure TB treatment result more than patient without orange red urine statistically significant at p-value < 0.001 and careers were association with cure result statistically significant at p-value = 0.001

Keywords: Pulmonary tuberculosis, Standard short - course

บทนำ

สถานการณ์วัณโรคของโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรคแล้ว ความชุก (prevalence) ของผู้ป่วยวัณโรคมีประมาณ 14.4 ล้านคน (219 ต่อแสนประชากร) ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ (highly infectious) และแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ (incidence) ประมาณ 9.15 ล้านคน (139 ต่อแสนประชากร) โดยร้อยละ 95 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตประมาณ 1.65 ล้านคน (25 ต่อแสนประชากร) ร้อยละ 98 อยู่ในประเทศยากจน จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี 2551 ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรค ประเทศไทยถูกจัดอันดับที่ 18 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 80,000 รายต่อปีหรือคิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 119 ต่อประชากรแสนคนสูงกว่าประเทศตะวันตกบางประเทศถึง 30 เท่า⁽¹⁾ ซึ่งแสดงถึงวัณโรคยังเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามสุขภาพของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ ยังพบว่าวัณโรคถือเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงที่สุด⁽²⁾ และแม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ระดับชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ทำให้อัตราการติดเชื้อ

เอชไอวีในหลายกลุ่มประชากรลดลงโดยลำดับ แต่ในบางกลุ่มกลับสูงขึ้นเช่น กลุ่มพนักงานบริการชายอายุมากกว่า 30 ปี และชายที่มาตรวจกามโรค กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ในภาคเหนือตอนบนและภาคใต้ตอนล่าง กลุ่มบริจาคโลหิตที่เป็นนักเรียนนักศึกษาซึ่งการติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงในการเกิดวัณโรคมีอาการหลังจากรับเชื้อสูงถึง 113 เท่า และเสี่ยงสูงขึ้นมากถึง 170 เท่า ถ้าเป็นเอดส์ และวัณโรคเป็นความเจ็บป่วยตามระยะของเอดส์ (AIDS-defining illness) ที่สามารถแพร่เชื้อไปให้ประชากรที่มีภูมิคุ้มกันปกติได้ทำให้สถานการณ์วัณโรคยังมีปัญหาใหญ่สำหรับวงการสาธารณสุขไทยไม่ว่าด้านการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ การควบคุมโรคและผลการรักษาให้ได้ตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกตั้งไว้

เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ผู้ป่วยต้องกินยาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายไม่ยอมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อผู้ป่วยได้รับประทานยาแล้วมีอาการดีขึ้นผู้ป่วยมักจะหยุดยาเองโดยรับประทานยาไม่ครบตามที่กำหนด ส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดยา ทำให้เกิดการดื้อยาซึ่งการทำ Directly Observed Treatment (DOT) โดยบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือญาติสามารถช่วยลดปัญหาขาดยาได้อย่างไรก็ตามจากสภาวะกึ่งสังคมเมืองที่ญาติมักมีภารกิจจนไม่สามารถมาดูแลการกินยาของผู้ป่วยได้ตลอด และจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัณโรคของผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยบางรายที่รายงานว่ากินยาถูกต้องครบถ้วนนั้นแต่เมื่อไปเยี่ยมบ้านแล้วก็พบว่าผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นจึงคิดหาขบวนการมาตรวจสอบการกินยาของผู้ป่วยเพื่อหวังผลให้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคสูงขึ้น ผู้วิจัยจึงได้นำการตรวจดูสีของปัสสาวะของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการและค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาวัณโรคปอดด้วยระบบยาระยะสั้นที่รักษาวัณโรคโรงพยาบาลปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective Descriptive Study)

ประชากร

ผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกรายที่มีภูมิลำเนาในประเทศไทยและรักษา ณ โรงพยาบาลปทุมธานี ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2558 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2559 กำหนดระยะเวลาการรักษาวัณโรคปอด ดังนี้

1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่หรือเคยรักษาไม่เกิน 1 เดือนได้รับยา new patient regimen ระยะเวลา 6 เดือน
2. ผู้ป่วยวัณโรครักษาซ้ำที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการดื้อยาได้รับยาสูตร Re-treatment regimen with first-line drugs ระยะเวลา 8 เดือน
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และเป็นวัณโรคปอดรักษา 9 เดือน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ต้องกำลังกินสูตรยาวัณโรคระยะสั้นซึ่งมียา rifampicin อยู่ในสูตรการรักษา
2. ได้รับการตรวจสีปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง
3. เริ่มรักษาระหว่าง 1 มีนาคม 2558 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2559
4. รักษาครบตามระยะเวลาสูตรยาวัณโรคระยะสั้นก่อนวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่ได้กินยา rifampicin
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MDR-TB
3. ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนรักษาหาย
4. ผู้มารับยาครั้งแรก
5. ผู้ป่วยขาดนัด
6. เวชระเบียนสูญหาย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติและดูรายงานประวัติการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของคลินิกวัณโรคในช่วง 1 มีนาคม 2558 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2559 จากเวชระเบียน สมุดบันทึกการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค แพ้มประวัติทะเบียน TB 01
2. บันทึกข้อมูลทั่วไป โรคประจำตัว พี่เลี้ยงดูแลการกินยา ลักษณะที่พักอาศัย และข้อมูลทางการแพทย์ได้แก่ ระยะเวลาการรักษา ผลการรักษา
3. ฝีกอบรมเจ้าหน้าที่ที่จะเป็นผู้ตรวจสอบสีของปัสสาวะโดยการนำปัสสาวะของผู้ป่วยที่กินยา rifampicin ให้ดูและตั้งเปรียบเทียบสีไว้โดยใช้เจ้าหน้าที่ตรวจสีปัสสาวะคนเดียวในการตรวจทั้งหมด โดยให้ผู้ป่วยทุกรายเก็บปัสสาวะในห้องน้ำของคลินิกวัณโรคและนำมาส่งให้เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจปัสสาวะผู้ป่วยทุกรายที่มาตรวจติดตามอาการ เจ้าหน้าที่ทำการบันทึกสีลงในแบบบันทึกข้อมูล
4. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างสีของปัสสาวะและผลการรักษาวัณโรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาวัณโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสำรวจข้อมูลเก็บข้อมูลจากแบบรายงานการรักษาผู้ป่วยวัณโรค แพ้มประวัติทะเบียน TB 01 และจากผู้ป่วยหรือญาติประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ลักษณะที่อยู่อาศัย อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว พี่เลี้ยงดูแลการกินยา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรควัณโรคและการรักษา

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลปทุมธานี ระหว่าง 1 มีนาคม 2558 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2559 ทั้งหมด 149 คน พิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกเหลือ 121 คน อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 43.17 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 45-59 ปี จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 36.40 เป็นผู้ชายจำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 64.50 เป็นเพศหญิง 43 คน คิดเป็นร้อยละ 35.50 สิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 61.98 สิทธิประกันสังคมจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 28.10 สิทธิพิการจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.65 สิทธิเบิกได้จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.48 สิทธิพระภิกษุจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.83 จ่ายเงินเองจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.96 สัญชาติไทย 112 คน คิดเป็นร้อยละ 92.56

สัญชาติพม่า 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.61 สัญชาติกัมพูชา 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.83 อาชีพรับจ้างจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 49.59 อาชีพค้าขายจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 30.58 อาชีพรับจ้างทั่วไปจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.13 อาชีพข้าราชการจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 4.13 อาชีพนักศึกษา 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.65 ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.92 สถานภาพการสมรส มีสถานภาพโสดจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 49.59 สถานภาพสมรสจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 49.59 สถานภาพหม้ายจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.83 โรคประจำตัวเป็นเบาหวานจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.30 ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 14.05 มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรคจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.96 ผลการรักษาหายด้วยสูตรวัณโรคระยะสั้นจำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 66.94 ได้รับการรักษาด้วยสูตร New patient regimen จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 96.69 ได้รับการรักษาด้วยสูตร Re-treatment regimen with first-line drugs จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.31 มีผู้ดูแลการกินยาจำนวน 120 คน ร้อยละ 99.17 ไม่มีผู้ดูแลการกินยาจำนวน 1 คน ร้อยละ 0.83 สถานที่พักอาศัยเป็นบ้านจำนวน 104 คน ร้อยละ 85.95 เป็นอาคารชุดจำนวน 9 คน ร้อยละ 7.44 ห้างพักในโครงการก่อสร้างจำนวน 5 คน ร้อยละ 4.13 เรือนจำ 2 คน ร้อยละ 1.65 วัด 1 คน ร้อยละ 0.83 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรค

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
- 15-29ปี	23	19.01
- 30-44 ปี	40	33.01
- 45-59 ปี	44	36.36
- มากกว่า หรือเท่ากับ 60 ปี	14	11.57
เพศ		
- ชาย	78	64.50
- หญิง	43	35.50
สิทธิการรักษา		
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	75	61.98
- ประกันสังคม	34	28.10
- พิการ	2	1.65
- เบิกราชการ	3	2.48
- พระภิกษุ	1	0.83
- ชำระเงินเอง	6	4.96
สัญชาติ		
- ไทย	112	92.56
- พม่า	8	6.61
- กัมพูชา	1	0.83
อาชีพ		
- รับจ้าง	60	49.59
- ค้าขาย	37	30.58
- รับจ้างทั่วไป	5	4.13
- ข้าราชการ	5	4.13
- นักศึกษา	2	1.65
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	9.92
สถานภาพสมรส		
- แต่งงาน	60	49.59
- โสด	60	49.59
- หม้าย	1	0.83

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัณโรค (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ดูแลการกินยาให้กิน		
- มีผู้ดูแลการกินยา	120	99.17
- ไม่มีผู้ดูแลการกินยา	1	0.83
โรคร่วม		
เบาหวาน		
- เป็นเบาหวาน	4	3.31
- ไม่เป็นเบาหวาน	117	96.69
เอชไอวี		
- ติดเชื้อเอชไอวี	17	14.05
- ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	104	85.95
โรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค		
- มีโรคประจำตัว	6	4.96
- ไม่มีโรคประจำตัว	115	95.04
สูตรยา		
- สูตรที่ 1 New patient regimen	117	96.69
- สูตรที่ 2 Re-treatment regimen with first-line drugs	4	3.31
ที่พักอาศัย		
- บ้าน	104	85.95
- อาคารชุด	9	7.44
- เรือนจำ	2	1.65
- ห้องพักคนงาน	5	4.13
- วัด	1	0.83

สีของปัสสาวะกับผลการรักษาวัณโรค

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 121 คน พบกลุ่มปัสสาวะเป็นสีส้มแดงทั้งหมด 81 คนคิดเป็นร้อยละ 66.94 ของประชากร ในกลุ่มปัสสาวะสีส้มรักษาหาย 67 คน รักษาไม่หาย 14 คน อัตราการรักษาหายร้อยละ 82.71 กลุ่มปัสสาวะไม่เป็นสีส้มแดงทั้งหมด 40 คน

คิดเป็นร้อยละ 33.06 ของกลุ่มประชากร รักษาหาย 14 คน รักษาไม่หาย 26 คน อัตราการรักษาหายร้อยละ 35.00 พบว่ากลุ่มที่ปัสสาวะสีส้มแดงรักษาวัณโรคนั้นมากกว่ากลุ่มที่ปัสสาวะไม่มีสีส้มแดงอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ที่ $p\text{-value} < 0.001$ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างสีของปัสสาวะในผู้ป่วยที่กินยา rifampicin กับผลการรักษาวัณโรค

สีของปัสสาวะ	ผลการรักษา		Asymp. Sig. (2-sided)
	รักษาหายตามสูตร	รักษาไม่หายตามสูตร	
ปัสสาวะสีส้ม	67	14	<0.001
ปัสสาวะไม่เป็นสีส้ม	14	26	

ปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์กับการรักษาวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.001$ โดยอาชีพรับจ้าง มีผลการรักษาหายร้อยละ 70.00 ซึ่งเป็นอาชีพที่มีอัตราการรักษาหายสูงสุด ส่วนปัจจัยทางด้าน

อายุ เพศ สัญชาติ สถานภาพการสมรส สิทธิการรักษาที่พักอาศัย โรคประจำตัว การมีพี่เลี้ยงจัดยาให้กิน สูตรยาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ กับผลการรักษาวัณโรค แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคตามระยะเวลาสูตรยาวัณโรคระยะสั้น

ปัจจัย	รักษาหายตามระยะเวลา	รักษาไม่หายตามระยะเวลา	p-value
ช่วงอายุ			0.796
- 15-29 ปี	15	8	
- 30-44 ปี	28	11	
- 45-59 ปี	29	15	
- มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	8	6	
เพศ			0.127
- ชาย	56	21	
- หญิง	24	29	
สัญชาติ			0.514
- ไทย	76	35	
- พม่า	4	4	
- กัมพูชา	0	1	
สถานภาพการสมรส			0.545
- สมรส	40	0	
- โสด	40	1	
- หม้าย/หย่า/แยก	0	1	

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคตามระยะเวลาสูตรยาวัณโรคระยะสั้น (ต่อ)

ปัจจัย	รักษาหายตามระยะเวลา	รักษาไม่หายตามระยะเวลา	p-value
อาชีพ			
- รับจ้าง	42	18	0.001*
- ค้าขาย	21	16	
- รับจ้างทั่วไป	4	0	
- ข้าราชการ	2	3	
- นักศึกษา	2	0	
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	3	
สิทธิการรักษา			
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	50	25	0.892
- ประกันสังคม	21	12	
- พิการ	1	1	
- เบิกราชการ	3	0	
- พระภิกษุ	1	0	
- จ่ายเงินเอง	4	2	
ที่พักอาศัย			
- บ้าน	73	30	0.368
- อาคารชุด	4	5	
- เรือนจำ	1	1	
- ห้องพักคนงาน	1	4	
- วัด	1	0	
เบาหวาน			
- เป็น	4	0	0.346
- ไม่เป็น	76	40	
เอชไอวี			
- ติดเชื้อ	12	5	0.859
- ไม่ติดเชื้อ	68	35	
มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค			
- มี	6	0	0.198
- ไม่มี	74	40	
ผู้ดูแลการกินยา			
- มีผู้ดูแลการกินยา	79	40	0.772
- ไม่มีผู้ดูแลการกินยา	1	0	
สูตรยา			
- new patient regimen	78	38	0.757
- Re-treatment regimen with first-line drugs	2	2	

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ปัสสาวะสีส้มแดงรักษาวัณโรคหายมากกว่าจากกลุ่มผู้ป่วยที่ปัสสาวะไม่มีสีส้มแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบปัจจัยด้านอาชีพมีความสัมพันธ์ต่อผลการรักษาวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าอาชีพรับจ้างมีอัตราการรักษาหายมากที่สุด

อภิปรายหรือข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัสสาวะสีส้มแดงจากการกินยา rifampicin มีผลการรักษาหายมากกว่าผู้ป่วยที่สีปัสสาวะไม่เป็นสีส้มแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากยา rifampicin มีฤทธิ์เป็นยาฆ่าเชื้อแบบ bactericidal ซึ่งเป็นยาตัวสำคัญในการรักษาวัณโรคและส่งผลต่อผลการรักษาหายของวัณโรคเมื่อผู้ป่วยกินยาที่มีตัวยารifampicin อยู่ในสูตรยา จะมีสีปัสสาวะเป็นสีส้มแดงซึ่งในการศึกษานี้พบผู้ป่วยมีปัสสาวะสีส้มแดงร้อยละ 66.94 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาลักษณะการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นของโรงพยาบาล สหัชชันธ์ อำเภอสหัชชันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์⁽³⁾ พบว่าปัสสาวะสีแดงส้มร้อยละ 71.70 แต่พบข้อจำกัดในการตรวจสีปัสสาวะเนื่องจากปัสสาวะจะเป็นสีส้มแดงได้ถึง 2-3 วันหลังจากการกินยา ซึ่งแม้ผู้ป่วยขาดยามาไม่เกินเวลาดังกล่าวก็อาจจะตรวจเจอปัสสาวะสีส้มแดงได้ ในทางกลับกันหากผู้ป่วยดื่มน้ำตามาก ๆ ก็อาจทำให้สีของปัสสาวะจางลงซึ่งอาจส่งผลต่อการแปลผลของสีปัสสาวะได้

อาชีพรับจ้างมีอัตราการรักษาวัณโรคหายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70 เนื่องมาจากอาชีพรับจ้างนั้นมีรายได้ที่แน่นอนเนื่องจากมีหลักเกณฑ์การจ่ายค่าจ้างที่แน่นอนส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตได้และยังมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิประกันสังคมทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาพยาบาล มีการศึกษาเรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนที่มีผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย⁽⁴⁾ พบว่าค่าใช้จ่ายตลอดการ

รักษา 6 เดือนมีค่าใช้จ่าย 4,218 บาทต่อคน มีค่าใช้จ่ายทางตรงเฉลี่ย 724 บาทต่อคน และค่าใช้จ่ายทางอ้อมเฉลี่ย 2,564 บาทต่อคนและมีการศึกษาเรื่องสาเหตุการรักษาล้มเหลวในผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในสมาชิกสามรุ่นคน ในครัวเรือนของภาคอีสานตอนล่าง⁽⁵⁾ พบว่าปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญต่อการรักษาวัณโรคคือยาคือภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัวซึ่งถ้าหากผู้ป่วยไม่มีรายได้ที่แน่นอนและไม่มีสวัสดิการการรักษาที่อาจส่งผลถึงการมารับการรักษาและการกินยาจนหายขาดได้

แม้ว่านโยบายการควบคุมวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงขององค์การอนามัยโลก กำหนดให้เลือกบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงสังเกตและกำกับการกินยาโดยให้เลือกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอันดับแรกและให้เลือกสมาชิกในครอบครัวเป็นอันดับสุดท้ายแต่ข้อมูลวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีผู้ดูแลการกินยาร้อยละ 99.20 และเป็นบุคคลในครอบครัวทั้งหมดซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายงานวิจัยเรื่องการรักษาวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงกำกับในการกินยาในอำเภอแม่ใจ⁽⁶⁾ พบว่าชุมชนมีความเห็นให้ญาติเป็นพี่เลี้ยงในการกินยาของผู้ป่วยเพราะเป็นคนใกล้ชิดกับผู้ป่วยและจะได้เป็นผู้ให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยและการศึกษาเรื่องผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นของโรงพยาบาล สหัชชันธ์ อำเภอสหัชชันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์⁽³⁾ พบว่าผู้ที่ทำหน้าที่ควบคุมการกินยา (DOT) ส่วนมากทำโดยญาติหรือสมาชิกในครอบครัว (สามี/ภรรยา/บุตร/หลาน/บิดา/มารดา) ร้อยละ 93.5 การศึกษาพฤติกรรมความเป็นพี่เลี้ยงของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพ่อแม่มีพฤติกรรมการเป็นพี่เลี้ยงโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่เป็นเครือญาติอื่น⁽⁷⁾ แต่มีศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาล วารณวิาสจังหวัดสกลนคร พบว่าผู้ป่วยวัณโรค พี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคและองค์กรในชุมชนมีความรู้ไม่เพียงพอ⁽⁸⁾ และมีการศึกษาเรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

พบว่าพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วยที่เป็นญาติไม่เข้าใจในบทบาทและไม่ได้กำกับการกินยาของผู้ป่วยอย่างจริงจัง⁽⁹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องบทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในการเป็นพี่เลี้ยงกำกับกินยา⁽¹⁰⁾ พบว่าคะแนนด้านการเป็นพี่เลี้ยงกำกับกินยาอยู่ในระดับปรับปรุง ซึ่งส่งผลถึงประสิทธิภาพการกินยาของผู้ป่วยและส่งผลให้ผลการรักษาสำเร็จ (Success rate) ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น เนื่องจากพี่เลี้ยงมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่ำ ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้พี่เลี้ยงมีความรู้และทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าของพี่เลี้ยงจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้นและควรอยู่ภายใต้การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การให้ข้อมูล การให้ความรู้ อันจะเป็นการลดภาระของบุคลากรสาธารณสุขต่อการดูแลผู้ป่วยและสร้างคามยั่งยืนของชุมชนในการควบคุมวัณโรคต่อไป

การมีผู้ดูแลการกินยาในการวิจัยนี้หมายถึงการมีผู้จัดยาให้กิน ไม่ได้หมายถึงผู้ให้ยาผู้ป่วยกินต่อหน้าทุกครั้งตามกลยุทธ์ DOTS จึงทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาวัณโรคปอดไม่เท่ากับการทำ DOT อย่างแท้จริง ส่งผลให้อัตราการรักษาวัณโรคปอดหายทั้งเสมหะพบเชื้อและเสมหะไม่พบเชื้อตามระยะเวลาบรรเทาภาระสั้นในกลุ่มมีผู้ดูแลการกินยาให้เพียงร้อยละ 66

การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงในการเกิดวัณโรคมีอาการหลังจากรับเชื้อสูงถึง 113 เท่า และเสี่ยงสูงขึ้นมาถึง 170 เท่า ถ้าเป็นเอชไอวี การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อวัณโรค (latent TB) หรือวัณโรคแฝง กลายเป็นผู้ป่วยวัณโรค (active disease) หรือที่เรียกว่าการกำเริบของโรค (reactivation) โดยความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นวัณโรคจะเพิ่มขึ้น 15-30 เท่า การเจ็บป่วยจากวัณโรคในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีสามารถเกิดได้ที่ CD4 ทุกระดับไม่จำเป็นว่าจะต้องมี CD4 ต่ำกว่า 200 cells/mm³ เหมือนกับการติดเชื้อ

ฉวยโอกาสส่วนใหญ่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี CD4 ต่ำ โดยเฉพาะต่ำกว่า 200 cells/mm³ มีโอกาสเกิดวัณโรคปอด (extrapulmonary TB) สูงกว่าผู้ที่มี CD4 สูงและสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี 5 เท่า ในส่วนของผลกระทบของวัณโรคต่อเอชไอวีพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยเป็นวัณโรค พบว่าวัณโรคจะมีผลเร่งให้การดำเนินโรคของเอชไอวีลุกลามสู่ระยะเอดส์เร็วขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเชื้อวัณโรคจะกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อต่อสู้กับเชื้อโรค แต่ผลเสียกลับทำให้เกิดการกระตุ้นการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวีด้วย ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ป่วยเป็นวัณโรคจะมีการดำเนินโรคที่แยกจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ป่วยเป็นวัณโรคเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีระยะของโรคใกล้เคียงกัน และมีอัตราการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ และอัตราการตายสูง ซึ่งงานวิจัยนี้พบผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยร้อยละ 14.05 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อเอชไอวีและผลการรักษาวัณโรค

การศึกษาความชุกการป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานสูงกว่าประชาชนทั่วไปคิดเป็น 15.5 เท่าซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ความชุกของการป่วยเป็นวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวาน 18.44 เท่าของประชากรทั่วไป⁽¹¹⁾ และการศึกษาาระบาดวิทยาของวัณโรคในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค 2-3.6 เท่าของคนที่ไม่เป็นเบาหวานและเสี่ยงต่อผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยวัณโรค ประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางมีความชุกของวัณโรคสูง ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานจึงเป็นการป้องกันและควบคุมวัณโรคซึ่งเป็นการลดอุบัติการณ์ของวัณโรคได้ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางได้ ผู้ป่วยเบาหวานอาจมีความล่าช้าในการตอบสนองต่อการรักษา (delay treatment response) สามารถยึดการรักษาต่อเนื่อง (continuation phase) ให้ระยะเวลาการรักษาด้วย standard short-course นานทั้งสิ้น 9-12 เดือน⁽¹⁾

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยการเป็นเบาหวานต่อผลการรักษาวัณโรคแต่ไม่พบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พบว่า ปัญหาวัณโรคมีความชุกของการเป็นวัณโรคเป็น 5-6 เท่าของความชุกวัณโรคในประชากรไทย⁽¹⁾ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระยะแพร่เชื้อมีการเคลื่อนย้ายบ่อยไม่มีที่อยู่แน่นอนเป็นแหล่งแพร่วัณโรคที่ควบคุมได้ลำบากสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลอื่น นอกจากนี้การขาดยาหรือการรักษาที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุทำให้เชื้อวัณโรคื้อยาได้ง่าย ทำให้การควบคุมวัณโรคยากซับซ้อนขึ้นมากจนอาจเกิดการแพร่กระจายระบาดสู่ประชากรไทยทั่วไปได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ส่วนราชการทุกฝ่าย ทุกระดับ ควรจัดระบบการทำงานการกำกับดูแลปัญหาวัณโรคควบคุมไปกับปัญหาต่างๆ ทั้งทางด้านแรงงานและอื่น ๆ พร้อมกันโดยใช้กลไกการควบคุมกำกับการตรวจราชการช่วยเสริมด้านการวางนโยบายและลดผลกระทบที่เกิดขึ้นให้น้อยลง แต่งานวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสัญชาติและผลการรักษาวัณโรค

เมื่อพิจารณาอัตราการรักษาหายตามระยะเวลาสูตรยามาตรฐานระยะสั้น พบว่า กลุ่มที่อัตราการรักษาหายตามระยะเวลาสูตรยามาตรฐานระยะสั้นต่ำสุด ได้แก่ ผู้ที่พักอาศัยในห้องพักคนงาน มีอัตราการรักษาหายตามระยะเวลาสูตรยามาตรฐานระยะสั้นร้อยละ 20 อาจเกิดจากวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งการศึกษาวิถีชีวิตของแรงงานก่อสร้างอีสานในกรุงเทพมหานครของธัชชณัย สิทธิศาสตร์⁽¹²⁾ พบว่าแรงงานก่อสร้างมีการทำงานในเวลาปกติ ตั้งแต่ 07.30-17.30 น. และงานล่วงเวลาตั้งแต่เวลา 18.30-22.30 น. ซึ่งถ้าทำงานล่วงเวลาก็อาจมีผลกระทบต่อการกินยาได้ในด้านชีวิตความเป็นอยู่พบว่าแรงงานอีสานพักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่การก่อสร้าง โรงเรือนที่พักเป็นเรือน

แถวยาวแบ่งเป็นห้องติด ๆ กันเป็นสี่เหลี่ยมขนาดความกว้างยาว 2-2.5 เมตร ความสูงพอดีกับการยืนยกมือขึ้นเหนือศีรษะ สภาพสิ่งแวดล้อมไม่ดี ไม่มีช่องระบายอากาศ อับทึบภายใน พื้นที่อันจำกัดนั้นยังเป็นที่ยืนของกิจกรรมทุกอย่าง ทั้งทำอาหารการกินและเป็นที่พักอาศัย และส่วนใหญ่ก่อสร้างด้วยสังกะสีในเวลากลางวันจะมีความร้อนสูง หากผู้ป่วยเจ็บป่วยไว้ในที่พักก็อาจจะเสื่อมสภาพจากความร้อน ประกอบกับสภาพแวดล้อมที่แออัดอากาศไม่ถ่ายเทอาจส่งผลต่อผลการรักษาวัณโรคได้

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อไปควรให้พี่เลี้ยงที่จะกำกับการกินยาตามกลยุทธ์ของ DOTS โดย ให้ผู้ป่วยต้องเข้าโปรแกรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค วิธีการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและพี่เลี้ยงภายใต้การดูแลสนับสนุนของบุคลากรสาธารณสุขส่งผลต่อการกินยาที่สม่ำเสมอและการดูแลตนเองของพี่เลี้ยงและผู้ป่วย

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ธัญญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาวัณโรคปอด โรงพยาบาลปทุมธานี, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2559; 1(1): 1-12.

Suggested Citation for this Article

Soontaranurak T. Factors Affecting Treatment Outcome of Pulmonary Tuberculosis Patients Pathum Thani Hospital, Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2016; 1(1): 1-12.

เอกสารอ้างอิง

1. นาฎพฤษ์ สงวนวงศ์, มานะพล กุลประณีต. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาวัณโรคในผู้ใหญ่ 2555. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ฯ. 2555.
2. ศรีประภา เนตรนิยม. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ ; 2556.
3. กิตติ ศรีจงใจ. ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นของโรงพยาบาลสหัสขันธ์อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ 2552; 2: 25-34.
4. จินตนา ศรีวงษา. ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนที่มีผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร; จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
5. ศุภชัย สว่างวงศ์, อรทัย ศรีทองธรรม, อุบลศรี ทานุดตา. สาเหตุการรักษาล้มเหลวในผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในสมาชิกสามรุ่นคนในครัวเรือนของภาคอีสานตอนล่าง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 2557;12:1-18.
6. รื่นรมย์ โกช่าง. การพัฒนาการมีรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีที่เลี้ยงกำกับ (DOTS) อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.
7. จินตนา แว่วสวัสดิ์. พฤติกรรมการเป็นพี่เลี้ยงของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรค : กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม; มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2546.
8. ปรีญา สันธูระวิทย์. วันเพ็ญ ปันราช. การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวณารนิवास จังหวัดสกลนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2555; 30 :87-94.
9. ฉันทนา ชาวตร, เพชรไสว ลีมิตรกุล. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโรงพยาบาลบ้านผือจังหวัดอุดรธานี. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555; 30:78-86.
10. จินตนา ทิพทัต. บทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดพิษณุโลก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่; มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
11. พัฒนโชค โชคสวัสดิ์. พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 2554;18:38-47.
12. ธัชดนัย สิทธิศาสตร์. วิถีชีวิตของแรงงานก่อสร้างอีสานในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาโครงการก่อสร้างแห่งหนึ่งย่านรามคำแหง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
ที่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ปี พ.ศ. 2557-2558

Factors Associated with Screening for Passenger who Suspected from
Ebola Virus Disease Effectuated Area at Suvarnabhumi Airport 2014 - 2015

ปฏิคม วิวัฒนานนท์¹¹ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุวรรณภูมิPatikom Vivattananon¹¹Health Control of Suvarnabhumi Airport

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการตรวจคัดกรอง และปัจจัยที่มีผลต่อการคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ โดยเน้นปัจจัยความพร้อมของการป้องกัน การตรวจจับ และการตอบโต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ จำนวน 60 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 หน่วยงาน ๆ ละ 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบสอบถาม พัฒนาขึ้นโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และ 3) ข้อเสนอแนะ สถิติที่ใช้คือการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า (1) ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 37 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สมรสแล้ว รายได้ต่อเดือน 15,000 - 30,000 บาท ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข และมีประสบการณ์การทำงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเป็นเวลา 1-5 ปี (2) ข้อมูลการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยป่วยนั้น ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการดำเนินการคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่มาจากประเทศที่ได้รับผลกระทบโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน และตัวแปรที่มีผลต่อการคัดกรองในทางบวก คือ การดำเนินการเมื่อพบผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระดับการศึกษา และการจัดการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p < 0.05$) และมีข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างในเรื่อง การส่งต่อ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การทำลายเชื้อ และการติดตามผู้สัมผัส

คำสำคัญ : การตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศ, ผู้สงสัยป่วย, โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า, ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ

Abstract

The objectives of this study are determining the screening process for passenger from Ebola Virus Diseases affected areas and associated factors at Suvarnabhumi airport 2014-2015. The study is focused on prevention, screening and response of preparedness. The total of 60 persons were interviewed using questionnaire which was divided into 3 parts; 1) demographic data 2) screening data and 3) suggestion from interviewees. The Data collected were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson, correlation analysis and multiple regression analysis.

The findings reveal that the participants are mostly female, 37 years old in average, bachelor degree, income at 15,000-30,000 baht, government official in health technical officer position and 1-5 year of experience. The participants' perspective in every part of screening process was in good level. And the affected factors are screening process, education and data management at statistical significant 0.05 Referral process, basic health care, disinfection and suspect cases following were suggested by participants.

Keywords : screening for passengers, suspected, Ebola Virus disease, Suvarnabhumi Airport

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นโรคในกลุ่มโรคไข้เลือดออกที่เกิดจากเชื้อไวรัสอีโบล่า สายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงในคน คือ ไอเวอรีโคสต์ซีดาน และซาอี การติดต่อจากการสัมผัสโดยตรงกับเลือด สารคัดหลั่ง อวัยวะหรือน้ำจากร่างกายผู้ติดเชื้อระยะแพร่เชื้อตั้งแต่เริ่มมีไข้และตลอดระยะที่มีอาการระยะพักตัวนาน 2-21 วัน การวินิจฉัยโดยการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัส ต้องทำในห้องปฏิบัติการที่มีการป้องกันสูงสุดระดับ 4 การควบคุมโรค ที่ต้องทำคือการแยกผู้ป่วยและเน้นมาตรการป้องกันโรคอย่างเข้มงวด อีกทั้งติดตามผู้สัมผัสทั้งหมด⁽¹⁾

ข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - 31 ธันวาคม 2557 พบผู้ป่วย (รวมสงสัย/น่าจะเป็น/ยืนยัน) สะสมถึง 20,206 ราย เสียชีวิต 7,905 ราย ทั้งในประเทศที่มีการระบาดเป็นวงกว้าง 3 ประเทศ ได้แก่ กินี ไบเรีย และเซียร์ราลีโอน เนื่องจาก มีสายการบินที่บินตรงมายังประเทศไทย 2 สายทุกวัน และมีการพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค และได้ดำเนินการตรวจหาเชื้อยืนยันด้วยวิธี PCR ซึ่ง 4 รายแรกได้ให้ผลลบต่อเชื้อชนิดนี้⁽²⁾

กรมควบคุมโรค ได้ติดตามสถานการณ์จากองค์การอนามัยโลก และประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกเพื่อประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และดำเนินการคัดกรองผู้เดินทางที่มีประวัติเดินทางกลับมาจากประเทศที่เกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเพื่อการตรวจจับการระบาดให้ได้อย่างรวดเร็ว 3 ชั้น ชั้นแรกช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ ชั้นที่ 2 สถานพยาบาล ชั้นที่ 3 ในชุมชนเพื่อไม่ให้ผู้สงสัยป่วยแพร่กระจายโรคได้ และส่งการไปยังด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศทั่วประเทศให้ดำเนินการคัดกรองผู้เดินทางที่มีประวัติเดินทางกลับมาจากประเทศที่เกิดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า⁽²⁾

ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิเป็นช่องทางที่มีผู้เดินทางเข้าประเทศมากที่สุด มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคมากที่สุดเช่นกัน ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ มีการกักในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงซึ่งเป็นผู้เดินทางมาจากเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าแยกผู้ที่ไม่ป่วยให้เข้าประเทศ เฝ้าระวังติดตามตลอดระยะพักตัวของโรคจนครบ 21 วันหลังออกจากเขตติดโรคในผู้ที่สงสัยป่วย และให้การรักษาและส่งกลับในรายที่ป่วย

ผู้ศึกษาจึงได้เห็นถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อม ในการตรวจคัดกรองผู้เดินทางที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาปรับปรุงการบริหารจัดการเตรียมความพร้อมในการตรวจคัดกรองผู้เดินทางที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า และพัฒนากลไกการบริหารจัดการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาาระดับการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ

2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ที่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ เน้นปัจจัยความพร้อมของการป้องกัน (prevent) การตรวจจับ (detect) และการตอบโต้ (respond)

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่น้อยกว่า 6 เดือน จาก 12 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่ด่านสุวรรณภูมิ ได้แก่ 1) ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ 2) สำนักแพทย์ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ 3) สำนักโรคติดต่อทั่วไป 4) สำนักระบาดวิทยา 5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร 6) สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 7) สถาบันบำราศนราดูร 8) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 9) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ 10) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางพลี 11) โรงพยาบาลบางพลี และ 12) War room การควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของกระทรวงสาธารณสุข คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงหน่วยงานละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะถูกแบ่งเป็น

3 กลุ่ม ๆ ละ 20 คน เข้ารับฟังการบรรยาย ทำความเข้าใจกระบวนการคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศเกี่ยวกับวิธีการคัดกรอง การคัดแยก ผู้เดินทางที่มีความเสี่ยงที่มาจากเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า การดำเนินการเมื่อพบผู้สงสัยป่วย การส่งต่อ การจัดการข้อมูล การรักษาเบื้องต้น การติดตามผู้สัมผัส และให้กลุ่มตัวอย่างซักถามทำความเข้าใจ กลุ่มตัวอย่างจะเข้าไป ดูการปฏิบัติงานคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่มาจากเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ บริเวณอาคารผู้โดยสารขาเข้าระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องตอบแบบสอบถาม แสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะในแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถาม ได้ถูกสร้างขึ้นโดยผู้ศึกษา ซึ่งมีการพัฒนาและดัดแปลงจากการตรวจสอบเอกสารแนวทางการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศจากเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า⁽³⁾ ประกอบกับแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป (ปัจจัยทางประชากร) ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ และประสบการณ์ทำงาน เป็นคำถามปลายปิดให้ผู้ตอบเลือกตอบคำถามในกรอบที่กำหนดไว้

2. ข้อมูลด้านการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การป้องกัน (prevent) การตรวจจับ (detect) และการตอบโต้ (respond) คำถามเป็นแบบ rating scale

3. ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา 5 ประเด็น คือ ด้านการคัดกรอง ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ด้านการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ด้านการทำลายเชื้อและอื่น ๆ

การวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามให้คณะผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบ จำนวน 2 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับบุคลากรสาธารณสุขที่เคยทำงานด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่ปฏิบัติงาน ที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานดอนเมือง สำนักแพทย์การท่าอากาศยานดอนเมือง และศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 60 รสสุคนธ์ มโนชญากร เขตดอนเมือง นำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ตามวิธีของครอนบาช (Cronbach method)⁽⁴⁾ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.957 และได้นำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง จะถูกรวบรวม ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ และนำไปวิเคราะห์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละของตัวแปรอายุ รายได้ และระยะเวลาของประสบการณ์การทำงานสาธารณสุข (ด้านการเฝ้าระวัง/ป้องกัน/ควบคุมโรคติดต่อ) หาค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปของตารางประกอบการบรรยาย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการตรวจคัดกรองผู้เดินทางที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's moment correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ในการกำจัดตัวแปรอิสระที่ซ้ำซ้อน และใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) เพื่อวิเคราะห์หาตัวแปรอิสระที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05)

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำข้อมูลทั้งหมดมาสรุป เสนอแนะตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาประกอบการบรรยาย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75) อายุเฉลี่ย 37 ปี ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน 15,000 – 30,000 บาท อาชีพรับราชการ ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข และมีประสบการณ์ทำงานการเฝ้าระวัง/ป้องกัน/ควบคุมโรคมาระยะเวลา 1 – 5 ปี

ข้อมูลด้านการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การป้องกัน (prevent) การตรวจจับ (detect) และการตอบโต้ (respond)

1. การป้องกัน (prevent) เน้นปัจจัยการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เช่น ผู้คัดกรองมีการคัดแยกผู้เดินทางเข้าประเทศได้อย่างถูกต้อง (ร้อยละ 91.7) มีการคัดแยกผู้เดินทางที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้อย่างถูกต้อง (ร้อยละ 95.0) รู้และเข้าใจสัญลักษณ์ตราประทับใน passport ของผู้เดินทางว่าเป็นตราประทับของประเทศที่เป็นเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (ร้อยละ 81.7) สามารถแยกสัญลักษณ์ตราประทับใน passport ของผู้เดินทางว่าเป็นตราประทับของวันสุดท้ายของวันที่เข้าและออกได้อย่างถูกต้อง (ร้อยละ 88.4) ตรวจสอบวันสุดท้ายที่ผู้เดินทางออกจากประเทศเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้อย่างถูกต้อง (ร้อยละ 83.3) สามารถใช้เครื่องวัดอุณหภูมิ (handheld) ได้อย่างถูกต้อง (ร้อยละ 95) ระบุได้ว่าผู้เดินทางที่มาจากประเทศที่เป็นเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่านั้น เป็นผู้ที่สงสัยป่วยและต้องเฝ้าระวังจนครบ 21 วัน (ร้อยละ 93.4)

เข้าใจตรงกันว่าผู้เดินทางที่มาจากเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าภายใน 21 วันและวัดอุณหภูมิ ≥ 38.0 องศาเซลเซียส เป็นผู้เข้าข่ายป่วย (ร้อยละ 88.3) เข้าใจในการปฏิบัติตามขั้นตอน ต่อผู้เดินทางที่เข้าข่ายป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (ร้อยละ 85.0) และสื่อสารกับผู้เดินทางที่มาจากเขตติดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้อย่างเข้าใจและถูกต้อง (ร้อยละ 80.0)

2. การตรวจจับ (detect) เน้นปัจจัยการดำเนินการเมื่อพบ การส่งต่อเข้ารับการรักษา และการจัดการข้อมูลผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

2.1 การดำเนินการเมื่อพบผู้สงสัยป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เช่น ผู้คัดกรองมีการตรวจโดยการวัดอุณหภูมิ บันทึกประวัติลงในแบบ ต.8 (พร้อมเบอร์โทรศัพท์, อีเมล, ที่พักที่ชัดเจน) เขียนใบรายงานตัว, แจกบัตร Health beware card (ร้อยละ 91.7) ผู้คัดกรองตรวจพบผู้สงสัยมีการป้องกันด้วยการให้สวมหน้ากากอนามัย (mask) และชุด PPE (ร้อยละ 83.3) ผู้คัดกรองแยกผู้เดินทางที่เข้าข่ายป่วยไว้ในห้องแยกที่เตรียมไว้เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ (ร้อยละ 85.0) ผู้คัดกรองสวมหน้ากากอนามัยและชุด PPE ได้อย่างถูกต้อง (ร้อยละ 86.6) ผู้คัดกรองซักประวัติผู้เดินทางที่เข้าข่ายป่วยเพิ่มเติม โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (ร้อยละ 80.0) ผู้คัดกรองแจ้งผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยเข้าข่ายได้อย่างถูกต้อง (ร้อยละ 91.7)

2.2 การส่งต่อเข้ารับการรักษา กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เช่น ผู้คัดกรองมีการวางแผนเส้นทางนำผู้เดินทางที่เป็นผู้เข้าข่ายป่วยไปยังรพช. refer โดยป้องกันการกระจายเชื้อไวรัสได้อย่างเหมาะสม (ร้อยละ 90.0) รพช. refer และบุคลากรทางการแพทย์มีการป้องกันการติดเชื้อตามเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 85.0) ผู้คัดกรองได้นำ passport และแบบ ตม.6 เข้ารับการตรวจและประทับตราเรียบร้อย (ร้อยละ 86.6)

ผู้คัดกรองได้นำกระเป๋าและสัมภาระของผู้เดินทางผ่านการตรวจจากศุลกากรเรียบร้อย (ร้อยละ 80.0) ผู้คัดกรองได้นำผู้ติดตามของผู้เดินทางเข้าทำพิธีเข้าเมืองเรียบร้อย (ร้อยละ 88.3) ผู้คัดกรองได้รับคำยืนยันในการรับผู้เดินทางเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลเป็นที่เรียบร้อย (ร้อยละ 83.3)

2.3 การจัดการข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เช่น มีการตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องชัดเจนของข้อมูลในแบบบันทึกผู้เดินทาง (แบบฟอร์ม ต.8) (ร้อยละ 91.8) มีการตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง ชัดเจนของข้อมูลในแบบฟอร์มใบรายงานตัว และระยะเวลาในการรายงานตัว (ร้อยละ 93.3) มีการบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์ม ต.8 ลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลผู้เดินทาง (ร้อยละ 95.0) มีการส่งต่อข้อมูลของผู้เดินทางที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังต่อจนครบระยะเวลา 21 วันที่อยู่ในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ส่งต่อไปยังหน่วยเหนือ (war room) (ร้อยละ 88.4) มีการเก็บสำเนาข้อมูล (scan) หลักฐานอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น หน้า passport , หน้า visa , ตัวผู้โดยสาร, ใบจองโรงแรม ฯลฯ (ร้อยละ 88.3) และมีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลการคัดกรองที่ได้ลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะดำเนินการแบ่งเป็นรายวัน รายสัปดาห์และรายเดือน (ร้อยละ 90.0)

3. การตอบโต้ (respond) เน้นปัจจัยการรักษาเบื้องต้น การทำลายเชื้อ และการติดตามผู้สัมผัส

3.1 การรักษาเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เช่น เมื่อพบผู้เดินทางที่เข้าข่ายป่วย มีอาการเป็นไข้ตัวร้อน ไอ จาม มีน้ำมูก ฯลฯ คัดกรองได้ทำการปฐมพยาบาลให้แก่ผู้เดินทางอย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น ให้ผู้เดินทางเช็ดตัว เพื่อลดความร้อนและให้สวมหน้ากากอนามัย (ร้อยละ 80.0)

3.2 การทำลายเชื้อ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เช่น มีการเก็บ

รวบรวมขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้น ณ จุดตรวจคัดกรองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ต้องสัมผัสกับผู้ที่ย้ายป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างถูกต้องและเหมาะสม (ร้อยละ 80.0) มีการนำส่งขยะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในสถานที่ต่างๆ เกี่ยวข้องกับผู้เดินทาง ที่ต้องสงสัยป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ไปยังสถานที่ทำลายเชื้อที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง (ร้อยละ 75.0)

3.3 การติดตามผู้สัมผัส กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาที่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก เช่น เมื่อพบผู้เดินทางที่ย้ายต้องสงสัยป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ผู้คัดกรองได้ทำการสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการเดินทาง, ที่นั่งบนอากาศยาน, ประวัติการสัมผัสกับบุคคลอื่นทั้งก่อนขึ้นและขณะอยู่บนยานพาหนะ (ร้อยละ 88.4) เมื่อพบผู้เดินทางที่ย้ายต้องสงสัยป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ผู้คัดกรองสามารถติดตามผู้สัมผัสได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง (ร้อยละ 81.6) เมื่อพบผู้เดินทางที่ย้ายต้องสงสัยป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าผู้คัดกรองสามารถติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 85.0)

สรุปได้ว่าระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาที่มีความคิดเห็นต่อผู้เดินทางเข้าประเทศที่มาจากประเทศที่ได้รับผลกระทบโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอยู่ในระดับมากในทุกด้าน ทั้งด้านการคัดกรอง (ร้อยละ 88.2) ด้านการดำเนินการเมื่อพบผู้เดินทางที่สงสัยป่วยฯ (ร้อยละ 86.4) ด้านการส่งต่อผู้เดินทางเข้ารับการรักษา (ร้อยละ 84.7) ด้านการจัดการข้อมูล (ร้อยละ 91.1) ด้านการรักษาเบื้องต้น (ร้อยละ 80.0) ด้านการทำลายเชื้อ (ร้อยละ 77.5) และด้านการติดตามผู้สัมผัส (ร้อยละ 85.0)

ปัจจัยที่มีผลต่อการคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศ จากพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ทำอากาศยานสุวรรณภูมิ ปี พ.ศ.2557-2558 โดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ปัจจัยทั้งหมดพร้อมกัน จากตัวแปรอิสระ

ทั้งหมดจำนวน 14 ตัวแปร สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ทั้งหมด พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดร่วมกัน อธิบายความผันแปรของปัจจัยความสำเร็จของการคัดกรองผู้เดินทางที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ทำอากาศยานสุวรรณภูมิ ได้ร้อยละ 68 ($R^2 = 0.68$) มีตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการคัดกรองในทางบวก 3 ตัวแปร คือ การดำเนินการเมื่อพบผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ระดับการศึกษา และการจัดการข้อมูล โดยที่ตัวแปรการดำเนินการเมื่อพบผู้เดินทางเข้าประเทศฯ ($\beta = 0.735$) ระดับการศึกษา ($\beta = 0.193$) และการจัดการข้อมูล ($\beta = 0.174$) กล่าวคือการตรวจคัดกรองผู้เดินทางที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ทำอากาศยานสุวรรณภูมินั้น ผู้ตรวจคัดกรองมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน และมีการจัดการฐานข้อมูลผู้เดินทางได้เป็นระบบ สามารถวิเคราะห์และนำไปใช้ได้เหมาะสม ถือว่าเป็นจุดแข็งของด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศทำอากาศยานสุวรรณภูมิ ซึ่งทางด้านควบคุมโรคคงต้องรักษามาตรฐานงานด้านนี้ไว้และควรพัฒนาให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษา

ในการศึกษาคั้งนี้ ตัวแปรอิสระจำนวนหนึ่งไม่มีผลต่อการคัดกรองผู้เดินทางที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าที่ทำอากาศยานสุวรรณภูมิ คือ ตัวแปรการส่งต่อ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การทำลายเชื้อ และการติดตามผู้สัมผัส ซึ่งด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศทำอากาศยานสุวรรณภูมิ ต้องปรับปรุงแก้ไขให้เกิดการเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ดังนี้

1. ด้านการส่งต่อ ผู้เดินทางที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศทำอากาศยานสุวรรณภูมิ ควรทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนเกี่ยวกับการจัด

รถพยาบาล (ambulance) ควรเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด และมีความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าได้ เพราะจะเป็นการลดการกระจายของเชื้อได้มาก และต้องได้รับการควบคุมกำกับจากผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขด้วย

2. ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุวรรณภูมิควรพัฒนาบุคลากรของด่านฯ ให้มีศักยภาพในด้านการรักษาพยาบาลให้มากขึ้น รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ให้เหมาะสมกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีแนวโน้มที่จะมีมากและมีความรุนแรงยิ่งขึ้น

3. ด้านการทำลายเชื้อด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ควรกำหนดบทบาทหน่วยงานที่จะเข้ามาทำลายเชื้อให้ชัดเจน และต้องได้รับการควบคุมกำกับจากผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เพราะถ้าเกิดสถานการณ์จริงและมีผู้สัมผัสเป็นจำนวนมาก ๆ แล้วจะเกิดปัญหาได้อีกทั้งควรกำหนดแยกเป็นทีม เช่น ทีมทำลายเชื้อในยานพาหนะ (เครื่องบิน) ทีมทำลายเชื้อในตัวอาคาร ทีมทำลายเชื้อสำหรับอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องนำกลับมาใช้ใหม่ และทีมทำลายเชื้อสำหรับขยะติดเชื้อ ฯลฯ และถูกต้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

4. ด้านการติดตามผู้สัมผัส ทางด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ถึงแม้จะมีบทบาทในการติดตามผู้สัมผัสบนยานพาหนะ (เครื่องบิน) เป็นหลักแล้ว การเตรียมพร้อมด้านนี้คือบุคลากรสาธารณสุขของด่านฯ ต้องมีความพร้อม เช่น ความรู้ทางระบาดวิทยา ความสามารถในการสื่อสารภาษาที่หลากหลาย เช่น ภาษาอาหรับ ภาษาสเปน ภาษารัสเซีย ภาษาฝรั่งเศส ฯลฯ อีกทั้งจำนวนบุคลากรสาธารณสุขและอุปกรณ์ป้องกัน (PPE) ที่เหมาะสมและเพียงพอ

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ปฏิคม วิวัฒนานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศที่สงสัยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ที่ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ปี พ.ศ. 2557-2558, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2559; 1(1): 13-19.

Suggested Citation for this Article

Vivattananon P. Factors associated with screening for passengers who suspected from Ebola Virus disease effected area at Suvarnabhumi Airport 2014 – 2015, Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2016; 1(1): 13-19.

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. คู่มือปฏิบัติการโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola Virus Disease) สำหรับผู้ปฏิบัติงาน. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. สำนักระบาดวิทยา. รายงานสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก วันที่ 23 - 29 มีนาคม 2558. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
3. วราลักษณ์ ตังคณะกุล, วิชาญ ปาวาน, ปทุมมาลัย ศิลภาพร, มนจิรา ถัมภ์รักษัสต์, ดารารัตน์ ศิริมงคล, บรรณาธิการ. แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินท่าอากาศยานสุวรรณภูมิในสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่มีผลแพร่ระบาดระหว่างประเทศกรณีระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า; 2557.
4. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิจัยพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์; กรุงเทพฯ: สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2543.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ณ สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน ปี 2558

The Patients and Patient's relatives Satisfaction with Medical Care Services of Bangkhen Skin Clinic, 2015

เขมกร เทียงทางธรรม¹, ณัฐมา รongมาลี¹, สุพัตรา นิลศิริ¹

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ

Khammakorn Thiangthangthum¹, Nattama rongmalee¹, Supattra Ninsiri¹

¹The office of Prevention and Control 1 BKK

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ณ สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน ปี 2558 รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Descriptive cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ณ สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน ระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน 2558 จำนวน 400 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามซึ่งปรับปรุงจากแบบสอบถามการประเมินความพึงพอใจของสถานบริการของกองแผนงาน กรมควบคุมโรค ประกอบด้วยความพึงพอใจ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริการ ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการให้บริการกับการกลับมาใช้บริการ โดยใช้การทดสอบ ไคส-สแคว (Chi-square)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ณ สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านการบริการ (คะแนนเฉลี่ย 3.39, S.D. 0.431) และด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ (คะแนนเฉลี่ย 3.39, S.D. 0.470) รองลงมา คือ ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ (คะแนนเฉลี่ย 3.31, S.D. 0.470) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (คะแนนเฉลี่ย 3.11, S.D. 0.460) ส่วนการสำรวจการกลับมาใช้บริการ พบว่า ผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่จะกลับมาใช้บริการอีก (ร้อยละ 96.8) และแนะนำให้เพื่อน/ญาติ/คนรู้จักมาใช้บริการสถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน คิดเป็นร้อยละ 96.8 โดยมีความความประทับใจมากที่สุด คือ เรื่องการบริการที่ดี เอาใจใส่ รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี ยิ้มแย้ม พุดจาไพเราะ และแพทย์เก่ง ชำนาญโรค และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจกับการกลับมารับบริการพบว่า ความพึงพอใจด้านการบริการมีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การประเมิน, ความพึงพอใจ, การให้บริการ

Abstract

This survey research aimed to evaluation of The Patients and Patient's relatives Satisfaction with Medical Care Services of Bang khan Skin Clinic, 2015. The study population consisted of 400 of clients. Questionnaires constructed by the researchers were used for data collection from the Planning Division, Disease Control Department. The research was conducted during March - April 2015. The statistics used were descriptive and Chi-square.

The results revealed that most of the population polled overall satisfied in our all service were at high level. Moreover, the subject with the highest level satisfaction was the service comfort and personnel's services, process services and facilities services, consecutively. Those who said they will return and recommend to friends/relatives/acquaintances for services scored 96.8%. The impression was good service, good eloquence smilingly and Doctor's expertise. The relationship between satisfaction of the service comfort was related to the return service.

Keywords: Evaluation, Satisfaction, Service

บทนำ

สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้บริการตรวจรักษาเฉพาะทางผู้ป่วยโรคผิวหนังและโรคเรื้อน เปิดทำการในเวลาราชการ วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 - 12.00 น. หยุดวันเสาร์ อาทิตย์และวันนักขัตฤกษ์ โดยผู้มารับบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิการรักษาของผู้ใช้บริการเฉพาะในบัญชีหลัก ส่วนนอกบัญชีต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

จากสถิติผู้มารับบริการ ณ สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน ประจำปีงบประมาณ 2557 มีผู้มารับบริการ จำนวน 15,080 ราย เฉลี่ยมีผู้มารับบริการประมาณวันละ 62.8 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยเก่าจำนวน 6,315 ราย และผู้ป่วยใหม่จำนวน 8,765 ราย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางผิวหนัง ผื่นคัน ลอกแห้ง และบางรายเป็นสิ่วฝ้า ต้องรักษาต่อเนื่อง ซึ่งสถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน ให้บริการตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคผิวหนัง วันละ 2 ท่าน เป็นแพทย์ประจำ 1 ท่าน และแพทย์ที่ปรึกษาอีก 1 ท่าน มีพยาบาลที่ให้บริการประจำมี 4 คน และ

มีพยาบาลเวียนมาให้บริการ จำนวนวันละ 1 คน เนื่องจากต้องปฏิบัติงานอื่นของหน่วยงาน จึงต้องมีการหมุนเวียนบุคลากรมาให้บริการ ซึ่งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการให้บริการเจ้าหน้าที่บางส่วนอาจไม่ได้รับทราบข้อมูลทำให้เกิดการสื่อสารที่ไม่ตรงกันในขั้นตอนการบริการ

ความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการมีความสำคัญเนื่องจาก การให้บริการเป็นนโยบายที่สำคัญของรัฐบาล สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน ได้คำนึงถึงความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ จึงได้มีการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการทั้งในด้านพฤติกรรมการใช้บริการตลอดจนความต้องการในการใช้บริการนำมาใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายในการให้บริการต่างๆ และเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติงานของสถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขนให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับความต้องการและความเหมาะสมของผู้ใช้บริการ และยังคงสนับสนุนนโยบายด้านการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐบาลอีกแนวทางหนึ่งด้วย

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (cross-sectional survey) โดยการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ณ สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ ในช่วงเดือน มีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2558 ที่มีความสามารถในการอ่านและเขียน และยินดีตอบแบบสอบถาม จำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจในสถานบริการของกองแผนงาน กรมควบคุมโรค ปี 2558 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลลักษณะการใช้บริการ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการบริการ ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และคุณภาพการให้บริการ

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการกลับมาใช้บริการ จุดเด่นหรือความประทับใจ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการจัดบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจการให้บริการกับการกลับมาใช้บริการโดยใช้การทดสอบไคส-สแคว (Chi-square)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 72.0 รองลงมาอยู่จังหวัดปทุมธานี คิดเป็นร้อยละ 18.5 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย ร้อยละ 88.0 และญาติผู้ป่วย ร้อยละ 12.0 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

ร้อยละ 63.5 อายุอยู่ระหว่าง 16 - 25 ปี ร้อยละ 26.3 รองลงมาอายุ 46 - 55 ปี ร้อยละ 22.0 สถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 54.3 และสถานภาพสมรส ร้อยละ 35.5 การศึกษาจบปริญญาตรี ร้อยละ 30.8 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 25.5 ประกอบอาชีพ นักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 28.0 รองลงมา อาชีพรับจ้าง และพนักงานบริษัท ร้อยละ 17.8 และ 17.5 ตามลำดับ รายได้ส่วนใหญ่ มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 27.3 รองลงมา 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 25.3

ลักษณะการใช้บริการ ส่วนใหญ่เคยรักษาที่สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน ร้อยละ 62.8 สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการเลือกมาใช้บริการที่สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน คือเป็นคลินิกเฉพาะทาง ร้อยละ 57.8 รองลงมา ได้แก่ การได้รับการบอกต่อ ๆ จากญาติ/บุคคลอื่น และชื่อเสียงและการให้บริการเป็นที่ยอมรับ ร้อยละ 39.3 และ 39.0 ตามลำดับ อาการที่มารับการรักษา ส่วนใหญ่เป็นผื่นคัน ร้อยละ 59.5 รองลงมาเป็น ลิว/ฝ้า ร้อยละ 22.0 ความถี่ในการมาใช้บริการ ส่วนใหญ่ไม่แน่นอน ร้อยละ 42.5 รองลงมาเป็นเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 20.0 และส่วนใหญ่เบิกค่ารักษาไม่ได้ ร้อยละ 69.5

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริการด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้ บริการ และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่าผู้มารับบริการมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดในด้านการบริการ ($\bar{x} = 3.39$, S.D. 0.431) เท่ากับด้านเจ้าหน้าที่ /บุคลากรที่ให้บริการ ($\bar{x} = 3.39$, S.D. 0.470) รองลงมา ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ ($\bar{x} = 3.31$, S.D. 0.470) ส่วนด้านที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{x} = 3.11$ S.D. 0.460) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำแนกรายด้าน

ความพึงพอใจ	\bar{x}	S.D.	แปลผล	ลำดับที่
ด้านการบริการ	3.39	0.431	พอใจมาก	1
ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ	3.31	0.470	พอใจมาก	2
ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ	3.39	0.470	พอใจมาก	1
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	3.11	0.460	พอใจมาก	3

เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้าน พบว่า

- 1) ด้านการบริการ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ ความสะดวกรวดเร็วในการตรวจห้องปฏิบัติการพยาบาล เช่น การทำแผลฉีดยา ($\bar{x}= 4.00$, S.D. 0.985) รองลงมา ได้แก่ ความสะดวกรวดเร็วในการตรวจรับบริการห้องปฏิบัติการ เช่น การส่งตรวจชุดเพาะเชื้อ($\bar{x}= 3.95$, S.D. 0.985) เท่ากับระยะเวลารอคอยในการรับบริการตามขั้นตอนต่างๆ เหมาะสม ($\bar{x} = 3.95$, S.D. 0.620) เท่ากัน ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ความสะดวกรวดเร็วในการคิดเงินค่าบริการ ($\bar{x} = 3.17$, S.D. 0.580)
- 2) ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ ความเสมอภาคในการให้บริการ คະแนนเฉลี่ย ($\bar{x} = 3.43$, S.D. 0.566) รองลงมา ได้แก่ ให้บริการเป็นระบบขั้นตอนเหมาะสมไม่ยุ่งยาก ($\bar{x}= 3.37$, S.D. 0.564) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ มีตู้แสดงความคิดเห็น หรือรับแบบประเมินการบริการ ($\bar{x}= 3.20$, S.D. 0.690)
- 3) ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ ความสุภาพอ่อนน้อม ยิ้มแย้ม กิริยามารยาทในการให้บริการ ($\bar{x}= 3.52$, S.D. 0.562) รองลงมา ได้แก่ ความกระตือรือร้น เอาใจใส่และความพร้อมในการให้บริการ ($\bar{x}= 3.47$, S.D. 0.557) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การให้ข้อมูลรายละเอียดของค่าใช้จ่าย ($\bar{x}= 3.24$, S.D. 0.620)
- 4) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ ความสะดวก/ง่ายต่อการไปจุดบริการต่างๆ ($\bar{x}= 3.23$, S.D. 0.586) รองลงมา ได้แก่ ห้องตรวจโรคมิติซิด เหมาะสม คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้มารับบริการ ($\bar{x}= 3.18$, S.D. 0.609) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ มีช่องทางเลือกให้คำปรึกษา เช่น โทรศัพท์ เป็นต้น ($\bar{x}= 2.95$, S.D. 0.749) ตามตารางที่ 2,3,4 และ5

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจด้านการบริการ จำแนกรายข้อ (n=400)

เนื้อหา	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความพึงพอใจ				\bar{x}	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด			
ความสะดวกรวดเร็วในการค้นหาบัตรตรวจโรค	124 (31.0)	259 (64.7)	16 (4.0)	1 (0.3)	3.27	0.539	พอใจ มาก
ความสะดวกรวดเร็วในการมาตรวจ ตามกำหนดนัดหมาย	111 (27.8)	259 (64.7)	29 (7.3)	1 (0.3)	3.20	0.566	พอใจ มาก
ความสะดวกรวดเร็วในการซักประวัติ	164 (41.0)	225 (56.3)	10 (2.5)	1 (0.3)	3.38	0.549	พอใจ มาก
ความสะดวกรวดเร็วในการตรวจรักษา	158 (39.5)	223 (55.7)	17 (4.3)	2 (0.5)	3.34	0.584	พอใจ มาก
ความสะดวกรวดเร็วในการตรวจรับบริการ ห้องปฏิบัติการ เช่น การส่งตรวจชุดเพาะเชื้อ	69 (29.1)	154 (64.9)	13 (5.5)	1 (0.4)	3.95	0.972	พอใจ มากที่สุด
ความสะดวกรวดเร็วในการตรวจห้องปฏิบัติการ (จำนวน 221 คน)	54 (24.5)	155 (70.1)	11 (4.9)	1 (0.5)	4.00	0.985	พอใจ มากที่สุด
ความสะดวกรวดเร็วในการคิดเงินค่าบริการ	106 (26.4)	257 (64.3)	36 (9.0)	1 (0.3)	3.17	0.580	พอใจ มาก
ความสะดวกรวดเร็วในการรอรับยา	92 (23.0)	259 (64.7)	47 (11.7)	2 (0.6)	3.34	0.598	พอใจ มาก
ระยะเวลารอคอยในการรับบริการตามขั้นตอน ต่างๆ เหมาะสม	96 (24.0)	257 (64.2)	42 (10.3)	5 (1.5)	3.95	0.620	พอใจ มากที่สุด

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจด้านกระบวนการให้บริการ จำแนกรายข้อ (n = 400)

เนื้อหา	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความพึงพอใจ				\bar{x}	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด			
1. ให้บริการเป็นระบบ ขั้นตอนเหมาะสม ไม่ยุ่งยาก	164 (41.0)	219 (54.7)	17 (4.3)	0	3.37	0.564	พอใจ มาก
2. ความเสมอภาคในการให้บริการ เป็นไปตามลำดับก่อน-หลังอย่างยุติธรรม	184 (46.0)	203 (50.7)	12 (3.0)	1 (0.3)	3.43	0.566	พอใจ มาก
3. มีเอกสาร/แผ่นพับ/ป้ายประกาศ/บอร์ด แจ้งข้อมูลต่างๆ อย่างชัดเจน (ไม่ตอบ จำนวน 7 คน ร้อยละ 1.8)	128 (32.0)	226 (56.4)	39 (9.8)	0	3.26	0.650	พอใจ มาก
4. มีผู้แสดงความคิดเห็น หรือรับแบบประเมิน การบริการ (ไม่ตอบ จำนวน 16 คน ร้อยละ 4.0)	94 (23.4)	245 (61.3)	44 (11.0)	1 (0.3)	3.20	0.690	พอใจ มาก

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจด้านการบริการของเจ้าหน้าที่/ บุคลากร จำแนกรายข้อ (n = 400)

เนื้อหา	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความพึงพอใจ				\bar{x}	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด			
ความสุภาพ อ่อนน้อม ยิ้มแย้ม กิริยามารยาทในการให้บริการ	219 (54.8)	172 (43.0)	7 (1.8)	2 (0.5)	3.52	0.562	พอใจ มาก
ความกระตือรือร้น เอาใจใส่และความพร้อมในการให้บริการ	200 (50.0)	190 (47.5)	9 (2.3)	1 (0.3)	3.47	0.557	พอใจ มาก
เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ เช่น การตรวจรักษา การฉีดยา ฯลฯ	186 (40.5)	201 (50.3)	12 (3.0)	1 (0.3)	3.43	0.566	พอใจ มาก
การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาความเจ็บป่วย	171 (42.8)	211 (52.8)	17 (4.3)	1 (0.3)	3.38	0.580	พอใจ มาก
การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา	177 (44.3)	207 (51.8)	15 (3.8)	1 (0.3)	3.40	0.575	พอใจ มาก
การให้ข้อมูลรายละเอียดของค่าใช้จ่าย	135 (33.8)	229 (57.3)	34 (8.5)	2 (0.5)	3.24	0.620	พอใจ มาก
การให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ ไปในการมารับบริการ	150 (37.5)	226 (56.5)	22 (5.5)	2 (0.5)	3.31	0.596	พอใจ มาก

ตารางที่ 5 ระดับของความพึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (n = 400)

เนื้อหา	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความพึงพอใจ				\bar{x}	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด			
มีช่องทางเลือกให้คำปรึกษา เช่น โทรศัพท์ เป็นต้น (ไม่ตอบ จำนวน 7 คน ร้อยละ 1.8)	71 (17.8)	229 (57.3)	82 (20.5)	11 (2.8)	2.95	0.749	พอใจ มาก
ความสะดวก/ง่าย ต่อการไปจุดบริการต่างๆ	122 (30.5)	251 (62.8)	24 (6.0)	3 (0.8)	3.23	0.586	พอใจ มาก
ความเพียงพอของอุปกรณ์/เครื่องมือในการให้บริการ	82 (20.5)	275 (68.8)	42 (10.5)	1 (0.3)	3.11	0.582	พอใจ มาก
ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่นั่งรอรับบริการ โทรศัพท์สาธารณะ น้ำดื่ม เป็นต้น	98 (24.5)	240 (60.0)	58 (14.5)	4 (1.0)	3.08	0.652	พอใจ มาก
ห้องตรวจโรคมีติดขัด เหมาะสม คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้มารับบริการ	113 (28.3)	246 (61.5)	39 (9.8)	2 (0.5)	3.18	0.609	พอใจ มาก
ห้องน้ำ-ห้องส้วมสะอาด ไม่มีกลิ่น	96 (24.0)	251 (62.8)	51 (12.8)	2 (0.5)	3.10	0.615	พอใจ มาก
ความเหมาะสมระบบระบายอากาศ / แสงสว่าง/เสียง	94 (23.5)	256 (64.0)	49 (12.3)	1 (0.3)	3.11	0.597	พอใจ มาก
ความสะอาดของสภาพแวดล้อม/กลิ่น	95 (23.8)	261 (65.3)	44 (11.0)	0	3.13	0.576	พอใจ มาก

ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ พบว่า ผู้มารับบริการมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด 3 หัวข้อโดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือคุณภาพบริการโดยรวมทุกด้าน ($x = 3.38, S.D. 0.559$)

รองลงมาคือ ได้รับบริการที่เป็นประโยชน์ ($x = 3.38, S.D. 0.554$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ ($x = 3.33, S.D. 0.557$) ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจการบริการที่ตรงตามความต้องการ ได้บริการที่เป็นประโยชน์ และคุณภาพบริการ ในภาพรวม

เนื้อหา	จำนวน (ร้อยละ) ระดับความพึงพอใจ				\bar{x}	S.D.	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด			
ได้รับบริการที่ตรงตามความต้องการ	148 (37.0)	234 (58.5)	18 (4.5)	0	3.33	0.557	พอใจมาก
ได้รับบริการที่เป็นประโยชน์	164 (41.0)	226 (56.5)	8 (2.0)	2 (0.5)	3.38	0.554	พอใจมาก
คุณภาพบริการ โดยรวมทุกด้าน	167 (41.8)	220 (55.0)	12 (3.0)	1 (0.3)	3.38	0.559	พอใจมาก

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการกลับมาใช้บริการ พบว่า กลับมาใช้บริการอีก ร้อยละ 96.8 และ แนะนำให้เพื่อน/ญาติ/คนรู้จัก มาใช้บริการร้อยละ 96.8 โดยพบว่าผู้รับบริการมีความประทับใจมากที่สุด คือ

บริการดี เอาใจใส่ ร้อยละ 44.00 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่มีมนุษยสัมพันธ์ดี ยิ้มแย้ม พุดจาไพเราะ ร้อยละ 22.0 แพทย์เก่ง ชำนาญโรค ร้อยละ 16.67 ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการกลับมาใช้บริการ

เนื้อหา	การกลับมาใช้บริการ(ร้อยละ)		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
การกลับมาใช้บริการที่นี้อีกหรือไม่เมื่อท่านเจ็บป่วย	387 (96.8)	0	13 (3.3)
การแนะนำให้เพื่อน/ญาติ/คนรู้จัก มาใช้บริการที่นี้หรือไม่	387 (96.8)	1 (0.3)	12 (3.0)

ความสัมพันธ์ของภาพรวมความพึงพอใจ การให้บริการรายด้านกับการกลับมาใช้บริการ พบว่า ความพึงพอใจการให้บริการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริการ ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ

ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาพรวมความพึงพอใจการให้บริการรายด้านกับการกลับมาใช้บริการ

ความพึงพอใจการให้บริการรายด้าน	การกลับมาใช้บริการ	
	Pearson Chi-Square	p-value
ด้านการบริการ	31.201	0.038*
ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ	8.971	0.535
ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ	14.441	0.344
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	15.322	0.640

(p-value = 0.05)

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อการให้บริการด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการบริการ ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน อยู่ในระดับมากทุกด้าน

2. ความพึงพอใจด้านการบริการมีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ณ สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคป้องกันที่ 1 กรุงเทพฯ สามารถอภิปรายผลการศึกษาตามประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.5 ซึ่งเป็นเพราะผู้หญิงจะมีความใส่ใจเรื่องการดูแลตนเองมากกว่าผู้ชาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์⁽⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วย โรคเรื้อน สถานสงเคราะห์ ผู้พิการโรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 อายุของผู้มารับบริการส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 16-25 ปี ร้อยละ 26.3 ซึ่งเป็น

วัยที่กำลังใส่ใจภาพลักษณ์ หน้าตา ผิวพรรณจึงมีการดูแลตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติโดยการซื้อยาเองเพื่อรักษา และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไสว สีกระจ่าง⁽⁶⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย: กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงใหม่ อำเภอยะลา จังหวัดยะลา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัญชัย ประยูรคง⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจของประชาชนผู้มารับบริการต่อการให้บริการของโรงพยาบาลสามพราน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่าด้านที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัมภา แซมโค้ง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวะนันท์ คิวพิทักษ์ ที่ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก

3. สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้มารับบริการเลือกมาใช้บริการที่สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน คือเป็นคลินิกเฉพาะทาง คิดเป็นร้อยละ 57.8 ซึ่งเป็นเพราะที่นี้เปิดให้บริการด้านผิวหนังมานาน โดยแพทย์มีความ

ชำนาญในการวินิจฉัยโรคและเชี่ยวชาญด้านการรักษา เป็นอย่างดี จึงเป็นที่รู้จักของผู้รับบริการ อาการที่มารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นผื่นคัน ร้อยละ 59.5 รองลงมาเป็นสิว/ฝ้า คิดเป็นร้อยละ 22.0 ความถี่ในการมาใช้บริการ ส่วนใหญ่ไม่แน่นอน ร้อยละ 42.5 และการเบิกค่ารักษาส่วนใหญ่เบิกไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 69.5

ข้อเสนอแนะ

สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ โดยเฉพาะควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมในส่วนของการให้รายละเอียดด้านต่างๆ รวมถึงการพัฒนาช่องทางรับความคิดเห็นและช่องทางการให้คำปรึกษา เพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาความผูกพันและความต้องการของผู้ใช้บริการเพื่อนำมาวางแผนปรับปรุงรูปแบบการให้บริการให้มีความเหมาะสมมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นไป

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

เขมกร เทียงทางธรรม, ณัฐมา รongมาลี, สุพัตรา นิลศิริ. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ ณ สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน ปี 2558. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2559; 1(1): 20-28.

Suggested Citation for this Article

Thiangthangthum K, Rongmalee N, Ninsiri S. The Patients and Patient's relatives Satisfaction with Medical Care Services of Bang Khan Skin Clinic, 2015. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2016; 1(1): 20-28.

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กองแผนงาน. แนวทางการถ่ายทอดเป้าหมายและตัวชี้วัดสู่หน่วยงานและบุคลากร กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558 : ง 45.
2. กุ๊ชัย ประยูรคง. ความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการต่อการให้บริการของโรงพยาบาลสามพราน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.พ.2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thongsook.ac.th/main/admin/uploads/FacultyOfGrad/260-file-researchstd11.pdf>
3. รัมภา แคมโค้ง, ติวะนันท์ ติวพิทักษ์. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 ก.พ.2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dpu.ac.th/graduate/upload/content/files>.
4. ลัดนา ฤกษ์ศุภผล. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคลินิกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. Journal of Medicine and Health Sciences 2011; 18 (3): 145-59.
5. ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการของ ผู้ป่วยโรคเรื้อน สถานสงเคราะห์ผู้พิการโรงพยาบาลพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. กรุงเทพมหานคร; 2543. หน้า 66.
6. ไสว ลีกระจ่าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย : กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงคาน อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย; 2546. หน้า 107.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การสำรวจสภาพแวดล้อมของศูนย์เลี้ยงเด็กในพื้นที่เขตเมือง
Survey the Environment of the Daycare Centers in Urban Areas

ไมลา อิศสระสงคราม¹¹สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองMila Issarasongkham¹¹Institute for Urban Disease Prevention and Control, Bangkok

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมของศูนย์เลี้ยงเด็กในพื้นที่เขตเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นศูนย์เลี้ยงเด็กที่ตั้งอยู่ในชุมชน วัด ศูนย์สงเคราะห์เด็ก ในอาคารสงเคราะห์ชุมชนและในแหล่งก่อสร้างของพื้นที่เขตเมือง จำนวน 311 แห่ง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตสภาพแวดล้อมของศูนย์เลี้ยงเด็กเป็นเครื่องมือสำรวจในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่าศูนย์เลี้ยงเด็กที่เปิดให้บริการส่วนใหญ่เป็นศูนย์ขนาดเล็ก ร้อยละ 47.9 ระยะเวลาการก่อตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กซึ่งส่วนใหญ่ก่อตั้งมานานกว่า 25 ปี ร้อยละ 38.6 และมีสัดส่วนของผู้ดูแลเด็ก 1 คนต่อเด็ก 11-15 คน ร้อยละ 51.1 การจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยเป็นสัดส่วนโดยขนาดพื้นที่ห้องโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 2 ตารางเมตรต่อเด็ก 1 คนเป็นไปไม่ไปตามมาตรฐานด้านอาคารสถานที่ร้อยละ 60.8 การจัดให้มีอ่างล้างมือประจำห้องและอุปกรณ์สำหรับล้างมือประจำอ่าง ได้แก่ สบู่ ผ้าเช็ดมือ/กระดาษเช็ดมือ และภาชนะสำหรับทิ้งผ้าเช็ดมือ พบว่า ศูนย์เลี้ยงเด็กร้อยละ 98.4 ไม่มีอ่างล้างมือและอุปกรณ์ล้างมือครบตามมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์เลี้ยงเด็กปลอดภัย

ดังนั้นผู้บริหารศูนย์เลี้ยงเด็กควรเห็นความสำคัญและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็ก เช่น สบู่ น้ำยาทำความสะอาดมือ ผ้าเช็ดมือ กระดาษเช็ดมือ เป็นต้น ส่งเสริมสนับสนุนการจัดอบรมให้ความรู้กับผู้ดูแลเด็กโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจัดกิจกรรมรณรงค์ปลูกฝังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลความสะอาดอุปกรณ์ของใช้ของเด็ก ผ้าเช็ดมือ ผ้าเช็ดหน้า เป็นต้น

คำสำคัญ : สภาพแวดล้อม ศูนย์เลี้ยงเด็ก

Abstract

This study is a cross-sectional descriptive study with the objective to study the environment of the daycare centers in urban areas. The samples was the daycare centers in a housing children center and community resources in urban areas. We collected data by using 311 daycare centers between February - April 2015. The data were analyzed with descriptive statistics, average, standard deviation, frequency and percentage.

The result found that most of the daycare centers were the small center (47.9 percent), mainly established for over 25 years (38.6 percent) and the proportion of the caregivers to children was 1:11-15 person (51.1 percent). In 60.8 percent of daycare centers providing a sink for washing hands regularly and routinely included a hand towel, soap and paper towels. While 98.4 percent of daycare centers did not have a sink and standard equipment.

The conclusion is the administrator of daycare center should realize the importance and support the materials/tools for prevention and control of diseases in children such as soaps, cleansers, napkin, paper napkin including training their children by health officer to make proper behavioral in disease control.

Keywords: Environment, Daycare center

บทนำ

ศูนย์เลี้ยงเด็ก เป็นสถานที่รับดูแลเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี ตั้งแต่ 6 คนขึ้นไป⁽¹⁾ เพื่อช่วยเหลือแบ่งเบาภาระของพ่อแม่ที่ต้องทำงานกลางวัน การจัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กในสถานประกอบกิจการและชุมชนภายใต้การบูรณาการความร่วมมือ 5 กระทรวง ประกอบด้วย กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข^(2,3) จากสถิติข้อมูล ศูนย์เลี้ยงเด็กในประเทศไทย พบว่าปี 2549 มีจำนวนศูนย์เลี้ยงเด็ก 17,439 แห่ง ต่อมาในปี 2557 พบว่า จำนวนศูนย์เลี้ยงเด็กเพิ่มขึ้นเป็น 21,921 แห่ง⁽⁴⁾ จะเห็นได้ว่าความต้องการศูนย์เลี้ยงเด็กเพิ่มขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม

การจัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กกลางวันทั้งของภาครัฐและเอกชนนั้นต้องคำนึงถึงมาตรฐานด้านอาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอยต่าง ๆ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคาร⁽⁵⁾ เนื่องจากเด็กที่อยู่ในศูนย์เลี้ยงเด็กมักจะเจ็บป่วยได้ง่ายจากปัจจัยหลายอย่างทั้งจากสุขภาพร่างกายของเด็กเอง จากสภาพแวดล้อม สถานที่แออัดคับแคบ อากาศถ่ายเทไม่สะดวก ทำให้เชื้อโรคสามารถแพร่กระจายและติดต่อระหว่างกันได้ง่าย จึงทำให้ในแต่ละปีเด็กที่อยู่ในศูนย์เลี้ยงเด็กมีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อหลายครั้ง⁽⁶⁻⁹⁾ จากการศึกษาของ Tizza⁽¹⁰⁾ พบว่าเด็กที่ดูแลในศูนย์เลี้ยงเด็ก

ประเทศเนเธอร์แลนด์มีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมากกว่าเด็กที่เลี้ยงดูอยู่ที่บ้านร้อยละ 46 และร้อยละ 17.2 ตามลำดับ สาเหตุเนื่องมาจากการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์เลี้ยงเด็กไม่ได้ตามมาตรฐาน ส่วน Dong-Hee Kim⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษาการติดเชื้อพยาธิเส้นด้ายในศูนย์เลี้ยงเด็กประเทศเกาหลีใต้ พบว่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูในศูนย์เลี้ยงเด็กที่คับแคบและอยู่รวมกันอย่างแออัด มีการใช้อุปกรณ์เครื่องนอนเครื่องใช้ร่วมกันก่อให้เกิดการติดต่อด้วยพยาธิเส้นด้ายร้อยละ 79 และบังอรฉวางทรัพย์⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการติดเชื้อพยาธิเส้นด้ายในศูนย์พัฒนาเด็กในชุมชนคลองเตยพบว่า เด็กที่เลี้ยงดูในศูนย์พัฒนาเด็กในชุมชนคลองเตยมีอัตราการติดเชื้อพยาธิเส้นด้ายร้อยละ 21.25 มีปัจจัยมาจากสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมภายในสถานเลี้ยงเด็ก เช่น ลักษณะน้ำดื่ม ลักษณะส้วม การจัดการน้ำเสียและขยะไม่ได้ตามมาตรฐาน และจากข้อมูลสำนักระบาดวิทยา⁽¹³⁾ ณ วันที่ 1 มกราคม 2557 - 30 ธันวาคม 2557 พบเด็กป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก 64,317 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 99.78 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 2 ราย โดยสถานที่ที่พบการระบาดส่วนใหญ่คือ ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล

เห็นได้ว่าปัญหาการเกิดโรคติดเชื้อในศูนย์เลี้ยงเด็กเกิดจากปัจจัย 3 ประการคือ คน เชื้อโรค และสิ่งแวดล้อม⁽¹⁴⁾ โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคมากที่สุด ดังนั้นการจัดการสภาพแวดล้อมภายในศูนย์เลี้ยงเด็กให้มีความสะอาด สะดวก และปลอดภัยของอาคารสถานที่ รวมถึงมีการจัดการระบบสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมจะมีผลทำให้อุบัติการณ์การติดเชื้อลดลง^(8,14,15) สำหรับในพื้นที่เขตเมืองยังไม่พบมีการสำรวจสภาพแวดล้อมภายในศูนย์เลี้ยงเด็ก ว่ามีลักษณะอย่างไรซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับการนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในศูนย์เลี้ยงเด็กอื่นๆ ต่อไปในอนาคตป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพทั้งเด็กและผู้ดูแลเด็ก การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมของศูนย์เลี้ยงเด็กในพื้นที่เขตเมือง

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional studies) กลุ่มตัวอย่างเป็นศูนย์เลี้ยงเด็กในพื้นที่เขตเมืองทั้งหมดสังกัดหน่วยงานรัฐบาล จำนวน 311 แห่ง ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2558

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของศูนย์เลี้ยงเด็ก จำแนกตามขนาดศูนย์ ระยะเวลาการก่อตั้ง และสัดส่วนของผู้ดูแลเด็กต่อจำนวนเด็ก (n=311)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ขนาดศูนย์เลี้ยงเด็ก		
ขนาดเล็ก (จำนวนเด็ก < 50 คน)	149	47.9
ขนาดกลาง (จำนวนเด็ก 51 - 100 คน)	94	30.2
ขนาดใหญ่ (จำนวนเด็ก > 100 คน)	68	21.9
ระยะเวลาการก่อตั้งศูนย์เลี้ยงเด็ก (ปี)		
< 10	16	5.1
10 - 14	31	10.0
15 - 19	57	18.3
20 - 24	87	28.0
≥ 25	120	38.6
Mean ± S.D. = 21.2 ± 5.9 Min - Max 2 - 30		

โดยใช้แบบสังเกตสภาพแวดล้อมของศูนย์เลี้ยงเด็กที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแบบประเมินศูนย์เด็กเล็กปลอดโรคของกรมควบคุมโรคและแบบประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพของกรมอนามัยเป็นเครื่องมือในการสำรวจได้ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อพรรณนาลักษณะสภาพแวดล้อมภายในศูนย์เลี้ยงเด็ก

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลขนาดศูนย์เลี้ยงเด็ก ระยะเวลาการก่อตั้ง และสัดส่วนของผู้ดูแลเด็กต่อจำนวนเด็ก ศูนย์เลี้ยงเด็กที่เปิดให้บริการส่วนใหญ่เป็นศูนย์ขนาดเล็ก รองลงมาเป็นศูนย์ขนาดกลาง และศูนย์ขนาดใหญ่คิดเป็นร้อยละ 47.9, 30.2 และ 21.9 ตามลำดับ ทั้งนี้มีระยะเวลาของการก่อตั้งส่วนใหญ่มากกว่า 25 ปี (ร้อยละ 38.6) มีระยะเวลาของการก่อตั้งเฉลี่ย 21 ปี (S.D. = 5.9) และส่วนใหญ่มีอัตราส่วนของผู้ดูแลเด็ก 1 คนต่อเด็ก 11-15 คน (ร้อยละ 51.1) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สัดส่วนของผู้ดูแลเด็กต่อจำนวนเด็ก (คน)		
1 - 10	109	35.0
11 - 15	159	51.1
16 - 20	34	11.0
> 20	9	2.9

2. ข้อมูลด้านอาคารสถานที่ การจัดแบ่งห้อง และลักษณะของห้อง

2.1 การจัดแบ่งห้องกิจกรรมที่เป็นสัดส่วน และมีขนาดพื้นที่ห้องโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 2 ตารางเมตรต่อเด็ก 1 คน(ร้อยละ 39.2) สภาพแวดล้อมภายในห้องมีแสงสว่างเพียงพอ(ร้อยละ34.1) อากาศถ่ายเทสะดวก(ร้อยละ 38.6) ลักษณะพื้นห้อง ฝาผนัง และอุปกรณ์เครื่องใช้สะอาดไม่มีคราบสกปรกไม่มี

กลิ่นเหม็น (ร้อยละ 38.6) มีการติดมุ้งลวดที่ประตูและหน้าต่าง(ร้อยละ 27.0) มีอ่างล้างมือประจำห้องกิจกรรม(ร้อยละ1.6) อ่างล้างมือมีความสะอาดไม่มีคราบสกปรก ไม่มีกลิ่นเหม็น(ร้อยละ1.6) มีสบู่สำหรับล้างมือข้างอ่าง(ร้อยละ 0.9) และพบว่าไม่มีศูนย์เลี้ยงเด็กแห่งใดจัดให้มีผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่สะอาดไว้ข้างอ่างล้างมือ และไม่พบภาชนะสำหรับทิ้งผ้าเช็ดมือไว้ในห้องกิจกรรมรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะสิ่งแวดล้อมภายในห้องกิจกรรมของศูนย์เลี้ยงเด็ก (n=311)

ห้องกิจกรรม	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยเป็นสัดส่วน ขนาดพื้นที่ห้องโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 2 ตารางเมตรต่อเด็ก 1 คน	122 (39.2)	189 (60.8)
2. อากาศถ่ายเทสะดวก มีพัดลม หน้าต่าง หรือช่องลม	120 (38.6)	191 (61.4)
3. พื้นห้อง ฝาผนังและอุปกรณ์เครื่องใช้สะอาดไม่มีคราบสกปรก ไม่มีกลิ่นเหม็น	120 (38.6)	191 (61.4)
4. แสงสว่างมีความเพียงพอ	106 (34.1)	205 (65.9)
5. มีมุ้งลวดติดที่ประตูและหน้าต่าง	84 (27.0)	227 (73.0)
6. มีอ่างล้างมือประจำห้อง	5 (1.6)	306 (98.4)
7. อ่างล้างมือสะอาดไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น	5 (1.6)	306 (98.4)
8. มีสบู่ สำหรับล้างมือข้างอ่าง (สบู่ก้อน/สบู่เหลว)	3 (0.9)	308 (99.1)
9. มีผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่สะอาดไว้ข้างอ่างล้างมือ สำหรับใช้ 1 คนต่อ 1 ครั้ง	0 (0.0)	311 (100.0)
10. มีภาชนะสำหรับทิ้งผ้าเช็ดมือที่ใช้แล้วจัดเตรียมไว้ในห้อง	0 (0.0)	311 (100.0)

2.2 การจัดแบ่งห้องนอน พบว่า มีการจัดแยก อุปกรณ์เครื่องนอนเฉพาะตัวเด็กของแต่ละคน(ร้อยละ 98.4) เครื่องนอนมีความสะอาด ไม่มีคราบ ไม่มีกลิ่นเหม็น(ร้อยละ 96.1) การจัดแบ่งพื้นที่สำหรับ

นอนที่เป็นสัดส่วนและมีขนาดพื้นที่ห้องโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 2 ตารางเมตรต่อเด็ก1 คน(ร้อยละ 45.0) สภาพแวดล้อมภายในห้องนอนไม่มีแสงสว่างจ้าเกินไป(ร้อยละ 45.0) ลักษณะพื้นห้อง ฝาผนังและอุปกรณ์

เครื่องใช้ภายในห้องสะอาดไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น (ร้อยละ 45.0) อากาศปลอดโปร่งถ่ายเทได้สะดวก (ร้อยละ 44.4) มีการติดมุ้งลวดที่ประตูและหน้าต่าง (ร้อยละ 37.3) และพบว่าไม่มีศูนย์เลี้ยงเด็ก

แห่งใดจัดให้มีอ่างล้างมือ สบู่ ผ้าเช็ดมือ ภาชนะสำหรับทิ้งผ้าเช็ดมือไว้ในห้องนอนเด็ก รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะสิ่งแวดล้อมภายในห้องนอนเด็กของศูนย์เลี้ยงเด็ก (n=311)

ห้องนอนเด็ก	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. อุปกรณ์เครื่องนอนเป็นของเฉพาะตัวเด็กแต่ละคน (ที่นอน ผ้าปูที่นอน หมอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม)	306 (98.4)	5 (1.6)
2. เครื่องนอนสะอาดไม่มีคราบไม่มีกลิ่นเหม็น	299 (96.1)	12 (3.9)
3. การจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยเป็นสัดส่วน ขนาดพื้นที่ห้องโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 2 ตารางเมตรต่อเด็ก 1 คน	140 (45.0)	171 (55.0)
4. แสงสว่างไม่จ้าเกินไป	140 (45.0)	171 (55.0)
5. พื้นห้อง ฝาผนังสะอาดไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น	140 (45.0)	171 (55.0)
6. อากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดโปร่ง	138 (44.4)	173 (55.6)
7. มีมุ้งลวดติดที่ประตูและหน้าต่าง	116 (37.3)	195 (62.7)
8. มีอ่างล้างมือประจำห้อง	0 (0.0)	311 (100.0)
9. มีสบู่ สำหรับล้างมือข้างอ่าง (สบู่ก้อน/สบู่เหลว)	0 (0.0)	311 (100.0)
10. มีผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่สะอาดไว้ข้างอ่างล้างมือสำหรับใช้ 1 คนต่อ 1 ครั้ง	0 (0.0)	311 (100.0)
11. มีภาชนะสำหรับทิ้งผ้าเช็ดมือที่ใช้แล้วจัดเตรียมไว้ในห้อง	0 (0.0)	311 (100.0)
12. อ่างล้างมือสะอาดไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น	0 (0.0)	311 (100.0)

2.3 ห้องน้ำและห้องส้วมเด็กพบว่า น้ำใช้มีความสะอาดไม่มีกลิ่น ตะกอน ภาชนะกักเก็บน้ำสะอาดมีฝาปิดมิดชิด (ร้อยละ 100) อ่างล้างมือสะอาด ไม่มีคราบสกปรก (ร้อยละ 98.1) พื้นห้องน้ำและห้องส้วมแห้งสะอาด ไม่มีกลิ่น ไม่มีคราบสกปรก และไม่มีกลิ่นเหม็น (ร้อยละ 98.1) มีแสงสว่างเพียงพอ (ร้อยละ 95.8) และอากาศถ่ายเทได้สะดวก (ร้อยละ 92.3) มีสบู่สำหรับล้างมือข้างอ่าง (ร้อยละ 89.4) มีจำนวนก๊อกน้ำล้างมือโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 1 จุดต่อเด็ก 10 คน

และมีขนาดระดับความสูงเหมาะสมกับเด็ก (ร้อยละ 77.2) มีจำนวนโถส้วมถ่ายอุจจาระโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 1 โถต่อเด็ก 10-12 คน และมีขนาดเหมาะสมกับตัวเด็ก (ร้อยละ 71.4) มีการจัดแยกห้องน้ำห้องส้วมออกจากกัน (ร้อยละ 71.1) และแยกห้องส้วมสำหรับเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิง (ร้อยละ 39.5) มีผ้าเช็ดมือประจำตัวเด็กแต่ละคนซักทำความสะอาดทุกวัน (ร้อยละ 55.0) มีการแยกห้องส้วมสำหรับเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิง (ร้อยละ 39.5) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ลักษณะสิ่งแวดล้อมภายในห้องน้ำและห้องส้วมเด็กของศูนย์เลี้ยงเด็ก (n=311)

ห้องน้ำและห้องส้วมเด็ก	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. น้ำใช้สะอาดไม่มีกลิ่นตะกอนภาชนะกักเก็บน้ำต้องสะอาด มีฝาปิดมิดชิด	311 (100.0)	0 (0.0)
2. อ่างล้างมือสะอาดไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น	305 (98.1)	6 (1.9)
3. ฝาผนังพื้นห้องแห้งสะอาด ไม่ลื่น ไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น	305 (98.1)	6 (1.9)
4. แสงสว่างมีความเพียงพอ	298 (95.8)	13 (4.2)
5. อากาศถ่ายเทสะดวก มีช่องลม	287 (92.3)	24 (7.7)
6. มีสบู่ สำหรับล้างมือข้างอ่าง (สบู่ก้อน/สบู่เหลว)	278 (89.4)	33 (10.6)
7. มีจำนวนก๊อกที่ล้างมือโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 1 จุดต่อเด็ก 10 คน และมีขนาดเหมาะสมกับเด็ก	240 (77.2)	71 (22.8)
8. มีจำนวนโถส้วมถ่ายอุจจาระโดยเฉลี่ยอย่างน้อย 1 โถต่อเด็ก 10-12 คน และมีขนาดเหมาะสมกับตัวเด็ก	222 (71.4)	89 (28.6)
9. ห้องน้ำและห้องส้วมแยกจากกัน	221 (71.1)	90 (28.9)
10. มีผ้าเช็ดมือประจำตัวเด็กแต่ละคนและซักทำความสะอาดทุกวัน	171 (55.0)	140 (45.0)
11. มีการแยกห้องส้วมสำหรับเด็กผู้ชายและเด็กผู้หญิง	123 (39.5)	188(60.5)

2.4 ห้องประกอบอาหาร พบว่า มีตู้เย็น สำหรับรักษาความสดของอาหาร (ร้อยละ 100) มีอ่าง สำหรับล้างอาหาร แยกจากอ่างที่ใช้ทำกิจกรรมกับเด็ก (ร้อยละ 100) มีการจัดแยกถังขยะเปียกและถังขยะแห้งมีฝาปิดมิดชิดไม่รั่วซึม (ร้อยละ 97.1) สภาพแวดล้อมภายในห้องประกอบอาหารมีแสงสว่างเพียงพอและแสงแดดส่องถึง (ร้อยละ 93.2) พื้นแห้งสะอาด ฝาผนังไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น (ร้อยละ 92.6) มีสบู่ สำหรับล้างมือ ข้างอ่าง (ร้อยละ 90.7) ด้านอุปกรณ์เครื่องครัว พบว่าเชียง มีด อยู่ในสภาพดี สะอาด (ร้อยละ 89.4) โต้ะเตรียมอาหารมีความ

สะอาด ไม่มีคราบสกปรก และสูงจากพื้นมากกว่า 60 เซนติเมตร (ร้อยละ 85.2) อากาศถ่ายเทสะดวก มีพัดลมดูดอากาศ หน้าต่าง หรือช่องลมระบายอากาศ (ร้อยละ 82.9) มีตู้สำหรับเก็บอาหารที่สามารถ ป้องกันแมลงและสัตว์นำโรค (ร้อยละ 79.1) อ่างมีความสะอาด ไม่มีคราบสกปรก มีการระบายน้ำดี (ร้อยละ 70.7) และพบว่าไม่มีศูนย์เลี้ยงเด็กแห่งใดจัด ให้มีผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่สะอาดไว้ข้างอ่าง ล้างมือ และไม่พบภาชนะสำหรับทิ้งผ้าเช็ดมือไว้ในห้อง ประกอบอาหาร รายละเอียดตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ลักษณะสิ่งแวดล้อมภายในห้องประกอบอาหารของศูนย์เลี้ยงเด็ก (n=311)

ห้องประกอบอาหาร	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. มีตู้เย็นสำหรับรักษาความสดของอาหาร	311 (100.0)	0 (0.0)
2. มีอ่างสำหรับล้างอาหาร และภาชนะประกอบอาหาร แยกจากอ่างที่ใช้ทำกิจกรรมกับเด็ก	311 (100.0)	0 (0.0)
3. มีถังขยะแยกอาหารเปียก จากขยะแห่งที่มีฝาปิดมิดชิดไม่รั่วซึม	302 (97.1)	9 (2.9)
4. มีแสงสว่างเพียงพอแสงแดดส่องถึง	290 (93.2)	21 (6.8)
5. พื้นห้องแห้งสะอาด ฝาผนังไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น	288 (92.6)	23 (7.4)
6. มีสบู่ สำหรับล้างมือข้างอ่าง (สบู่ก้อน/สบู่เหลว)	282 (90.7)	29 (9.3)
7. เขียง มีด อยู่ในสภาพดี สะอาด แยกใช้ตามประเภทของอาหาร	278 (89.4)	33 (10.6)
8. โต๊ะเตรียมอาหารสะอาดไม่มีคราบสกปรกและสูงจากพื้นมากกว่า 60 เซนติเมตร	265 (85.2)	46 (14.8)
9. มีอากาศถ่ายเทสะดวก มีพัดลมดูดอากาศ หน้าต่าง หรือช่องลม สำหรับระบายอากาศ	258 (82.9)	53 (17.1)
10. มีตู้สำหรับเก็บอาหารที่สามารถป้องกันแมลงและสัตว์นำโรค	246 (79.1)	65 (20.9)
11. อ่างสำหรับล้างอาหารไม่มีคราบสกปรกมีการระบายน้ำดี	220 (70.7)	91 (29.3)
12. มีผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่สะอาดไว้ข้างอ่างล้างมือ สำหรับใช้ 1 คนต่อ 1 ครั้ง	0 (0.0)	311 (100.0)
13. มีภาชนะสำหรับทิ้งผ้าเช็ดมือที่ใช้แล้วจัดเตรียมไว้ในห้อง	0 (0.0)	311 (100.0)

2.5 สถานที่รับประทานอาหารพบว่า มีการจัดเตรียมน้ำดื่มที่สะอาด ภาชนะบรรจุน้ำสะอาดมีฝาปิดมิดชิดไม่มีคราบสกปรก และตั้งอยู่สูงจากพื้นมากกว่า 60 เซนติเมตร (ร้อยละ100) มีแก้วนํ้าดื่มเฉพาะตัวเด็กครบทุกคน มีการทำความสะอาดทุกวัน และจัดเก็บให้สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร (ร้อยละ 95.5) มีสถานที่รับประทานอาหารเป็นสัดส่วน (ร้อยละ 87.5) มีแสงสว่างเพียงพอ

(ร้อยละ 87.5) อากาศถ่ายเทสะดวก มีพัดลม หน้าต่าง หรือช่องลมระบายอากาศ (ร้อยละ 87.5) ลักษณะพื้นห้องรับประทานอาหารสะอาด ฝาผนังสะอาดไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น (ร้อยละ 87.5) ไม่มีแมลงและสัตว์รบกวน (ร้อยละ 87.5) มีโต๊ะ เก้าอี้ สำหรับรับประทานอาหารเหมาะสมกับตัวเด็ก (ร้อยละ 86.2) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ลักษณะสิ่งแวดล้อมสถานที่รับประทานอาหารเช้าของศูนย์เลี้ยงเด็ก(n=311)

สถานที่รับประทานอาหารเช้า	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. น้ำดื่มมีคุณลักษณะดังนี้ - คุณภาพของน้ำดื่ม: ไส้สะอาดไม่มีตะกอน - ภาชนะบรรจุน้ำ : สะอาดมีฝาปิดมิดชิด ก๊อกน้ำหรือทางเทริน้ำเปิดปิดได้ ไม่มีคราบสกปรก/ตะไคร่น้ำและตั้งอยู่สูงจากพื้นมากกว่า 60 เซนติเมตร	311 (100.0)	0 (0.0)
2. มีแก้วนํ้าดื่มเฉพาะตัวเด็กครบทุกคนทำความสะอาดทุกวัน และจัดเก็บให้สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร	297 (95.5)	14 (4.5)
3. มีสถานที่รับประทานอาหารเช้าเป็นสัดส่วน	272 (87.5)	39 (12.5)
4. แสงสว่างมีความเพียงพอ	272 (87.5)	39 (12.5)
5. อากาศถ่ายเทสะดวก มีพัดลม หน้าต่าง หรือช่องลมระบายอากาศ	272 (87.5)	39 (12.5)
6. พื้นห้อง ฝาผนังสะอาดไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น	272 (87.5)	39 (12.5)
7. สถานที่สะอาดไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีแมลงและสัตว์รบกวน	272 (87.5)	39 (12.5)
8. ขนาดโต๊ะ เก้าอี้ มีความเหมาะสมกับตัวเด็ก	268 (86.2)	43 (13.8)

2.6 ห้องพยาบาลพบว่า มีศูนย์เลี้ยงเด็กที่มีห้องพยาบาลแยกออกจากห้องอื่น ๆ ทั้งหมดจำนวน 38 ศูนย์ (ร้อยละ 12.2) สภาพแวดล้อมมีแสงสว่างเพียงพอและมีอากาศถ่ายเทสะดวก มีหน้าต่าง หรือช่องลมระบายอากาศ (ร้อยละ 12.2) ลักษณะโครงสร้างภายในห้องพบว่า พื้นห้อง ฝาผนังสะอาดไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น (ร้อยละ 12.2) มีการจัดเก็บตู้เก็บขยะอยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 1.5 เมตร (ร้อยละ 12.2) มีอุปกรณ์สำหรับวัดไข้ (ร้อยละ 12.2) มีชุดสำหรับทำแผลได้แก่สำลี ผ้าก๊อช พลาสเตอร์ปิดแผล

น้ำยาทำความสะอาดแผล (ร้อยละ 11.6) มีเตียงนอนสำหรับเด็กจัดห่างกันอย่างน้อย 3 ฟุต (ร้อยละ 9.6) และมีการติดมุ้งลวดที่ประตูและหน้าต่าง (ร้อยละ 7.1) มีอ่างล้างมือประจำห้องพยาบาล มีสบู่ (สบู่ก้อน/สบู่เหลว) สำหรับล้างมือข้างอ่าง และอ่างล้างมือมีความสะอาดไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น (ร้อยละ 3.2) พบว่าไม่มีศูนย์เลี้ยงเด็กแห่งใดจัดให้มีผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่สะอาดไว้ข้างอ่างล้างมือ และไม่พบภาชนะสำหรับทิ้งผ้าเช็ดมือไว้ในห้องพยาบาล รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ลักษณะสิ่งแวดล้อมภายในห้องพยาบาลของศูนย์เลี้ยงเด็ก (n=311)

ห้องพยาบาล	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. มีห้องพยาบาลเป็นสัดส่วน	38 (12.2)	273 (87.8)
2. แสงสว่างเพียงพอและแสงแดดส่องถึง	38 (12.2)	273 (87.8)
3. อากาศถ่ายเทสะดวก มีหน้าต่าง หรือช่องลมระบายอากาศ	38 (12.2)	273 (87.8)
4. พื้นห้อง ฝาผนังสะอาดไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น	38 (12.2)	273 (87.8)
5. มีตู้เก็บขยะอยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 1.5 เมตร	38 (12.2)	273 (87.8)

ตารางที่ 7 ลักษณะสิ่งแวดล้อมภายในห้องพยาบาลของศูนย์เลี้ยงเด็ก (n=311) (ต่อ)

ห้องพยาบาล	มี	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
6. มีอุปกรณ์วัดไข้	38 (12.2)	273 (87.8)
7. มีชุดทำแผล ได้แก่ สำลี ผ้ากอซ พลาสเตอร์ปิดแผล น้ำยาทำความสะอาดแผล	36 (11.6)	275 (88.4)
8. เตียงนอนสำหรับเด็กจัดห่างกันอย่างน้อย 3 ฟุต	30 (9.6)	281 (90.4)
9. มีถึงขยะที่มีฝาปิด ไม่รั่วซึม	27 (8.7)	284 (91.3)
10. มีมุ้งลวดติดที่ประตูและหน้าต่าง	22 (7.1)	289 (92.9)
11. มีอ่างล้างมือประจำห้อง	10 (3.2)	301 (96.8)
12. มีสบู่ สำหรับล้างมือข้างอ่าง (สบู่ก้อน/สบู่เหลว)	10 (3.2)	301 (96.8)
13. อ่างล้างมือสะอาดไม่มีคราบสกปรกไม่มีกลิ่นเหม็น	10 (3.2)	301 (96.8)
14. มีผ้าเช็ดมือหรือกระดาษเช็ดมือที่สะอาดไว้ข้างอ่างล้างมือ	0 (0.0)	311 (100.0)
15. มีภาชนะสำหรับทิ้งผ้าเช็ดมือที่ใช้แล้วจัดเตรียมไว้ในห้อง	0 (0.0)	311 (100.0)

อภิปรายผล

ศูนย์เลี้ยงเด็กที่เปิดให้บริการส่วนใหญ่เป็นศูนย์ขนาดเล็ก เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านสถานที่ สอดคล้องกับระยะเวลาการก่อตั้งส่วนใหญ่ก่อตั้งมานานกว่า 25 ปี ศูนย์เลี้ยงเด็กที่ตั้งอยู่ในชุมชน วัด ในอาคารสงเคราะห์และในแหล่งก่อสร้างส่วนใหญ่ เป็นสถานที่ส่วนบุคคลที่มีผู้บริจาคหรือแบ่งพื้นที่ให้ เปิดดำเนินการแต่ไม่อนุญาตให้ต่อเติมเสริมแต่งสถานที่หรือขยายสถานที่ได้⁽¹⁶⁾ สำหรับอัตราส่วนของผู้ดูแลเด็ก 1 คนต่อเด็ก 11-15 คนเป็นไปตามมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์เลี้ยงเด็ก จากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2546⁽¹⁷⁾ ได้มีการกำหนดจำนวนครูผู้ดูแลเด็กให้เป็นไปตามสัดส่วน 1:20 (ครู:นักเรียน) หากมีเศษตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปให้เพิ่มครูผู้ดูแลเด็กอีก 1 คนและกำหนดชั้นเรียนห้องละไม่เกิน 20 คน ทั้งนี้การกำหนดสัดส่วนของผู้ดูแลเด็กต่อจำนวนเด็กขึ้นอยู่กับพิจารณาจากผู้บริหารศูนย์เลี้ยงเด็ก จากผลการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลเด็กในศูนย์เลี้ยงเด็กบางแห่งไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลเด็กเพียงอย่างเดียว ยังทำหน้าที่เสริมเป็นผู้ประกอบอาหารและทำความสะอาดอาคารสถานที่ เนื่องจากศูนย์เลี้ยงเด็กในพื้นที่ศึกษาไม่ได้มีอัตราจ้างผู้ประกอบอาหารและ

คนทำความสะอาดอาคารสถานที่แยกออกจากหน้าที่ดูแลเด็ก แต่จะให้ผู้ดูแลเด็กผลัดเปลี่ยนเวรกันประกอบอาหารและดูแลทำความสะอาดสถานที่ที่อาจส่งผลต่อความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคจากผู้ดูแลเด็กไปสู่เด็กหากผู้ดูแลเด็กกละเลยในเรื่องความสะอาดและสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี^(5,15,16,18)

จากการศึกษาการแบ่งแยกพื้นที่กิจกรรมพบว่า ศูนย์เลี้ยงเด็กที่มีการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยไม่ได้ตามมาตรฐานด้านอาคารสถานที่⁽¹⁵⁾ สาเหตุเนื่องจากสถานที่จัดตั้งศูนย์เลี้ยงเด็กส่วนใหญ่มีขนาดเล็กมีเนื้อที่จำกัดบางแห่งเป็นห้องเช่าเล็กๆ 1 ห้องหรือเป็นสถานที่ที่บริจาคในชุมชนทำให้ไม่สามารถต่อเติมห้องหรือแบ่งแยกห้องกิจกรรม ห้องนอน หรือห้องพยาบาลได้ แต่ผู้ดูแลเด็กมีการแก้ปัญหาการแบ่งแยกพื้นที่กิจกรรม โดยแบ่งแยกกิจกรรมการเรียน การเล่นเกม การรับประทานอาหาร และการนอนสำหรับเด็กโดยใช้พื้นที่เดียวกันแต่ต่างเวลาและปรับเปลี่ยนวัสดุอุปกรณ์ตามความเหมาะสมของช่วงเวลา

การจัดให้มีอ่างล้างมือประจำห้องและอุปกรณ์สำหรับล้างมือประจำอ่าง ได้แก่ สบู่ ผ้าเช็ดมือ กระดาษเช็ดมือ และภาชนะสำหรับทิ้งผ้าเช็ดมือ พบว่า

ศูนย์เลี้ยงเด็กร้อยละ 98.4 ไม่มีอ่างล้างมือและอุปกรณ์ล้างมือครบตามมาตรฐานการดำเนินงาน ศูนย์เลี้ยงเด็ก⁽¹⁵⁾ จะเห็นได้ว่าปัญหาเกี่ยวกับอุปกรณ์การทำความสะอาดมือในศูนย์เลี้ยงเด็กไม่เพียงพอต่อการใช้งาน เนื่องจากข้อจำกัดในการจัดสรรงบประมาณด้านวัสดุอุปกรณ์ในการทำความสะอาดมือและข้อจำกัดในเรื่องการต่อเติมอุปกรณ์เครื่องใช้ภายในอาคารสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tizza⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมกรล้างมือของผู้ดูแลเด็กในสถานเลี้ยงเด็กประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 75 มีพฤติกรรมการละเลยในการล้างมือก่อนและหลังสัมผัสเด็ก ซึ่งปัจจัยหนึ่งในการละเลยการล้างมือคือขาดแคลนอุปกรณ์ในการล้างมือ เช่น อ่างล้างมือมีจำนวนน้อย สบู่ก้อนล้างมือแข็งในภาชนะ และผ้าเช็ดมือไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารศูนย์เลี้ยงเด็กควรเห็นความสำคัญและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์/เครื่องมือในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็ก เช่น สบู่ น้ำยาทำความสะอาดมือ ผ้าเช็ดมือ กระดาษเช็ดมือ เป็นต้น
2. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดอบรมให้ความรู้กับผู้ดูแลเด็กโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. จัดกิจกรรมรณรงค์ปลูกฝังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลความสะอาดอุปกรณ์ของใช้ของเด็ก ผ้าเช็ดมือ ผ้าเช็ดหน้า เป็นต้น

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ไมลาอิสสระสงคราม. การสำรวจสภาพแวดล้อมของศูนย์เลี้ยงเด็กในพื้นที่เขตเมือง, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2559; 1(1): 29-39.

Suggested Citation for this Article

Issarasongkhram M. Survey the environment of the daycare centers in urban areas, Institute for Urban Disease control and Prevention Journal 2016; 1(1): 29-39.

เอกสารอ้างอิง

1. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2546.
2. กระทรวงแรงงาน. ศูนย์เลี้ยงเด็ก.[เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2559]; เข้าถึงได้จาก: http://www.mol.go.th/employee/center_children
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว; 2555.
4. สถิติการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. ข้อมูลศูนย์เลี้ยงเด็กในประเทศไทย. [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2559]; เข้าถึงได้จาก: <http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport-FullScreen.aspx?reportid=1029&template=2R2C&yeartype=M&subcatid=20>
5. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: อสารักขาตินแดน; 2552.
6. วลัยลักษณ์ ชันทา. การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
7. รุ่งกาญจน์ ออมสิน. การพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลเด็ก เพื่อลดอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัย ในสถานเลี้ยงเด็กกลางวัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.

8. สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก (สำหรับครูและผู้ดูแลเด็ก). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2554.
9. Li Hai-feng, ZOU Yan, JIN Pei-gang, JIN Hong-xing. Risk Factors for Recurrent Respiratory Infections in Preschool Children in China. *Iran J Pediatr* 2013;24(1):14-22.
10. Tizza P., Zomer A. hand hygiene intervention to decrease infections among children attending day care centers: design of a cluster randomized controlled trial. *BMC Infectious Diseases* 2013; 13:259.
11. Dong-Hee Kim. Environmental Factors Related to Enterobiasis in a Southeast Region of Korea. *Korean J Parasitol* 2013; 51(1):139-142.
12. บังอร ฉางทรัพย์. ความชุกของโรคพยาธิเส้นด้ายในเด็กชุมชนคลองเตยเขตคลองเตยกรุงเทพมหานคร. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2546;21(3):203-208.
13. สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค. สรุปสถานการณ์ปี 2557. [เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2559]; เข้าถึงได้จาก: http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y57/d71_0757.pdf
14. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. หลักสูตรวิชาการระดับ 1. กรุงเทพฯ: ภาควิชาโรคติดต่อวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
15. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. คู่มือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: อสารักษาดินแดน; 2552.
16. สำนักพัฒนาสังคมกรุงเทพมหานคร. ข้อมูลศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: กองนโยบายและแผนงาน; 2558.
17. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ. คู่มือหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยพุทธศักราช 2546 (สำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี). กรุงเทพฯ: CURUSA; 2546.
18. กองกายภาพและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือมาตรฐานโรงอาหาร และการประเมินคุณภาพด้านสุขาภิบาลอาหารของมหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการมาตรฐานร้านค้าและโรงอาหาร มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา; 2555.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาหลักสูตรนานาชาติเรื่อง International Training Course on Comprehensive
Pediatric HIV/AIDS Care Management และการประเมินผลการฝึกอบรม
International Development of the Training Course Curriculum Title

“Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management” and Evaluation a Pilot Training Course

ธนพรรณ ฟองศิริ¹, รัตน์ศิริ ทาโต², เพญพัทตร์ อุทิศ²

¹สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Tanaphan Fongsiri¹, Ratsiri Thato², Penpaktr Uthis²

¹Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control

² Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของหลักสูตร
อบรมนานาชาติเรื่อง “Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management” การพัฒนาหลักสูตรแบ่งเป็น
4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสำรวจความต้องการฝึกอบรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจความต้องการพัฒนา
ศักยภาพการดำเนินงานด้านเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่างคือผู้ปฏิบัติงานด้านเอดส์ที่มาเข้าร่วมประชุมนานาชาติ
เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 18 ณ กรุงเวียนนา ออสเตรีย 2) ขึ้นพัฒนาหลักสูตร โดยกำหนดประเด็น หัวข้อ โครงสร้าง
เนื้อหาหลักสูตร วิธีการอบรม ระยะเวลาอบรมตามแบบสำรวจความต้องการฝึกอบรมที่ได้ 3) ขั้นตอนลองใช้
หลักสูตร โดยจัดฝึกอบรมนำร่อง 4) ประเมินประสิทธิผลของหลักสูตร โดยใช้แบบประเมินความรู้ ก่อนและ
หลังการอบรม เปรียบเทียบกัน การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร และความพึงพอใจต่อการจัดอบรม
ผลการศึกษา พบว่า ขั้นที่ 1 จากการสำรวจความต้องการเข้าอบรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 95.70 สนใจ
ในประเด็น การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเด็กและเยาวชน มากที่สุด ความสนใจ
ในอันดับรองลงมาคือ การดูแลรักษาเอชไอวีและเอดส์ อย่างไรก็ตามเนื่องจาก ศูนย์ฝึกอบรมนานาชาติด้าน
โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้มีหลักสูตรการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศ
สัมพันธ์อยู่แล้ว และมีการจัดอบรมหลักสูตรดังกล่าวเป็นประจำ จึงได้เลือกพัฒนาหลักสูตรการดูแลรักษา
เอชไอวีและเอดส์ในกลุ่มเด็กติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขั้นใหม่ ขั้นที่ 2 ได้หลักสูตรอบรมซึ่งประกอบด้วยชื่อหลักสูตร
อบรม หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลา เนื้อหาวิชา วิธีการจัดอบรม สื่อการเรียนการ
สอน และการประเมินผล ขั้นที่ 3 ขั้นตอนลองใช้หลักสูตรจัดอบรม โดยจัดอบรมระหว่างวันที่ 1-5 สิงหาคม 2554
กลุ่มตัวอย่างที่เข้าอบรมเป็นผู้รับผิดชอบดูแลเด็กติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 26 คน จาก 9 ประเทศ ขั้นที่ 4 ประเมิน
ผลหลักสูตร จากการวัดความรู้ของผู้เข้าอบรม พบว่า หลังการฝึกอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมและ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) สำหรับการประเมินความพึงพอใจใน 5 ประเด็น
ซึ่งประกอบด้วย หลักสูตรอบรมโดยรวม เนื้อหาวิชา คณะวิทยากร สื่อประกอบการอบรม และการบริหารจัดการ
ฝึกอบรม ผู้เข้าอบรมทั้งหมดมีความพึงพอใจในระดับมาก และมากที่สุด ในทุกประเด็นที่กล่าวมา ดังนั้น
ศูนย์ฝึกอบรมนานาชาติด้านโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค

และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงควรปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรให้ทันสมัย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น และขยายการจัดอบรมหลักสูตรนี้ต่ออย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งติดตามผู้เข้าอบรมว่าได้มีการนำเอาสิ่งที่เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในการทำงานหรือไม่

คำสำคัญ: หลักสูตรอบรม, การดูแลรักษาเด็กติดเชื้อเอชไอวี, การประเมินผลหลักสูตร

Abstract

The objective of this research is development of the “Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management” international course and evaluate its efficiency. The course development were divided into 4 steps: 1) collection of information regarding the demand for the training course by using a survey from the respondents, who is HIV/AIDS health care workers and attended the 18th international HIV/AIDS conference at Vienna, Austria; 2) development of topic, content, duration and methods of teaching for the training course; 3) an experimental step in which a mock class is organized; 4) evaluation of the training course which compares the knowledge of the trainees before and after taking the course, their satisfaction with the course and opinions on its suitability. The survey shows that 95.70% were particularly interested in HIV/AIDS and STDs prevention among children and youth. The second most interesting topic was shown to be “HIV Treatment and Care”. Therefore it was decided to develop a new course on “HIV Treatment and Care” in children due to the increasing of HIV/AIDS epidemic in children and the International Training Center on AIDS, TB and STIs (ITC) has already developed HIV/AIDS and STDs prevention among key population which regularly organize the training. Regarding step 2, the course objectives, target audience, duration, content and methods of teaching and evaluation were established and it was decided to emphasize visual aids in the training sessions. Pertaining to step 3, a mock course was held from 1 to 5 August 2011. This was attended by 26 health care workers in the HIV/AIDS field from nine countries who worked with children living with HIV/AIDS. In the evaluation process we found significant statistical evidence ($p - \text{value} < .001$) to infer that the trainees had gained knowledge from the training course, that they were highly satisfied with the course, the content, instructors and teaching materials and the administration of the course. Finally, we have offered suggestions on how to continuously improve the course to become more efficient, effective and organized and how to better evaluate and monitor participants whether they can apply knowledge and experiences gained from the course to improve their work.

Keywords: Training Curriculum, HIV/AIDS treatment and care in children, course evaluation

Introduction

From the onset of the HIV/AIDS epidemic, children around the world have been directly and indirectly affected by the disease. WHO (2011)⁽¹⁾ has warned that hundreds of thousands of children across the world become infected with HIV every year. In 2010, an estimated 2.7 million people around the world were newly infected with HIV, of which as estimated 390,000 were children. In Thailand, children under 15 years have been increasingly affected by this potentially fatal sickness. Considering only this age group, from September 1984 to February 28, 2011 there were 18,057 cases of accumulative AIDS reported in Thailand (Bureau of Epidemiology, 2011).⁽²⁾ The exact number of children infected with HIV is assumed to be much higher than the reported cases.⁽²⁾

After children are infected they experience with tremendous life threatening conditions and suffering caused by the disease itself as well its effects on their growth and development. HIV infected children are likely to progress to full-blown AIDS more quickly than adults.

Currently, the development of special treatment and care for children with HIV/AIDS is globally challenging. To provide efficient, high quality of care to lessen the suffering of these children and their families, it is necessary that physicians, nurses and other health care providers working with children with HIV/AIDS receive specialized training. In order to serve this demand the International Training Center (ITC) on AIDS, TB and STIs, Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Thailand, has developed an international training course curriculum

entitled “Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management”. The curriculum was developed based on the need of countries facing problems with HIV pediatric care and utilizes successful models developed in Thailand as recommended in good practices for pediatric HIV/AIDS care.

Objectives

1. To assess what kind of training curriculum is needed relating to HIV/AIDS issues.
2. To develop/create a new and appropriate training curriculum based on the assessment.
3. To implement the training curriculum.
4. To evaluate the new training curriculum on Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management.

Methodology

This study described a research and development (R&D) project which focuses on developing on training curriculum to improve the capacity/efficacy of health care workers relating to HIV/AIDS issues.

It is important that the training course curriculum responds to the needs and interests of those who will be learning these methods. Therefore the researchers endeavored to utilize appropriate concepts to create and develop the core curriculum, training course, and evaluation of the program according to the guidelines of the research study. The methodology can be summarized as follows:

1. Surveying what kind of training is needed prior to creation and development of the new curriculum
2. Creating and developing the curriculum according to the needs of the learners

3. Testing the training course curriculum
4. Evaluating the effectiveness of the course curriculum and training program.

1. Surveying the basic information and what kind of training is needed prior developing a new curriculum.

Prior to developing the course curriculum and training course to fit healthcare needs and demands, the research team distributed a packet of questionnaires titled “Training Needs Assessment Form” that would be used to survey and to collect the information and data regarding the training needed for improving and evaluating the working capacity/efficacy of individual staff. The “Training Needed Assessment Form” packet was distributed to health workers who attended the 18th International AIDS conference held from July 18 – 23, 2010 in Vienna, Austria. Packets were distributed and collected from participants and analyzed the data for developing a curriculum.

2. Creating and developing a course curriculum according to needs of learners.

In creating and developing a course curriculum, our team of researchers studied an extensive compilation of documents related to HIV/AIDS treatment and care in children. Furthermore, experts in the respective fields were invited to brainstorm and develop the curriculum, starting with defining the course goals, target audiences, details to be covered and appropriate modules. These experts also helped determine the learning objectives of each module and the time required, training materials needed and evaluation process for each module.

3. Testing of training course curriculum.

The team of experts helped to determine that the target audience is health care workers who

have experience working with children infected/affected by HIV/AIDS. They also organized the training program, found suitable instructors for each module and arranged the dates and venues for training venues. The target audience was informed of the training program through channels including a newsletter, official invitation letter, website (www.itcthai.ddc.moph.go.th) and the ITC database’s email. The team of experts also cooperated with sponsors of the curriculum. Finally, they prepared the training materials, organized staff meetings and finalized the methods of training. These are: lectures, observational pre-clinic case conference, interviews with children living with HIV, case discussions, role playing, study visits, country work plan, etc.

4. Evaluating the effectiveness of the course curriculum and training program

Evaluation of the curriculum and training will be carried out by external evaluators. The components of the evaluation are content analysis, teaching methods, academic achievement and course management. The methods of the evaluation are distribution of a knowledge test, a satisfaction survey, interviews with participants, instructors and staff and through observation. Following input from external evaluators the training course curriculum will be revised and adjusted accordingly. After the training, external evaluators will analyze the evaluation results and present them at a meeting in order to make further improvements to the curriculum and training course.

Result

1. Surveying the basic information and what kind of training is needed prior to creation and development of the new curriculum.

The “Training Needed Assessment Form” was collected from participants from 65 counties and 280 working units. The total number of collected packets was 303. The results showed that most of the respondents are from government organization (121 units, 39.94%), followed by non-governmental organization (103 units, 33.99%) and others (79 units, 26.07%). The respondents were divided into their respective continents and the majority of the respondents are Africans at 165 persons or 54.46%, followed by Asia & Pacific at 102 persons or 33.36%. Ninety five respondents (31.36%) work as a program coordinator/manager, followed by physician/doctor at 73 persons or 24.09%; 47 (15.51%) of respondents work in unspecified occupations.

The results of the survey show that respondents (95.70%) were most interested in “HIV/STIs Prevention”, and in particular the sub-topic applying to children and youth. The second most interesting topic was shown to be “HIV Treatment and Care”. The top three most interesting sub-topics under the category of “HIV Treatment and Care” were Stigma and Discrimination (41.58%), Anti-retroviral therapies (38.28%), Adherence issues (32.67%) and Psychological care (27.39%) respectively.

Most interesting type of training session, responses from 303 persons indicated that they are most interested in Case discussions (44.56%), followed by Small group discussion (24.42%), Skills building session (8.58%). Clinical practicum, Lecture/presentation, Panel discussion, Role play/Simulation and Site visit respectively. Due to the increasing of HIV/AIDS epidemic in children and the ITC had already developed HIV/AIDS and STIs

prevention among key population which regularly organize the training course. By using the result of survey, the “Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management Program” was created to provide support for health care workers. It is hoped that the results of the survey will enable health care professionals and researchers working in the field of HIV/AIDS to develop a new curriculum which focuses on the specific problems associated with the infection of children and youth. Moreover, the survey has provided interesting observations on certain areas of HIV/AIDS care including Stigma and Discrimination, Anti-retroviral therapies, Adherence issues and Psychological care. These topics are therefore addressed in the curriculum. This is in line with the stated primary objective of this research to tailor the curriculum to the needs and interests of those who participate in the training sessions.

2. Creating and developing the curriculum according to the needs of the learner.

The curriculum was developed based on data gathered from the survey, and survey results were taken into consideration in determining the title, reasoning, objectives, target audience, duration, contents, topics, teaching methods, teaching tools and means of evaluation of the curriculum.

The curriculum composes of 6 modules covering updated knowledge as well as good practices which are essential for the treatment and care management of children with HIV/AIDS and their families. Moreover, in order to gain both knowledge and experience from attending this training course, lecture-based in the classroom and field visits to selected best practice sites are designed.

The structure of the training course developed by a panel of experts is divided into 6 modules as follow:

Module 1: Overview of pediatric HIV/AIDS care situation and comprehensive pediatric HIV/AIDS care (2 Hours)

Module 2: Treatment and standard of pediatric HIV/AIDS care (5 Hours)

Module 3: Psychosocial care and support (6.5 Hours)

Module 4: Performance measurement and quality improvement of pediatric HIV/AIDS care (3 Hours)

Module 5: Site visit (6 Hours)

1. Hospital at regional level
2. Hospital at community level

Module 6: Workshop on country comprehensive HIV/AIDS care program development (3 Hours)

3. Testing the training course curriculum

The training course curriculum was pilot tested for its feasibility in August 1- 5, 2011 upon the request and funding support by Thailand International Cooperation Agency or TICA of the Ministry of Foreign Affairs and United Nations Children's Fund or UNICEF. In this training, there were 26 participants from 9 countries (Nepal, Vietnam, Sri Lanka, India, Timor-Leste, Lao PDR, Philippine, Pakistan and Thailand) and one observer from UNICEF attending the course. According to participant's professional, there were 19 physicians, 3 nurses, 2 pharmacists, and 3 related professionals attending the training. Throughout the five-day training, participants have learned and participated on lectures, presentations, discussions, brainstorming, field visits at hospital in Chiangrai

province, group working, country and action plan presentation and follow with the topic and overall evaluation. Pre-test and post-test of the training were done as well.

4. Evaluating the effectiveness of the course curriculum and training program

Summary of the findings

1. Appropriateness of the training course

- **For course contents**, in general, most of speakers taught followed the outlines and contents in the modules. From topic evaluation, module 3. Psychosocial care and support had the highest mean of 4.54 (range: 1-5) followed by module 4 with the overall mean of 4.48. When looking across all modules, the question that had the highest mean is "The lecturer was well prepared and organized" with the mean of 4.32. The question that had the second highest mean is "The speaker was able to convey his/her information idea fluently" with the mean of 4.31. This suggested that participants were satisfied with all speakers in this training course.

- **For teaching methods**, in general speakers used different learning methods to enable learning atmosphere. Module 3, Psychosocial care and support had the highest mean of 4.71 followed by module 4 (4.38). These two modules used participatory learning strategies such as role play, group working and presentation. However, some modules used only a lecture-based strategy. Overall, speakers were able to convey her information/idea. In general, appropriate time was rationally allocated to each activity of the module. Overall, participants paid attention to the class/speaker and group working.

- **Site visits** to Chiangrai Prachanukroh and Phan hospitals, all participants were very satisfied with the overall satisfaction mean of 2.71 (range 0-3). A single Visual Analog Scale (VAS)⁽³⁾ was used to ask “How much you have learnt from site visit” with a range from not at all (scored 0) to very much (scored 10). The mean of VAS is 8.56 indicating that participants had learnt very much from the site visits.

2. Academic achievement

- **Knowledge:** The mean score of pre-test knowledge is 8.08 (SD=2.42) and the post-test knowledge mean score is 12.38 (S.D. = 1.98). The mean score of the post-test is significantly higher than the pre-test score ($t=7.70$, $df=25$, $p<.01$). This suggested that the Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management Course could increase participants’ knowledge.

3. Course management

- **For relevance** of the training course, all participants agreed (scored 4) and strong agreed (scored 5) that the course was relevant to their needs with the item means ranging from 4.35 to 4.47. In addition, they strongly agreed that Thailand is considered highly experienced and well equipped in conducting comprehensive pediatric HIV/AIDS care and management training in the Asian Region.

- **For effectiveness, efficiency, and impact** of the training course, the range of the item mean scores is 3.74 to 4.64. The highest mean item is “In general, I am satisfied with the study visits which were suitably arranged to reinforce optimum understanding of the topics taught in the course” with the mean of 4.64. The management that participants were satisfied the most (81.5%) were staff/organizers as well as refreshments/ snacks.

5. Revising/adjusting the training course curriculum accordingly and appropriately

The summary and evaluation meeting was conducted in March 2012. Experts who developed the curriculum, speakers and external evaluators participated the meeting. Curriculum was a bit edited and added more time for discussion on psychosocial issues and case study. The 2nd training was scheduled during 11 – 15 March 2013 and funding supported by TICA and UNICEF.

Discussion

In developing the training course titled “Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management”, the researchers distributed the “Training Needed Assessment Form” to health workers who attended the 18th International AIDS conference held from July 18 – 23, 2010 in Vienna, Austria. The completed surveys were used to assess appropriate content for the course and the demand for it. We found that respondents were most interested in HIV/STIs Prevention and in particular the sub-topic applying to children and youth. The second most interesting topic was “HIV Treatment and Care”, and the top four sub-topics under this category were Stigma and Discrimination (41.58%), Anti-retroviral therapies (38.28%), Adherence issues (32.67%) and Psychological care (27.39%) respectively. Because the course HIV/STI Prevention in Key Populations had already been developed by the ITC, it was decided to develop a specialized course focusing on HIV Treatment and Care in children. The ideas of Tyler^(4,5) and Oliva P.F.⁽⁶⁾ were integrated into the developmental process. Tyler said that before coming up with any training course, several questions should be answered (1) What educational purposes

should the school seek to attain? (2) What educational experiences can be provided which are likely to attain these purposes? (3) How can these educational experiences be effectively organized? (4) How can we determine whether these purposes are being attained? These questions may be reformulated into the familiar four-step process by which a curriculum is developed: stating objectives, selecting experiences, organizing experiences, and evaluating effectiveness.

This research is also in accordance with the work of Khanaroek S. ⁽⁷⁾ titled “Development of Training Curriculum for Technical Trainers on Breast Cancer Surveillance and Care for Thai Women”. Khanaroek proposes 4 steps in developing a training course: (1) gathering of information and surveying the target audience; (2) determination of objective, content, training material and evaluation; (3) mock training and (4) evaluation. Relating to points 3 and 4, a survey of participants in mock training sessions found that there was significant statistical evidence (p value < 0.001) that trainees had gained knowledge and were highly satisfied with the course. The course “Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management” was pilot tested to determine its feasibility in August 1- 5, 2011. The appropriate methods of teaching were determined to be lectures, presentations, discussions, brainstorming, hospital field visits, group work and country and action plan presentation. The researchers closely examined responses to the Training Need Assessment Forms to come up with the right methods of teaching for each module.

Evaluation of the training course

Researchers assessed evaluations of training personnel and curriculum (program evaluation)

by using the CIPP Model⁽⁸⁾, which relies on both quantitative and qualitative information. To obtain the latter, interviews were held with participants, instructors and staff. In evaluating the appropriateness of the course contents, teaching methods and field visits, researchers found that overall most lecturers and presenters followed the outlines and contents in the modules. In general, speakers personalized their teaching methods to facilitate and enable a learning atmosphere. Participants indicated they were well satisfied with all speakers in the training course and had learned very much from the field visits. With regard to academic assessment, we found that the Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management Course was quite effective in increasing participants’ knowledge. The mean score of the post-test was significantly higher than the pre-test score ($t=7.70$, $p<0.001$). This is in line with the results of a study by Soowit B.⁽⁹⁾, who found that a group of emergency nurses had achieved a statistically significant gain in knowledge from a relevant training course, as assessed by before and after training. With regard to course management, we found strong agreement among participants that the course was relevant to their needs, with the means of various surveyed items ranging from 4.35 to 4.47. In addition, participants strongly agreed that Thai health professionals are highly experienced in pediatric HIV/AIDS care and are well equipped to conduct the Pediatric HIV/AIDS Care Management training to improve treatment in this important area within the ASEAN Region.

Suggestion

1. The content outlines in the training package and the contents being taught should be

revised to be consistent and updated.

2. In general methods of learning were well designed to serve the purposes of the training course. However, some modules mainly used a lecture-based approach. To enhance participatory learning atmosphere, active learning methods such as role-play, case discussion, group discussion and experience sharing are recommended.

3. This training course has been initiated as a comprehensive care management which covered all essential aspects of caring for children affected by HIV/AIDS. For this reason, it is recommended that participant who is eligible to attend this course should be a member of the multidisciplinary team from hospital that be able to provide the holistic care for this population such as the general hospital or the big community hospital in an urban area.

4. Considerations for future planning regarding follow-up participants that they are able to apply the knowledge and skills gained in practice after completion of the training program and reorganization of the Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management program to be implemented on a larger scale and organized the training course regularly.

Acknowledgements

1. Expert teams who assist to develop “Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management” from Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University; Faculty of Medicine, Srinakarind Hospital, Khon Kaen University; Chiangrai Prachanukroh Hospital; Phrachomklao Petchburi Hospital; Bamrasnaradura Institute; Thailand MOPH-U.S. CDC Collaboration; Bureau of AIDS, TB and STIs.

2. Health care workers in CAN participating hospitals

3. Visiting sites : Chiangrai Prachanukroh Hospital and Phan Hospital

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ธนพรรณ ฟองศิริ, การพัฒนาหลักสูตรนานาชาติเรื่อง International Training Course on Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management และการประเมินผลการฝึกอบรม. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2559; 1(1): 40-49.

Suggested Citation for this Article

Fongsiri T, International Development of the Training Course Curriculum Title “Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management” and Evaluation a Pilot Training Course. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2016; 1(1): 40-49.

References

1. WHO: Progress report 2011: Global HIV/AIDS response – Epidemic update and health sector progress towards universal access. [cited 2016 July 21]; Available from: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/global_facts/en/
2. Bureau of Epidemiology. AIDS situation in Thailand. [cited 2016 July 21]; Available from: http://www.boe.moph.go.th/hiv/aids_situation_Sep1984-Feb2011.
3. Visual Analogue Scale. [cited 2016 August 13]; Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Visual_analogue_scale

4. Tyler R. Curriculum Development: The Tyler Model. [cited on 2016 August 13]; Available from: <https://educationalresearchtechniques.wordpress.com/2014/07/01/curriculum-development-the-tyler-model/> posted on July 1, 2014.
5. Tyler R. Basic Principles of Curriculum and Instruction. [cited on 2016 August 13]; Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Ralph_W._Tyler.
6. Oliva P. F. Developing the Curriculum. ^{3rd} ed. New York, United States of America: Harper-Collins Publishers; 1992.
7. Khanaroek S, Sathumakit J, Chanpet U. Development of Training Curriculum for Technical Trainers on Breast Cancer Surveillance and Care for Thai Women. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental 2011;34(3):73-85.
8. Stufflebeam, D. The CIPP model of evaluation. International handbook of educational evaluation. 2003. [cited 2016 Aug 13]; Available from: http://www.credoreference.com.ezproxy.lib.ucalgary.ca/entry/spredev/the_cipp_model
9. Soowit B., Thummak S., Lhaosupab N., Pitagsavaragon P. An Evaluation of Emergency Medical Service Nursing Course of Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015; 16 (2): 41-49.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

พฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ขับขีรถแท็กซี่
ในเขตกรุงเทพมหานคร

The Relationship between Health Behaviors and Stress Levels among Taxi Drivers in Bangkok

อมรชัย ไตรคุณากรวงศ์¹, ไมลา อิศสระสงคราม¹¹สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรคAmornchai Trikunakornwong¹, Mila Issarasongkhram¹¹Institute for Urban Disease Control and Prevention, Department of Disease Control

บทคัดย่อ

อาชีพขับขีรถแท็กซี่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดสูง โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มีสภาพการจราจรที่แออัด และความเร่งรีบของผู้โดยสาร รวมถึงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพกับระดับความเครียดของผู้ขับขีรถแท็กซี่ในเขตกรุงเทพมหานคร รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ขับแท็กซี่ในเขตกรุงเทพมหานคร ประเมินความเครียดด้วยแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิตและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 74 คน มีอายุเฉลี่ย 52.59±8.16 ปี มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 17.57 ดื่มสุรา ร้อยละ 32.43 และดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 50.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 45.95 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.18 และ 32.35 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปี 2559 ร้อยละ 64.86 ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.16 พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลความเครียด ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (p -value < 0.05) และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (p -value < 0.01) การสูบบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มชูกำลังมีผลต่อความเครียดของคนขับขีรถแท็กซี่ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ขับขีรถแท็กซี่มีการฟังเพลง หยุดพักเป็นบางช่วงเวลาเพื่อทดแทนการสูบบุหรี่และเครื่องดื่มชูกำลัง รวมถึงมีการตรวจสุขภาพประจำปีก่อนมีการต่อไป อนุญาตขับขีรถสาธารณะน่าจะช่วยให้ทราบถึงภาวะสุขภาพ และเป็นการประเมินปัจจัยต่อความเครียดของคนขับขีรถแท็กซี่ได้

คำสำคัญ: ความเครียด, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ขับขีรถแท็กซี่

Abstract

Taxi drivers are easily stressful while working because of traffic ingestion in Bangkok including rush of passengers and inhospitable healthy environment such long hours, lack of body motion, and other living expense problems. The purpose of this study was to investigate stress level and relationship between stress level and health behaviors of taxi drivers. Sample from this cross-sectional study was taxi drivers in Bangkok metropolis. Stress assessment questionnaire (SPST-20) used from Department of Mental Health.

The age average of 74 males was 52.59 ± 8.16 years. The finding evidences showed that 17.57% was smokers, 32.43% and 50.00% was alcohol drinking and energy drinking participants, respectively. The samples were diabetes and hypertension with 41.18 and 32.35%, respectively. Almost of samples were stress in moderate level (62.16%) and not annual health check in year 2016 (64.86%). The stress of taxi drivers were depended on health behaviors of smoking (p -value < 0.05) and energy drinking (p -value < 0.01). According to this study smoking and energy drinking may contribute to stress for taxi drivers so that health promotion by listening to relaxation music or resting for smoking and energy drinking replacement may down on stress. In addition, annual health survey before driver's license permission is help to know driver's health status and primary stress factors survey.

Keywords: stress, health behavior, taxi driver

บทนำ

อาชีพขับรถแท็กซี่ เป็นผู้ประกอบอาชีพหนึ่งที่มีปัจจัยสัมพันธ์กับความเครียด โดยมีหน้าที่หลักที่ต้องให้บริการรับส่งผู้โดยสารในกรุงเทพมหานคร⁽¹⁾ ซึ่งเป็นเมืองหลวงและเป็นเมืองใหญ่ ประชากรหนาแน่น มีรถบนท้องถนนจำนวนมาก สภาพการจราจรติดขัด ผู้ขับขี่รถแท็กซี่ต้องมีการแข่งขันเพื่อแย่งลูกค้า ซึ่งสภาพการทำงานที่ต้องใช้เวลาในการขับรถบนท้องถนนวันละหลายชั่วโมง ส่วนใหญ่ผู้ขับขี่รถแท็กซี่จะใช้เวลาในการขับรถวันหนึ่งประมาณ 1 กะ หรือ 8-12 ชั่วโมง หรือในบางครั้งมีการควงหรือขับรถควบถึง 2 กะ เพื่อหารายได้เพิ่มขึ้นให้เพียงพอต่อค่าครองชีพในแต่ละวัน^(1,2) การปฏิบัติงานที่ยาวนานบนสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยผลที่ตามมาของความเครียดคือการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ การเต้นของหัวใจและการหายใจ ความดันโลหิตสูงขึ้น ปวดศีรษะ อาจนำไปสู่โรคหัวใจ ความเครียดจะทำให้เกิดอาการด้านจิตใจ อาจทำให้เกิดความหงุดหงิด ฉุนเฉียว ความไม่พึงพอใจ ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เช่น สูบบุหรี่มากขึ้น ดื่มสุรา ตระโกนด่าทอและใช้กำลังรุนแรงกับบุคคลอื่น⁽²⁻⁴⁾ โดยจำนวนสถิติการร้องเรียนแท็กซี่ปี 2558 กรมการขนส่งได้รับการร้องเรียนจากประชาชนที่ใช้บริการรถแท็กซี่ถึงจำนวน 27,518 ราย ความผิดส่วนใหญ่ได้แก่ การปฏิเสธไม่รับผู้โดยสาร 13,056 ราย แสดงกิริยาจาไม่สุภาพ

จำนวน 3,793 ราย ไม่ส่งผู้โดยสารตามที่ตกลงจำนวน 2,694 ราย และขับรถประมาทหวาดเสียว จำนวน 2,010 ราย⁽⁵⁾ และสถิติการรับแจ้งคดีอุบัติเหตุการจราจรทางบกจำแนกตามประเภทรถพบว่า รถแท็กซี่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดเป็นอันดับสาม รองจากรถยนต์นั่งส่วนบุคคล และรถจักรยานยนต์^(6,7) จากจำนวนการร้องเรียนและการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าว จะพบว่า ปัญหาผู้ขับขี่รถแท็กซี่มีความสำคัญต่อชีวิตคนในกรุงเทพมหานครเป็นอันมาก เพราะผู้ขับขี่รถแท็กซี่ 1 คนในการขับแต่ละเที่ยวต้องรับผิดชอบชีวิตความปลอดภัย และทรัพย์สินเป็นจำนวนมาก ผลของความเครียดนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตรงให้เกิดอุบัติเหตุและความสูญเสียอย่างมหาศาลทั้งในชีวิตของผู้ขับขี่และทรัพย์สินแล้ว ประสิทธิภาพในการทำงานก็จะลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน รวมถึงผลเสียต่อสุขภาพซึ่งปัญหาดังกล่าวหากปล่อยไว้นานจะเกิดการสะสมแบบเรื้อรัง และเป็นภัยมืดที่จะคุกคามสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้ขับขี่รถแท็กซี่⁽¹⁻³⁾ ปัจจุบันแนวโน้มปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะความเครียดจากการทำงาน และพฤติกรรมสุขภาพ⁽⁸⁾ ในประเทศไทยการศึกษาถึงระดับความเครียดและพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ขับขี่รถแท็กซี่ ยังไม่พบการศึกษาที่ชัดเจน การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับ

ความเครียด และความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ กับระดับความเครียดของผู้ขับขี่รถแท็กซี่ ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร เพื่อจะได้นำไปเป็นแนวทางการ สร้างเสริมสุขภาพ หรือการรณรงค์ให้ผู้ขับขี่รถแท็กซี่ ได้ตระหนักถึงความเครียดจากการประกอบอาชีพ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ขับขี่รถแท็กซี่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 99,375 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกจากคนขับแท็กซี่ที่เข้าโครงการแกนนำทีมแท็กซี่อนามัยใส่ใจสุขภาพ เพศชาย อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทุกคนที่เข้าร่วมโครงการ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวนทั้งสิ้น 74 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และแบบวัดความเครียด (SPST-20) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71

การเก็บข้อมูลและรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือเชิญแกนนำทีมแท็กซี่ในเขต กรุงเทพมหานคร เพื่อเข้าร่วมโครงการแกนนำทีมแท็กซี่อนามัยใส่ใจสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมือง และเข้าร่วมโครงการในวันที่ 15 มิถุนายน 2559

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนโครงการฯ และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้คำตอบที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และจะบันทึกข้อมูลโดยไม่มี การระบุชื่อผู้ตอบ

แบบสอบถามแต่ละฉบับ จะใช้รหัสแทนชื่อข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมจะถูกใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แล้วส่งคืนผู้วิจัยเมื่อตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว

3. วิเคราะห์ตามแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และแจ้งผลระดับความเครียดแก่ผู้ตอบแบบสอบถามรายบุคคลทันที และให้คำแนะนำวิธีการแก้ปัญหาความเครียด

4. รวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลมาลงรหัสและวิเคราะห์ แปรผลข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อความเครียดด้วย One-way ANOVA

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ขับขี่รถแท็กซี่ พบว่ามีอายุเฉลี่ย 52.59 ± 8.16 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 32 คน (ร้อยละ 43.24) รองลงมาคืออายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 27 คน (ร้อยละ 36.49) ดังตารางที่ 1

พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 17.57) ดื่มสุรา จำนวน 24 คน (ร้อยละ 32.43) และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง จำนวน 37 คน (ร้อยละ 50.00) ดังตารางที่ 2

ประวัติการเจ็บป่วย พบว่า มีโรคประจำตัว จำนวน 34 คน ร้อยละ 45.95 ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 14 คน (ร้อยละ 41.18) รองลงมา คือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 32.35) สำหรับการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 48 คน (ร้อยละ 64.86) ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ของข้อมูลบุคคล พฤติกรรม สุขภาพ กับระดับความเครียดของผู้ขับขี่รถแท็กซี่ได้แก่ อายุ (p -value < 0.001), พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (p -value < 0.05) และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม ตารางที่ 1 ข้อมูลบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($n=74$)

ซูก้าลัง (p -value < 0.01) สำหรับพฤติกรรมการดื่มสุรา ประวัติการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของคนขับรถแท็กซี่ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ข้อมูลบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
30 - 40	4	5.41
41 - 50	27	36.49
51 - 60	32	43.24
มากกว่า 61	11	14.86
52.59±8.16 ($x \pm S.D.$)		

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ขับรถแท็กซี่ในเขตกรุงเทพมหานคร ($n=74$)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
สูบ	13	17.57
ไม่สูบ	61	82.43
การดื่มสุรา		
ดื่ม	24	32.43
ไม่ดื่ม	50	67.57
การดื่มเครื่องดื่มซูก้าลัง		
ดื่ม	37	50.00
ไม่ดื่ม	37	50.00

ตารางที่ 3 ประวัติการเจ็บป่วยและการตรวจสุขภาพประจำปี ($n=74$)

คุณสมบัติ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วย		
ไม่เจ็บป่วย	40	54.05
มีโรคประจำตัว	34	45.95
โรคเบาหวาน	14	41.18
โรคความดันโลหิตสูง	11	32.35
โรคหัวใจ	1	2.94
โรคหอบหืด	1	2.94
ภาวะไขมันในเลือดสูง	7	20.59
การตรวจสุขภาพประจำปี 2559		
ได้รับการตรวจสุขภาพ	26	35.14
ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ	48	64.86

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ข้อมูลบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ กับระดับความเครียดของผู้ขับขี่รถแท็กซี่ (n=74)

ข้อมูลบุคคล/ พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน(ร้อยละ)				n	p-value
	ความเครียด น้อย	ความเครียด ปานกลาง	ความเครียด สูง	ความเครียด รุนแรง		
อายุ (ปี)						<0.001
30 – 40	0	0	4(100.00)	0	4	
41 – 50	1(3.70)	11(40.74)	13(48.15)	2(7.41)	27	
51 – 60	1(3.13)	27(84.37)	4(12.50)	0	32	
มากกว่า 61	2(18.18)	8(72.73)	1(9.09)	0	11	
การสูบบุหรี่						<0.05
สูบ	2(15.38)	6(46.15)	3(23.08)	2(15.38)	13	
ไม่สูบ	2(3.28)	40(65.57)	19(31.15)	0	61	
การดื่มสุรา						NS
ดื่ม	4(16.67)	14(58.33)	5(20.83)	1(4.27)	24	
ไม่ดื่ม	0	32(64.00)	17(34.00)	1(2.00)	50	
การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง						<0.01
ดื่ม	4(10.81)	19(51.35)	12(32.43)	2(5.41)	37	
ไม่ดื่ม	0	27(72.97)	10(27.03)	0	37	
ประวัติการเจ็บป่วย						NS
ไม่เจ็บป่วย	3(7.50)	22(55.00)	14(35.00)	1(2.50)	40	
มีโรคประจำตัว	1(2.94)	24(70.59)	8(23.53)	1(2.94)	34	
การตรวจสุขภาพประจำปี 2559						NS
ได้รับการตรวจ	1(3.85)	21(80.76)	3(11.54)	1(3.85)	26	
ไม่ได้รับการตรวจ	3(6.25)	25(52.08)	19(39.59)	1(2.08)	48	

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ 74 คน เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดด้วยภารกิจทางเศรษฐกิจจึงไม่สะดวกในเรื่องของเวลาในการเข้าร่วมให้ข้อมูล ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางซึ่งความเครียดระดับนี้ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด อาจรู้สึกวิตกกังวลหรือกลัว ความเครียดระดับนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตราย หรือเป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต⁽⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับ Yeusuk & Joint⁽¹⁰⁾

ได้กล่าวถึงระดับความเครียดไว้ว่า ความเครียดหรือความล้า ตามความรุนแรง และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ แบ่งได้ 3 ระดับ คือ 1) ความเครียดและความล้าระดับต่ำ เป็นภาวะที่ถือว่าปกติ 2) ความเครียดและความล้าระดับปานกลางนี้ เป็นสัญญาณเตือนภัยขั้นต่ำว่าเป็นความเครียดผิดปกติแล้ว และ 3) ความเครียดและความล้าระดับรุนแรง ภาวะนี้ร่างกายและจิตใจถือว่าอยู่ในช่วงมีพยาธิสภาพหรือป่วยเป็นโรคเกิดขึ้น ผู้ที่อยู่ในภาวะนี้ต้องได้รับการรักษาจากจิตแพทย์ทันทีหากทิ้งไว้จะทำให้บุคลิกภาพแปรปรวนและเจ็บป่วยเรื้อรัง

อายุ มีความสัมพันธ์กับความเครียด โดยพบว่าผู้ขับซัลดแท็กซี่วัยหนุ่มไปถึงวัยกลางคน หรือที่เรียกว่าวัยสร้างฐานะ หรือ วัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไปจนถึง 40 ปี กลุ่มนี้ จะมีความกล้าได้กล้าเสีย มีพลังที่จะลุยงาน ทุ่มเทกับการหารายได้เพื่อให้มีเงินเพียงพอที่จะทำเรื่องต่างๆ ในอนาคต⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐา บุญมา⁽¹²⁾ ที่พบว่าพนักงานขับรถโดยสารประจำทางที่มีอายุน้อย จะมีความล่าช้าความเครียดในการทำงานมากกว่าพนักงานขับรถที่มีอายุมาก

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อาจเนื่องมาจาก คนที่สูบบุหรี่มักคิดเอาเองว่าบุหรี่ช่วยจัดการความเครียด (reward effect) และบางคนก็เลิกสูบบุหรี่ไปแล้วก็กลับไปสูบบุหรี่ใหม่เพราะเชื่อว่าบุหรี่จะช่วยรับมือกับชีวิตที่กดดันได้⁽³⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของอรรธรณ ฆ้องต่อ⁽¹³⁾ ที่พบว่าการสูบบุหรี่เรื้อรังในกลุ่มวัยรุ่น มีแนวโน้มที่จะเติบโตกลายเป็นผู้ใหญ่ที่มีความวิตกกังวล ผลการสำรวจพบว่า 31% ของวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน หรือมากกว่านี้จะมีบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล และอาจได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติด้านอารมณ์ มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม และมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นตามมาในที่สุด ผู้ขับซัลดแท็กซี่ควรได้รับคำแนะนำในการเลิกสูบบุหรี่จากคนที่รู้จักที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ หรือเพิ่มกำลังใจจากคนในครอบครัวและคนที่รัก

การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังมีความสัมพันธ์กับความเครียด โดยพบว่าผู้ขับซัลดแท็กซี่ส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการขับรถวันหนึ่งประมาณ 8-12 ชั่วโมง⁽²⁾ จะเกิดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลียง่วงนอน เครื่องดื่มชูกำลังเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ขับซัลดแท็กซี่ เครื่องดื่มชูกำลังเป็นเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของสารคาเฟอีนในปริมาณไม่เกิน 50 มิลลิกรัมต่อ 1 ขวด เครื่องดื่มชนิดนี้เน้นไปในทางด้านพลังงานซึ่งกระตุ้นการทำงานของหัวใจและสามารถก่อให้เกิดปัญหาต่อหัวใจได้ในรายบุคคล⁽⁴⁾

ข้อเสนอแนะ

ควรเก็บข้อมูลในเชิงลึกด้านอื่น ๆ เช่น ปัญหาทางสุขภาพ ลักษณะการทำงาน การทำงานเป็นกะ และภาวะทางเศรษฐกิจของผู้เข้าร่วมการศึกษาให้ครอบคลุม เสนอแนะเชิงนโยบายโดยให้คนขับรถแท็กซี่มีการตรวจสุขภาพประจำปีก่อนมีการต่อใบอนุญาตขับซัลดสาธารณะ

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

อมรชัย ไตรคุณากรวงศ์, ไมลา อิศระสงคราม. พฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ขับซัลดแท็กซี่ในเขตกรุงเทพมหานคร, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2559; 1(1): 50-56.

Suggested Citation for this Article

Trikunakornwong A, Issarasongkham M. The Relationship between Health Behaviors and Stress Levels among Taxi Drivers in Bangkok, Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2016; 1(1): 50-56.

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานเวทีสานพลังความร่วมมือ “สุขภาพความปลอดภัยของแรงงานนอกระบบสู่คุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจที่ดี” วันที่ 8-9 กุมภาพันธ์ 2559 ณ ห้องราชา 1-2 โรงแรมปรินซ์พาเลซ มหานคร กรุงเทพมหานคร. 2559.
- ณัฐจรี สุวรรณภักดิ์. แท็กซี่ ประสบการณ์คนจนเมือง. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ปีที่ 21 ฉบับที่ 3 เดือนเมษายน-มิถุนายน 2547.
- พิมภรณ์ รุ่งอาญา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของพนักงานขับรถโดยสารประจำทางขององค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม. 2558.

4. โอนทัย โภคาธิกรณ. เครื่องดื่มชูกำลัง ต้องระวัง ในคนที่เสี่ยงต่อโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/203238>
5. กรมการขนส่งทางบก. สถิติการร้องเรียน. สืบค้นจาก <http://www.dlt.go.th/th/>
6. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. สถิติการรับแจ้งคดี อุบัติเหตุการจราจรทางบก. สืบค้นจาก <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries21.html>
7. องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ. แผนกอุบัติเหตุ เขตการเดินรถแห่งหนึ่ง. 2554.
8. ปณิตธร อยู่กลิ่น. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยล้าทางจิตใจของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2558.
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/test/thaihapnew/thi54.asp>
10. Yuesuk S. and Joint. 2003. Prior Energon Comics News and psychology in the workplace. Edition 6 Bangkok ; printed invites. 2003.
11. บุญศรี นุกฤต. การพยาบาลผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์. 2548.
12. กนิษฐา บุญภา. 2556. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเมื่อยล้าในพนักงานขับรถโดยสารประจำทางขนส่งมวลชนกรุงเทพ เขตการเดินรถแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยบูรพา. 2556.
13. อรรวรรณ ช้องต้อ. บุหรี่กับ (สุขภาพจิต) วัยรุ่น. สืบค้นจาก <http://www.thailandquitline.or.th/news.php?id=57>

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข
ในจังหวัดเพชรบุรี

The Model Development to Prevention and Control Tuberculosis
for Public Health Volunteer in Phetchaburi Province

ประภา ชุ่มกมล¹¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีPrapa Chumkamon¹¹Phetchaburi Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนและศึกษาปัจจัยเงื่อนไขของการพัฒนาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม เอไอซี (Appreciation Influence Control: AIC) พื้นที่ในการศึกษาดำบลช่องสะแก อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยกระบวนการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอโดยตารางแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมานในการทดสอบสมมติฐานโดยใช้ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ระยะเวลาดำเนินการเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม 2559

ผลการวิจัยพบว่า การใช้เทคนิคเอไอซีสามารถพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน ตั้งแต่การสร้างคุณค่าให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาการวางแผนการสร้างกลวิธีที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายการสร้างแผนปฏิบัติการและการติดตามประเมินผลปัจจัยเงื่อนไขที่สำคัญในการพัฒนาแบบคือการสร้างคุณค่าให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาและรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา การจัดกระบวนการที่เอื้อต่อกระบวนการเรียนรู้ และผู้จัดกระบวนการต้องมีทักษะในการจัดกระบวนการกลุ่มตัวอย่างสามารถพัฒนาแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค ของตำบลช่องสะแก ได้ด้วยการมีส่วนร่วมของกลุ่มเองข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญกับการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเชิงการนำไปใช้ประโยชน์ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถเป็นผู้อำนวยการความสะอาดในการพัฒนาแบบ จะสามารถช่วยให้การดำเนินการควบคุมป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นภาคีเครือข่ายที่มีความสำคัญในการพัฒนาแบบงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการประสานงานในองค์การบริหารส่วนตำบลเข้ามีส่วนร่วมสำคัญในกระบวนการพัฒนาแบบเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนและสนับสนุนจากท้องถิ่น ต้องสร้างข้อตกลงร่วมกันกับอาสาสมัครสาธารณสุขในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดข้อตกลง จะทำให้เกิดการเคารพกติกา และยึดถือเป็นข้อปฏิบัติร่วมกัน

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ, ป้องกันควบคุมโรควัณโรค, อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

This research aimed to develop a model for the prevention and control of Tuberculosis by public health volunteers in the community and identify conditions, factors related to development, the effectiveness of Tuberculosis prevention and control measures. The action research was done by applying AIC (Appreciation Influence Control: AIC). The studied area was Chong Sakae sub-district of Phetchaburi Province. The data were collected by questionnaires and focus group. Descriptive statistics was used for data analysis and presented by frequency, percentage, average, standard deviation and inferential statistics applied was paired t-test. Qualitative data was done by content analysis. The study period was during January to May 2016.

The research found that AIC techniques could develop a model for prevention and control of Tuberculosis in the community. The techniques built the creation of value to raise awareness of the problem issue and initiate strategy and action plans, and monitoring and evaluation. The key success factors of the model development were to create value for volunteers, awareness and ownership of the problems. The process must be conducive learning process and must have team management skills. The sample could develop an action plan to prevent Tuberculosis with the participation of the group itself. Policy recommendations to all stakeholders need to focus on creating public engagement. Health promotion hospital officials in the health district should be facilitator in the model development, to enable the effective implementation of prevention and control measures. Sub-district Administration Organization was included in the team with a focus on the development of models for disease prevention and control in the community. A joint agreement proposed by the volunteers is important and it can ensure their commitment and attendance in every event.

Keywords: Model Development, Tuberculosis, Prevention and Control, health volunteer

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายๆ ประเทศทั่วโลก สถานการณ์วัณโรคของโลกในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกรายงานว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรคแล้ว ความชุก (prevalence) ของผู้ป่วยวัณโรคมีประมาณ 14 ล้านคน โดยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ (infection) และในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ (incidence) ประมาณ 8.8 ล้านคนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละประมาณ 1.7 ล้านคนโดยองค์การอนามัยโลก จัดลำดับประเทศไทยอยู่ลำดับที่ 18 ใน 22 ของประเทศที่มีปัญหาและจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดของโลก

ในปี พ.ศ.2555 องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 86,000 ราย ต่อปี หรือคิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 124 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ ในขณะที่ปัจจุบันจากผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานบริการสาธารณสุขของหน่วยงานอื่นๆ บางแห่ง มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของประเทศ ประมาณ 65,000 รายต่อปีโดยประมาณร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ แต่ยังมี

ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลรัฐ นอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน และมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งยังไม่เข้าถึงระบบการรักษา⁽²⁾

สำหรับสถานการณ์โรคในจังหวัดเพชรบุรี ปี พ.ศ. 2553 - 2558 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาทุกประเภท ในโรงพยาบาลของรัฐ ทุกแห่งจำนวน 358, 419, 422, 361, 409 และ 335 ราย ตามลำดับ มีอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค (Success rate) ร้อยละ 93.82, 96.15, 90.30, 89.8 และ 85.20 ตามลำดับ โดยที่สาเหตุของการรักษาที่ไม่สามารถรักษาหาย/ครบทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยขาดยาและเสียชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบรับการรักษาช้า ขาดพี่เลี้ยง กำกับการรับประทานยา การย้าย/เปลี่ยนที่อยู่ ทำให้รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมาเป็นปัญหาใหม่ เนื่องจากการแพร่ระบาดของเอชไอวี ความยากจน การอพยพย้ายถิ่นของแรงงานเคลื่อนย้าย ตลอดจนชุมชนขาดความตระหนักหรือให้ความสำคัญกับวัณโรค ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน มีความซับซ้อนมากขึ้น การใช้แนวคิดการจัดการปัญหาสุขภาพแบบเดิม โดยเน้นการค้นหาสาเหตุหลักของโรคและทำการรักษาด้วยยาไม่สามารถแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้ครอบคลุม การจัดการกับปัญหาสุขภาพจึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้ามาจัดการกับความซับซ้อนของปัญหา⁽²⁾

จากการศึกษาที่ผ่านมาในการที่จะทำให้สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการกับปัญหาวัณโรค เช่น การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร โดยพัฒนาแนวทางการควบคุม วัณโรค ดังนี้ อันดับหนึ่ง การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชนในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว อันดับที่สอง การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ อันดับที่สาม การควบคุมวัณโรคและการทำลายสิ่งปฏิจุลินในชุมชน อันดับ

ที่สี่ การประสานงานส่งต่อข้อมูลทั้งในสถานบริการและในชุมชนเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคผลจากการนำแนวทางพัฒนามาใช้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรคองค์กรในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถควบคุมวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁽³⁾และการศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน : ชุมชนเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิอำเภอสุวรรณภูมิจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมได้โครงการที่ได้ร่วมกันดำเนินการจำนวน 8 โครงการ⁽⁴⁾จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาวัณโรคผลของกระบวนการมีส่วนร่วมก่อให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึง สามารถทำให้เกิดโครงการแก้ไขปัญหาของชุมชนเอง ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม เอไอซี (Appreciation Influence Control: AIC) เป็นเทคนิคในการระดมความคิดเห็นวางแผนและการทำงานร่วมกันเน้นการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมมีบทบาทในการร่วมคิดแสดงความคิดเห็นเสริมสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกันส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมร่วมกันกำหนดแนวทางในการพัฒนาทำให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรมหรือโครงการที่ช่วยกันคิดขึ้นมา⁽⁴⁾ และกำหนดเป้าหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถจัดทำโครงการเพื่อเสนอให้องค์กรบริหารส่วนตำบลในการสนับสนุนการดำเนินการต่อไป กล่าวโดยสรุปจากสถานการณ์ปัญหาโรควัณโรค ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและแนวทางการศึกษาที่ผ่านมา การศึกษาคั้งนี้จึงศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชน จังหวัดเพชรบุรีโดยพื้นที่ทำการศึกษาในตำบลช่องสะแกอำเภอเมือง จังหวัด

เพชรบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่มีอุบัติการณ์โรคสูง โดยใน พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 5 ราย พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 12 ราย โดยคาดหวังว่าการพัฒนารูปแบบในพื้นที่ดังกล่าวจะเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาโรคในจังหวัดเพชรบุรีต่อไป จึงได้ทำการวิจัยศึกษาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้ 1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน 2. เพื่อศึกษาปัจจัยเงื่อนไขของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน 3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้เทคนิคเอไอซี Appreciation Influence Control (AIC)⁽⁵⁾ ในการสร้างรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบลช่องสะแกอำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรีใน 10 หมู่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ยินดีอาสาเข้าร่วมการศึกษาการพัฒนาแบบโดยสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมโครงการได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างน้อย 5 ปี และสามารถอ่านออกเขียนได้ โดยกำหนดอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นตัวแทนหมู่บ้านละ 2 คน รวมจำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยร่างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา

สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนบ้านในพื้นที่รับผิดชอบ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

2. แบบวัดความรู้การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค
3. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group)
4. แบบบันทึกการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่คุณลักษณะของประชากร เช่น เพศ อายุ อาชีพ รายได้ และสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ความรู้เรื่องโรคการรับรู้เกี่ยวกับโรคการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired t-test และ Wilcoxon signed-rank test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลจากการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) สรุปแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนและการทำแนวทางการพัฒนาไปสู่การทำแผนงาน/โครงการในการแก้ปัญหา รวมถึงการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (ผู้วิจัย) โดยการสังเกตจากความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นในกลุ่มของผู้เข้าร่วมโครงการในช่วงระยะเวลาการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของกระบวนการวิจัยโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปมาเป็นรูปแบบ และปัจจัยเงื่อนไขของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนโดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและทดสอบความรู้การรับรู้ และการปฏิบัติของ อาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันโรค

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนาแผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซี จัดประชุมด้วยเทคนิคเอไอซีการประชุมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงจัดประชุม 3 ครั้งตามขั้นตอนของเทคนิคเอไอซี ดังนี้

การสร้างความตระหนักในคุณค่า (Appreciation [A]) แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

A1 การเข้าใจสถานการณ์ของการป่วยเป็นวัณโรคในชุมชนและเห็นคุณค่าความสำคัญของการป้องกันวัณโรค

A2 กำหนดเป้าหมายที่คาดหวังของการควบคุมป้องกันวัณโรคการสร้างให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าทั้งตัวเองและผู้อื่นกระตุ้นและสนับสนุนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันสร้างบรรยากาศการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาาร่วมกันมีขั้นตอนดังนี้

1. ชี้แจงข้อตกลงเบื้องต้นของการประชุมตามเทคนิคเอไอซี (ให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างเสรีและการแสวงความคิดเห็นให้เป็นไปในทางสร้างสรรค์สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรไม่วิพากษ์วิจารณ์ต่อต้านความคิดเห็นของผู้อื่นแต่สามารถเพิ่มเติมความคิดเห็นของผู้อื่นได้เคารพและเห็นคุณค่าในความคิดเห็นของผู้อื่น)

2. ผู้วิจัยดำเนินการประชุมโดยให้ผู้เข้าประชุมแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่มโดยการแยกตามหมู่บ้าน กลุ่ม 1 หมู่ 1-3 กลุ่ม 2 หมู่ 4 - 6 กลุ่ม 3 หมู่ 7- 10 แล้วให้เข้าประจำกลุ่ม

3. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมประชุมทบทวนบทบาทหน้าที่การดำเนินที่ผ่านมาของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยกำหนดประเด็นคำถามให้แต่ละกลุ่มระดมสมองว่าที่ผ่านมาอาสาสมัครสาธารณสุขได้ทำอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันวัณโรคเพื่อให้สมาชิกเห็นคุณค่าความสำคัญของสมาชิกในกลุ่ม

4. ผู้วิจัยสรุปบทเรียนที่ได้จากการทำกิจกรรมที่มีใจความว่า “ในการดำเนินกิจกรรมใด ๆ นั้นสมาชิกทุกคนมีความสำคัญที่จะช่วยให้งานสำเร็จลงได้”

5. ผู้วิจัยนำเสนอสถานการณ์ปัญหาและผลกระทบของการป่วยเป็นวัณโรคในชุมชน

6. ผู้วิจัยให้แต่ละกลุ่มประชุมกันต่อในประเด็นที่เชื่อมโยงจากกิจกรรมในข้อ 5, 6, และ 7 โดยใช้คำถามดังนี้ในฐานะที่ท่านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เป้าหมายในการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคเป็นอย่างไร (เป็นการกำหนดเป้าหมายที่คาดหวังในอนาคตที่ทุกคนยอมรับร่วมกันซึ่งตรงกับขั้นตอน A2)

7. ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอต่อกลุ่มใหญ่

8. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่ได้จากการนำเสนอและแจกแบบการคัดกรองวัณโรคให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนพร้อมทั้งให้ความรู้จากวีดิทัศน์ในการควบคุมป้องกันวัณโรคและประโยชน์ของการควบคุมป้องกันวัณโรค

9. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าประชุมฝึกคัดกรองวัณโรคโดยใช้แบบการคัดกรองวัณโรคโดยแบ่งหน้าที่เป็นผู้ทำการคัดกรองวัณโรค 1 คน ผู้ถูกคัดกรองวัณโรค 1 คน และผู้สังเกต 1 แล้วให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมาแนะนำเสนอต่อกลุ่มใหญ่ถึงผลการคัดกรอง (สงสัย/ไม่สงสัยวัณโรครวมถึงสรุปว่าต้องส่งเสมหะตรวจหาเชื้อวัณโรคหรือไม่) และให้บอกถึงความรู้สึกความคิดเห็นตลอดจนปัญหาที่พบในขณะที่ฝึกคัดกรองวัณโรค

10. ผู้วิจัยสรุปปัญหาที่พบจากการฝึกคัดกรองวัณโรคพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้เข้าประชุม

11. ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมพร้อมทั้งกล่าวขอบคุณผู้เข้าประชุมที่ให้ความร่วมมือในการประชุมและเกริ่นนำถึงเนื้อหาและกิจกรรมที่จะทำในลำดับต่อไปโดยแจ้งให้ผู้เข้าประชุมกลับไปคิดกิจกรรมหรือวิธีการที่จะช่วยทำให้เป้าหมายในการคัดกรองวัณโรคปอดประสบผลสำเร็จพร้อมนัดหมายการประชุมในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างกลวิธีที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย (Influence [I]) แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) การคิดหาวิธีการ หรือกิจกรรมที่ทำให้การคัดกรองวัณโรคประสบผลสำเร็จและ 2) การคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างแผนปฏิบัติการและติดตามประเมินผล (Control [C]) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ C1 การกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรมที่ร่วมกันกำหนดขึ้นและ C2 การตกลงในรายละเอียดของงานดำเนินกิจกรรมพร้อมกิจกรรมที่ใช้ในการกระตุ้นและสนับสนุนให้การควบคุมป้องกันโรคประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 5 การนำเสนอแผนต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การประชุมเพื่อนำเสนอแผนต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อนำไปสู่การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบรรจุไปในแผนของท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ 6 ดำเนินการประเมินผลอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการทดสอบความรู้การรับรู้และการปฏิบัติของ อาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันโรคหลังจากผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบผลการศึกษา

1. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน

กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข ในชุมชนโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดเอไอซี Appreciation Influence Control (AIC) ในการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโดยมีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างคุณค่าตระหนักถึงปัญหา (Appreciation [A])

1) การทบทวนการดำเนินงานและประสบการณ์การทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรค(A1)ในกระบวนการนี้เป็นกระบวนการนำความรู้การรับรู้และการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรค มาทบทวนว่าที่ผ่านมาอาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้การรับรู้และการปฏิบัติในระดับใด

โดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติ หลังจากนั้นนำผลของคะแนนที่ได้ในภาพรวมมาอภิปรายผล เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการอภิปรายพบว่า ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอาสาสมัครสาธารณสุขยังมีความเข้าใจในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เรื้อรังและเป็นได้เฉพาะที่ปอด อวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกายไม่สามารถเป็นวัณโรค เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมาวัณโรคคือโรคฝีในปอด ในเรื่องการเรียนรู้เกี่ยวกับวัณโรคพบว่าในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข มีประสบการณ์เคยป่วยเป็นวัณโรค ตลอดจนมีประสบการณ์จากคนในครอบครัวและญาติเคยป่วยเป็นวัณโรคทำให้มีความเข้าใจและรับรู้ในเรื่องวัณโรคได้เป็นอย่างดี

2) การวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานวัณโรค(A2) กระบวนการในการวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานวัณโรคเป็นกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยผลในการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

2.1 กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค
ในกลุ่มบ้านที่อาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดชอบ กระบวนการวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยงเป็นการดำเนินการให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขระดมความคิดว่าในกลุ่มบ้านที่อาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดชอบซึ่งผลจากการระดมความคิดของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ และกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคมากที่สุด

2.2 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุมป้องกันโรควัณโรคในการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครในการควบคุมป้องกันโรค พบว่าที่ผ่านมาอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่ในการไปประชาสัมพันธ์ให้กับชาวบ้านได้รับรู้ถึงโรควัณโรคตลอดจนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการดูแลการกำกับกับการกินยาของผู้ป่วยในพื้นที่ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวอาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุข

ภาพประจำตำบลเป็นผู้กำหนด

2.3 ปัญหาของการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในชุมชนในกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่ากลุ่มประชาชนบางกลุ่มในพื้นที่ยังไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเท่าที่ควรเนื่องจากลักษณะของชุมชนเป็นลักษณะกึ่งเมือง

3) กำหนดเป้าหมาย (A3) การกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกระบวนการในการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานโดยนำผลจากกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขมากำหนดเป้าหมายคือ “ตำบลช่องสะแกปลอดวัณโรค”

ระยะที่ 2 การวางแผนการสร้างกลวิธีที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย (I)

1) การคิดหาวิธีการหรือกิจกรรมที่ทำให้การคัดกรองวัณโรคประสบผลสำเร็จ (I1) ในกระบวนการนี้เป็นการระดมความคิดในการดำเนินกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมาย “ตำบลช่องสะแกปลอดวัณโรค” เกิดผลเป็นกิจกรรมหลัก ดังนี้

1.1 กิจกรรมการรณรงค์เดือนกำจัดวัณโรคโดยการประชุมชี้แจงให้อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน, รางวัลการค้นหาผู้ป่วย

1.2 กิจกรรมการประชาสัมพันธ์โดยใช้รถประชาสัมพันธ์, เสียงตามสาย, ป้ายไว้นิล, สติกเกอร์

1.3 กิจกรรมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยใช้แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยง, แนะนำการใช้หน้ากากอนามัย

2) การคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม(I2) หลังจากได้กิจกรรมและกลวิธีในการดำเนินกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายกระบวนการในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้วิธีการให้คะแนนโดยผลการ

ให้คะแนนกำหนดลำดับของความสำคัญกิจกรรมและความเร่งด่วนในการจัดกิจกรรมดังนี้ 1. คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 2. รณรงค์เดือนกำจัดวัณโรค 3. การประชาสัมพันธ์

ระยะที่ 3 การสร้างแผนปฏิบัติการและติดตามประเมินผล (Control [C])

1) การกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรมที่ร่วมกันกำหนดขึ้น(C1)ในการดำเนินการกำหนดผู้รับผิดชอบเป็นการแบ่งบทบาทที่ตามความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลักซึ่งสามารถแบ่งหน้าที่ในความรับผิดชอบ ดังนี้ ฝ่ายจัดทำโครงการ, ฝ่ายประชาสัมพันธ์, ฝ่ายคัดกรองและฝ่ายประสานงานและติดตามผล

2) การตกลงในรายละเอียดของกิจกรรม(C2)ในการตกลงรายละเอียดของกิจกรรม เป็นการวางแผนในรายละเอียดและการวางแผนในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของโครงการตามบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบ

ระยะที่ 4 กระบวนการนำเสนอแผนงานกิจกรรม

กระบวนการนำเสนอแผนงานกิจกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นการจัดประชุมร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาโรควัณโรค ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ, ตัวแทนประชาชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้นำเสนอแนวทางในการควบคุมป้องกันโรคในที่ประชุมเพื่อนำเสนอความเป็นไปได้ของการจัดกิจกรรมและการสนับสนุนของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งผลที่เกิดขึ้นเป็นแผนงานและข้อตกลงร่วมกันของภาคีเครือข่าย

ผลจากการใช้กระบวนการเอไอซี ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนสามารถสรุปเป็นรูปแบบได้ดังแผนภูมิ

การเปรียบเทียบความรู้การรับรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับวัคซีนของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้การรับรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับวัคซีนของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค

ในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 3 ด้าน โดยค่าเฉลี่ยความรู้การรับรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับวัคซีนของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปรียบเทียบความรู้การรับรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับวัคซีนของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน

	n	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	Sig.
		\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ความรู้เกี่ยวกับวัคซีน	20	17.41	0.87	18.40	1.46	-3.088	.006
การรับรู้เกี่ยวกับวัคซีน	20	22.40	2.11	23.70	2.80	2.229	.038
การปฏิบัติเกี่ยวกับวัคซีน	20	19.00	1.49	18.15	0.49	2.762	.012

3.2 แผนการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เป็นการจั

ประชุมร่วมกัน เพื่อเสนอแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคให้กับฝ่าย ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล, ผู้นำชุมชนโดยการนำเสนอแผนการจัดกิจกรรมดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แผนการจัดกิจกรรม ตำบลช่องสะแกปลอดภัย

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ	ค่าใช้จ่าย/งบประมาณ
การคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยง	กลุ่มโรคเรื้อรัง เบาหวาน, ความดัน	ทุกหมู่	ช่วงคัดกรองโรคเรื้อรัง ปีละ 1 ครั้ง	อสม.ทุกคน	รพ.สต.
1) การใช้แบบคัดกรอง					
2) แนะนำหน้ากากอนามัย	ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ, กลุ่มเสี่ยง	ทุกหมู่	ช่วงคัดกรองโรคเรื้อรัง ปีละ 1 ครั้ง	อสม.ทุกคน	สสจ.
เดินรณรงค์กำจัดวัชโรค	อสม.ทุกคน	ทุกหมู่	ต.ค.-ก.ย.	อสม./รพ.สต.	ค่าอาหารว่าง
1) ประชุมชี้แจงให้ อสม. 60 คน					
2) รางวัลค้นหาผู้ป่วย	ผู้ป่วยวัชโรค	ทุกหมู่	ต.ค.-ก.ย.	อสม./อบต.	รางวัลละ 500 บาท
ประชาสัมพันธ์					
1) รถประชาสัมพันธ์	ประชาชน	ตลาดนัด	2 วัน	อสม./อบต.	อบต.
2) เสียงตามสาย	ประชาชนทั่วไป	หอกระจายข่าว	ช่วงเช้า/เย็น สัปดาห์ละครั้ง	อสม.	สสจ./อสม
3) สติ๊กเกอร์	ประชาชนทั่วไป	ร้านค้า, รร., ศาลากลางหมู่บ้าน	ช่วงรณรงค์	อสม.	สสจ.
4) ป้ายไว้นิล	ประชาชนทั่วไป	ทุกหมู่	ช่วงรณรงค์	อสม.	สสจ.

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญที่นำมา
วิจารณ์ดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุม
โรคโดยอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนในการ
ดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกัน
ควบคุมโรคโดยใช้กระบวนการเอไอซีมาประยุกต์
ใช้ในการจัดการปัญหาโรคพบว่ากระบวนการ
ดังกล่าวสามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการของ
ชุมชนสอดคล้องกับการศึกษาของ ฟิสิชัวร์ โพธิ์ศรี⁽⁴⁾
ศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุม
โรคโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน : ชุมชน
เทศบาลตำบลสุวรรณภูมิอำเภอสุวรรณภูมิจังหวัด
ร้อยเอ็ดโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
เทศบาลตำบลสุวรรณภูมิอำเภอสุวรรณภูมิจังหวัด
ร้อยเอ็ดผลการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่ว
ร่วมได้โครงการที่ได้ร่วมกันดำเนินการจำนวน
8 โครงการซึ่งในกระบวนการเอไอซีนั้นอาสาสมัคร
สาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน⁽⁶⁾ ตั้งแต่
ในกระบวนการสร้างคุณค่าตระหนักถึงปัญหา
(Appreciation [A]) การวางแผนการสร้างกลวิธี
ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย (I) และการสร้างแผนปฏิบัติ
การและติดตามประเมินผล (Control [C])

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงาน
ป้องกันควบคุมโรคโดยอาสาสมัครสาธารณสุขใน
ชุมชนในการพิจารณาความเป็นไปได้และความเหมาะสม
ของรูปแบบโดยการให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามา
ร่วมในการให้ข้อคิดเห็นต่อแผนงานโครงการที่จัดทำ
ขึ้นเป็นกระบวนการที่สำคัญในการสร้างการยอมรับ
และการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ของภาคีเครือข่ายใน
ขณะเดียวกันรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้อาสาสมัคร
สาธารณสุขรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ ส่งผลให้การ
ดำเนินงานหรือการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนงาน
หรือโครงการเกิดประสิทธิผล⁽⁷⁾

ข้อค้นพบจากการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าลักษณะของชุมชน
กึ่งเมือง ความร่วมมือของคนในชุมชนค่อนข้างน้อย
ดังนั้นจึงต้องมีการใช้รูปแบบการประชาสัมพันธ์อย่าง
ต่อเนื่อง เพื่อทำความเข้าใจกับคนในชุมชน เพื่อให้
อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถดำเนินกิจกรรมตาม
แผนงานโครงการที่กำหนดไว้ได้การจัดกระบวนการ
เรียนรู้ให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ต้องคำนึงถึง
ข้อจำกัดของอาสาสมัครสาธารณสุขโดยเฉพาะอาสา
สมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นการ
ออกแบบกระบวนการเรียนรู้ต้องสามารถปรับให้
เหมาะสมกับวัยของอาสาสมัครสาธารณสุขการพัฒนา
เทคนิคเอไอซีไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการมี
ส่วนร่วม จำเป็นต้องพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีความรู้ ทักษะ
ในการจัดกระบวนการ

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย

ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ
กับการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเพราะภาครัฐ
เองคงไม่สามารถจัดสรรกำลังคนเพื่อดำเนินงาน
ควบคุมป้องกันโรคได้ทั่วถึง

การนำไปใช้ประโยชน์

เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ประจำตำบลต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถเป็น
ผู้อำนวยการความสะอาดในการพัฒนารูปแบบ จะสามารถ
ช่วยให้การดำเนินการควบคุมป้องกันได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นภาคีเครือ
ข่ายที่มีความสำคัญในการพัฒนารูปแบบงานป้องกัน
ควบคุมโรคในชุมชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการ
ประสานงานให้ องค์การบริหารส่วนตำบลเข้ามามีส่วน
ร่วมสำคัญในกระบวนการพัฒนารูปแบบเพื่อนำไปสู่
การขับเคลื่อนและสนับสนุนจากท้องถิ่น ต้องสร้าง

ข้อตกลงร่วมกันกับอาสาสมัครสาธารณสุขในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดข้อตกลง จะทำให้เกิดการเคารพกติกาและยึดถือเป็นข้อปฏิบัติร่วมกัน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ประภา ชุ่มกมล. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดเพชรบุรี, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2559; 1(1) : 57-66.

Suggested Citation for this Article

Chumkamon P. The Model Development to Prevention and Control Tuberculosis for Public Health Volunteer in Phetchaburi Province, Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2016; 1(1): 57-66.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Tuberculosis profile of Thailand. [cited January 18; 2013].
2. กรมควบคุมโรค. คู่มือการดำเนินงานโครงการการสร้างความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขเพื่อการควบคุมวัณโรคกรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.

3. ปรียา สันธุระวิทย์. การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวานรนิวาสอำเภอวานรนิวาสจังหวัดสกลนคร. (วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต)สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
4. พิสิษฐ์กร โพธิ์ศรี. การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมวัณโรคโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน: ชุมชนเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.2555; 12:42-50.
5. Smith William E. Organizing as a Power Process: The Creation and Testing of a Conceptual Framework and its Application to the Design of Development Projects. Dissertation. University Microfilms International, Ann Arbor; 1983.
6. อีระพงษ์ แก้วทวงษ์. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง : ประชาคม ประชาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 6 ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2543.
7. Chimbanrai, B.Treatment-seeking behavior of tuberculosis patients, and the development of intensive triad model program in Samut prakan province, Thailand. The degree of doctor of philosophy (tropical medicine) faculty of graduate studies Mahidol University; 2007.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความแตกต่างของบริการรักษาและพยาธิสภาพทางคลินิกของผู้ป่วยไข้เลือดออก
เปรียบเทียบระหว่างปีที่มีการระบาดสูงและปีที่มีการระบาดต่ำ

Differences in Medical Services Utilizations and Clinical Profiles of Adult
Thai Dengue Patients between High Epidemic and Low Epidemic Years

ดวงเดือน เทียงสันติธรรม¹, ขวัญยืน บุตรประเสริฐ¹, สุกัลักษณ์ คล้ายบุญ¹, นันทวัน วงศ์ชิตวรรณ²,
วีรวรรณ ลูวีระ²

¹โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน, ²ภาควิชาอายุรศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
Dongdean Theangsuntitam¹, Kwanyuen Putraprasert¹, Supaluck Klyboon¹, Nantawan Wongchidwan²,
Viravarn Luvira²

¹Bangkok Hospital for Tropical Diseases, ²Department of Clinical Tropical Medicine, Faculty of Tropical
Medicine, Mahidol University, Bangkok, Thailand

บทคัดย่อ

ความเข้าใจที่มีต่อพฤติกรรมการแสวงหาการรักษา จะช่วยป้องกันปัญหาความล่าช้าของการรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดผลไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยไข้เลือดออกได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความแตกต่างในระบอดวิทยา การใช้บริการทางการแพทย์ และพยาธิสภาพทางคลินิกของผู้ป่วยไข้เลือดออก ระหว่างปีที่มีการระบาดต่ำและปีที่มีการระบาดสูง โดยทำการศึกษาย้อนหลัง เปรียบเทียบข้อมูลของผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มารักษาที่โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน ระหว่างปีที่มีการระบาดสูง (พ.ศ. 2556) และปีที่มีการระบาดต่ำ (พ.ศ. 2555) ผลการวิจัยพบว่า จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม 210 คน (105 คนในแต่ละปี) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้ป่วย 2 ปีนี้ ในเรื่อง เพศ อายุ ภูมิลาเนา โรคร่วม และ เศรษฐฐานะ ค่าเฉลี่ย (mean ± S.D.) จำนวนวันที่ผู้ป่วยไปพบแพทย์ครั้งแรกนับแต่เริ่มมีไข้ในปี 2556 เร็วกว่า ปี 2555 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.67 ± 1.41 วัน ในปี 2555 และ 4.21 ± 1.57 วัน ในปี 2556 ($p = 0.03$) ผู้ป่วยไข้เลือดออกส่วนใหญ่ ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเลือกไปตรวจในครั้งแรกมากที่สุดคือ โรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะตับโต ในขณะที่ไปพบแพทย์ครั้งแรกของปี 2556 น้อยกว่าปี 2555 (5.7% เทียบกับ 20.2%, $p = 0.002$) ผู้ป่วยทั้งสองปีมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเลือดออก ไม่แตกต่างกัน โดยสรุป ผู้ป่วยไข้เลือดออกในปีที่มีการระบาดสูง มาพบแพทย์เร็วกว่าในปีที่มีการระบาดต่ำ ดังนั้นการวางแผนป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกควรเน้นเรื่องการให้การดูแลในระยะแรกของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ: ผู้ใหญ่, ไข้เลือดออก, การแสวงหาบริการดูแลรักษา, การใช้บริการทางการแพทย์, ประเทศไทย

Abstract

Understanding treatment seeking behaviours may prevent delays in proper care management and reduce unfavourable outcome in dengue patients. We aimed to determine differences in the

epidemiological characteristics, medical services utilization, and clinical profiles of dengue patients between high and low epidemic years. Thus, a single-centred retrospective study was done to compare data of dengue patients between a high (2013) and a low (2012) epidemic years. Of 210 patients from 2012 and 105 from 2013, there is no statistically significant differences in the patients per year for sex, age, residence, underlying diseases, and financial sources. The days from fever onset to the first doctor visit for 2012 and 2013 were 4.67 ± 1.41 and 4.21 ± 1.57 days, respectively ($p = 0.03$). The most common financial source used by the study subjects to pay for their medical service was the Universal Coverage (UC) Scheme and the most common first health facility of visiting was the university hospitals for both study years. Fewer percentage of patients had hepatomegaly on the first visit day in 2013 than 2012, 5.7% vs. 20.2% ($p=0.002$). The bleeding complications did not significantly differ by study years. In conclusion, dengue patients sought care significantly earlier in 2013 than in 2012 (4.21 ± 1.57 vs. 4.67 ± 1.41 days, $p=0.03$). Prevention and control programs should emphasize on early care seeking, especially in high risk populations.

Keywords: Adult, Dengue, Epidemic, Seeking care, Medical services utilization, Thailand

บทนำ

ไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย และประเทศเมืองร้อนอื่นๆ องค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามีมากกว่า 50 ล้านรายทั่วโลก ไข้เลือดออกอุบัติขึ้นทุกปีในประเทศไทย โดยจำนวนผู้ป่วยจะสูงขึ้นในฤดูฝน ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงตุลาคม^(1,2) จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีความชัดเจนถึงความแตกต่างในเรื่องระบาดวิทยา พยาธิวิทยาคลินิก และการใช้บริการทางการแพทย์ระหว่างปีที่มีการระบาดสูง (high epidemic year) และการระบาดต่ำ (low epidemic year) จากการศึกษาของ Ahmed และคณะ ในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบความแตกต่างกันในเรื่องอาการแสดงทางคลินิก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงระยะเวลา 4 ปี⁽³⁾

ในปี 2556 ประเทศไทยมีการระบาดใหญ่ของไข้เลือดออก เป็นอันดับ 2 ในประวัติศาสตร์ โดยมีรายงานผู้ป่วย 154,773 ราย ($239.5/100,000$ ประชากร)⁽¹⁾ ซึ่งเกือบจะเป็นจำนวนสองเท่าของปี 2555 ซึ่งพบผู้ป่วย 79,593 ราย ($124.6/100,000$ ประชากร)⁽²⁾ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในปี 2556 เท่ากับ 136 ราย ในขณะที่ปี 2555 มีเพียง 87 ราย

จำนวนงบประมาณที่ใช้เพื่อการป้องกันโรคในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 2.3 เท่า จากปี 2555 (ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค, 14 ตุลาคม 2558)

แม้ว่าการควบคุมลูกน้ำยุงลายและการให้ความรู้จะมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ไข้เลือดออกก็ยังเป็นสาเหตุการป่วยตายในประเทศไทย และส่งผลต่อการใช้งบประมาณอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจุบันยังไม่มี การรักษาเฉพาะสำหรับไข้เลือดออก เป็นเพียงการรักษาแบบประคับประคองด้วยการให้สารน้ำทดแทน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเลือดออก เพื่อลดความล่าช้าของการรักษาและความเสี่ยงต่างๆ ผู้ป่วยควรได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้^(4,5)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความแตกต่างในระบาดวิทยา การใช้บริการทางการแพทย์ และพยาธิสภาพทางคลินิก (อาการแสดงทางคลินิก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ) ของผู้ป่วยไข้เลือดออก ระหว่างปีที่มีการระบาดต่ำ (2555) และปีที่มีการระบาดสูง (2556)

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสเดงกีและรับการรักษาดังที่โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน (โรงพยาบาลเฉพาะทางในกรุงเทพมหานคร) ในช่วงหน้าฝน (เดือนมิถุนายน – ตุลาคม) ปี 2555-2556 ในการวิเคราะห์ Inclusion criteria ได้แก่ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ (อายุ ≥ 15 ปี) สัญชาติไทย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เดงกี และ โรคไข้เลือดออก ตามเกณฑ์ ของ WHO ปี 1997⁽⁶⁾ โดยใช้เลือดออกจะต้องมี 1) ไข้นาน 2-7 วัน 2) มีหลักฐานการมีเลือดออกง่าย 3) Thrombocytopenia ($< 100,000 \text{ cells/mm}^3$) 4) มีหลักฐานของการรั่วของพลาสมา เช่น ค่า Hematocrit สูงขึ้น $> 20\%$ หรือ ตรวจพบ ascites, pleural effusion ร่วมกับมีผลตรวจยืนยันการติดเชื้อไข้เลือดออก โดยชุดทดสอบอย่างรวดเร็ว (rapid diagnostic test) NS1Ag และ dengue IgM ของ SD Bioline

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสมมุติฐานที่ว่าผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาล อย่างน้อย 1 วัน ในปี 2556 เร็วกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในปี 2555

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างมาปีละ 105 คน รวม 2 ปี เป็น 210 ราย สถิติการวิจัยใช้ โปรแกรม Epi info V.3.5.3 ในการวิเคราะห์ continuous variable วิเคราะห์โดย t-test และ categorical variable วิเคราะห์ Chi-square test โดย p-value < 0.05 แสดงความสำคัญทางสถิติ

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะประชากร

ผู้ป่วยไข้เลือดออกทั้ง 2 ปี รวม 210 ราย ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุ ภูมิภาค โรคประจำตัว และ เศรษฐฐานะ (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ (77.1% ในปี 2555 และ 83.3% ในปี 2556, $p=0.22$) สิทธิการรักษาพยาบาลที่ใช้มากที่สุด 3 อันดับ ในปี 2555 ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (61.0%) สิทธิกรมบัญชีกลาง (21.9%) จ่ายเงินเอง (10.5%) ในขณะที่ในปี 2556 ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (57.1%) จ่ายเงินเอง (18.1%) และ สิทธิกรมบัญชีกลาง (16.2%)

ตารางที่ 1. ลักษณะประชากร ของผู้ป่วยไข้เลือดออก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน ในปี 2555 และ 2556

เนื้อหา	พ.ศ. 2555 (N=105)	พ.ศ. 2556 (N=105)	p-value
อายุ (ปี) (mean \pm S.D.)	28.0 \pm 13.9	30.9 \pm 14.1	0.14
เพศหญิง (%)	55.2	52.4	0.68
อาศัยในกรุงเทพฯ (%)	77.1	83.8	0.22
สวัสดิการรักษ (%)			
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	61.0	57.1	0.28
- สิทธิกรมบัญชีกลาง	21.9	16.2	
- จ่ายเงินเอง	10.5	18.1	
- รัฐวิสาหกิจ	5.7	4.8	
- ประกันสังคม	1.0	3.8	
มีโรคประจำตัว (%)	24.8	21.9	0.62

ตารางที่ 1. ลักษณะประชากร ของผู้ป่วยไข้เลือดออก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน ในปี 2555 และ 2556 (ต่อ)

เนื้อหา	พ.ศ. 2555 (N=105)	พ.ศ. 2556 (N=105)	p-value
จำนวนวันไปพบแพทย์ครั้งแรกนับจากวันเริ่มมีไข้ (mean±S.D.)	4.67 ± 1.41	4.21 ± 1.57	0.03
- 1-2 วัน	4.8	12.4	0.08
- 3-4 วัน	41.9	45.7	
- 5 วัน ขึ้นไป	53.3	41.9	
ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น (%)	76.2	75.2	0.87
สถานพยาบาลที่ไปรักษาครั้งแรก (%)			
- โรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง	39.0	41.9	0.22
- โรงพยาบาลเอกชน	23.8	16.2	
- คลินิกเอกชน	18.1	16.2	
- โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน	13.3	21.9	
- ศูนย์อนามัยสังกัดกรุงเทพมหานคร	2.9	3.8	
- โรงพยาบาลทั่วไป	2.9	0.0	
ระดับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก (%)			
- ไข้เดงกี	78.1	80.0	0.73
- ไข้เลือดออกเดงกี	21.9	20.0	
ผลการรักษา			
มีภาวะเลือดออก (%)	20.0	21.0	0.86
ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล (%)	96.3	93.3	0.35
จำนวนวันคลอเตียง (mean±S.D.)	3.42 ± 1.52	3.65 ± 2.02	0.36

พฤติกรรมแสวงหาบริการรักษา

ในปี 2556 (การระบาดสูง) ผู้ป่วยไข้เลือดออกเข้ารับการรักษาเร็วกว่า ปี 2555 (การระบาดต่ำ) อยู่ 0.46 วัน ค่าเฉลี่ยจำนวนวันจากเริ่มมีไข้ จนถึงวันไปพบแพทย์ครั้งแรก เป็น 4.21 ± 1.57 วัน และ 4.67 ± 1.41 วัน ในปี 2556 และ 2555 ตามลำดับ (p = 0.03) อย่างไรก็ตาม เมื่อแบ่งช่วงเวลาจากเริ่มมีไข้จนถึงเวลาไปพบแพทย์ครั้งแรก เป็น 3 กลุ่ม คือ 1-2 วัน , 3-4 วัน และ 5 วันขึ้นไป พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องพฤติกรรมแสวงหาบริการรักษา

ประมาณ 3 ใน 4 ส่วนของผู้ป่วย ถูกส่งต่อมารักษาจากโรงพยาบาลอื่น ซึ่งประเภทสถานพยาบาลที่

ผู้ป่วยไปพบแพทย์ครั้งแรก ไม่ต่างกันระหว่างปี 2555 และ 2556 สามอันดับแรกของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปใช้บริการในปี 2555 ได้แก่ อันดับ 1 เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง อันดับ 2 เป็นโรงพยาบาลเอกชน อันดับ 3 เป็นโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน ในขณะที่ ในปี 2556 อันดับ 1 เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง อันดับ 2 เป็นโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน และอันดับ 3 เป็นโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน

ในการวิเคราะห์ได้ตัด 2 ปัจจัย ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยและการซื้อยากินเองออกไป เนื่องจากได้ข้อมูลไม่ครบ

อาการแสดงทางคลินิก และ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ไม่พบความแตกต่างกันของอาการแสดงทางคลินิกระหว่างปี 2555 และ 2556 อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย ในการตรวจร่างกายแรกพบในปี 2556 พบภาวะตับโตเพียง 5.7 % ซึ่งน้อยกว่าปี 2555 ซึ่งพบ 20.2% ($p=0.002$) สัดส่วนของผู้ป่วยไข้เลือดออกที่

พบผลบวกในการตรวจ Tourniquet test ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างทั้งสองปี

ร้อยละของผู้ป่วยที่มีเกร็ดเลือดต่ำกว่า 50,000 ต่อไมโครลิตร และ ภาวะเอ็นไซม์ตับขึ้นสูงไม่แตกต่างกันระหว่างคนไข้ทั้งสองปี พบการเพิ่มขึ้นของระดับ aspartate aminotransferase (AST) และ alanine aminotransferase (ALT) ได้ถึง 90% และ 70% ของผู้ป่วย ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2. พยาธิสภาพทางคลินิก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ของผู้ป่วยไข้เลือดออก ปี 2555 และ 2556

พยาธิสภาพทางคลินิก/ ผลการตรวจของห้องปฏิบัติการ	พ.ศ. 2555 (n=105)	พ.ศ. 2556 (n=105)	2-sided p-value (Mantel-Haenszel chi square)
อาการ			
- ไข้	100% (105/105)	100% (105/105)	Undefined
- ปวดศีรษะ	84.5% (87/103)	77.9% (81/104)	0.228
- ปวดกล้ามเนื้อ	90.1% (89/98)	86.5% (90/104)	0.340
- ไอ	31.1% (32/103)	25.2% (26/103)	0.354
- คลื่นไส้	64.8% (68/105)	71.2% (74/104)	0.323
- อาเจียน	46.7% (49/105)	48.1% (50/104)	0.839
- ท้องเสีย	25.0% (26/104)	35.0% (36/103)	0.119
ลักษณะภายนอก			
- ผื่น (จากการตรวจร่างกาย)	14.3% (15/105)	8.7% (9/103)	0.212
- ตับโต	20.2% (21/104)	5.7% (6/105)	0.002
- จุดเลือดออก	14.6% (15/103)	14.3% (15/105)	0.955
- Positive tourniquet test	52.0% (13/25)	62.7% (42/67)	0.355
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
Hct (%)			
- ≤ 36	13.3% (14/105)	12.4% (13/105)	0.348
- 37-45	66.7% (70/105)	59% (62/105)	
- > 45	20.0% (21/105)	28.6% (30/105)	
Plt (/μL)			
- ≤ 50,000	40.0% (42/105)	33.3% (35/105)	0.32
- > 50,000	60% (63/105)	67.7% (70/105)	

ผลการรักษา

สัดส่วนของไข้แดงที่ กับไข้เลือดออกแดงก็ ประมาณ 4:1 ทั้ง 2 ปี อัตราการครองเตียง การเกิดภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันครองเตียงไม่แตกต่างกัน ทั้ง 2 ปี ไม่พบการเสียชีวิตในช่วงเวลาที่ทำการรักษา

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การระบาดของไข้เลือดออกในประเทศไทย ในปี 2556 นำไปสู่การให้ความสำคัญกับการวางแผน การป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมา ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่มีไข้จนถึงเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ของการระบาดของไข้เลือดออกที่จังหวัดชลบุรี ในปี 2544 เป็น 4.2 ± 1.3 วัน (mean \pm S.D.)⁽⁷⁾ และ ค่ามัธยฐาน 3.5 วัน (range 0-10) สำหรับการศึกษาที่จังหวัดกำแพงเพชร⁽⁸⁾ ในขณะที่การศึกษาจากประเทศมาเลเซีย พบว่า ค่าเฉลี่ยช่วงเวลารับการรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้านหลังมีไข้เพียงแค่ 1.4 วัน⁽⁹⁾ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกปี 2556 เข้ารับการรักษาเร็วกว่าปี 2555 (4.21 ± 1.57 วัน และ 4.67 ± 1.41 วัน ตามลำดับ; $p=0.03$) ซึ่งน่าจะอธิบายจากความตื่นตัวที่มากขึ้นอันเป็นผลมาจากการณรงค์ป้องกันไข้เลือดออกที่จัดมากขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุขในปี 2556

ประเภทของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ แปรผันตามบริบทของบริการสุขภาพที่จัดขึ้นภายในประเทศและพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วย จากการศึกษาของ กมลเนตร โธมานุรักษ์ และคณะ ในประเทศไทย เมื่อปี 2537 พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไปคลินิกเอกชนก่อน (41.8%)⁽⁵⁾ ในขณะที่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิตั้งแต่สูงก่อนในทั้งสองปี ที่ทำการรักษา ในขณะที่การศึกษาของประเทศมาเลเซีย พบว่า สถานพยาบาลปฐมภูมิที่ผู้ป่วยรับบริการบ่อยที่สุด คือ คลินิกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practice clinic) (69.7%)⁽⁹⁾ ซึ่งสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาครั้งแรก จะเป็น

เป้าหมายของการนำยุทธศาสตร์การวินิจฉัยและกระบวนการ ป้องกันควบคุมโรคมาใช้อย่างเข้มงวด⁽⁹⁾

การลดลงของเกร็ดเลือด และ ภาวะตับโต มักจะเกิดร่วมกันในช่วงระหว่างการเปลี่ยนแลงจากระยะไข้สู่ระยะวิกฤต และมักจะปรากฏในวันที่ 4-7 นับตั้งแต่วันแรกของไข้⁽¹⁰⁾ ซึ่งสามารถอธิบายการพบจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะตับโต ในปี 2555 มากกว่าปี 2556

ปัจจัยบางอย่างอาจสนับสนุนให้เกิดความแตกต่างด้านพยาธิสภาพทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น สายพันธุ์ของไวรัส กลุ่มอายุ และโรคร่วม^(7,11-13)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

การระบาดใหญ่ของไข้เลือดออก และการรณรงค์ส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สามารถเพิ่มความตระหนักถึง และการให้ความสำคัญต่อการรักษาในผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา นั้นจะเป็นจุดยุทธศาสตร์ของการให้การรักษา และคำแนะนำ เพื่อลดผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา ตลอดจนหยุดการกระจายของโรคต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษาค้นครั้งนี้คือ เป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลที่สำคัญบางอย่างขาดหายไป และเป็นการวิจัยโดยข้อมูลจากโรงพยาบาลเดียว อาจไม่สามารถนำมาประยุกต์กับสถานการณ์อื่น ๆ ได้ จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยจำนวนมากกว่านี้ และอาจทำการศึกษาไปข้างหน้าถึงพฤติกรรมการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยไข้เลือดออก

โดยสรุป ผู้ป่วยไข้เลือดออกในปีที่มีการระบาดสูง เข้ารับการรักษาเร็วกว่าปีที่มีการระบาดต่ำ อาจเป็นเพราะสื่อประชาสัมพันธ์ และการรณรงค์ป้องกันโรค ที่จัดเพิ่มขึ้นในปี 2556 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ

ของผู้ป่วยไข้เลือดออก และผลของการแสวงหาบริการสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การจัดเตรียมข้อมูลเพื่อการพัฒนาโยบายต่อไป

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ดวงเดือน เทียงสันติธรรม. ความแตกต่างของบริการรักษาและพยาธิสภาพทางคลินิกของผู้ป่วยไข้เลือดออก เปรียบเทียบระหว่างปีที่มีการระบาดสูงและปีที่มีการระบาดต่ำ, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2559; 1(1): 67-74.

Suggested Citation for this Article

Theangsuntitam D. Differences in Medical Services Utilizations and Clinical Profiles of Adult Thai Dengue Patients between High Epidemic and Low Epidemic Years, Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2016; 1(1): 67-74.

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.นพ. โสภณ เอี่ยมศิริถาวร และผู้ป่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน ที่ได้ให้การช่วยเหลือการศึกษาครั้งนี้ การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก WHO-Thailand และทุน ICTM คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Epidemiology, Thailand. Annual epidemiologic surveillance report 2012 [online]. Bangkok: Bureau of Epidemiology, 2012. [Cited 2014 April 5]: Available from: URL:http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2012/main/AESR55_Part1/file2/0555_DHF.pdf
2. Bureau of Epidemiology, Thailand. Annual epidemiologic surveillance report 2013 [online]. Bangkok: Bureau of Epidemiology, 2013.

[Cited 2014 April 5]: Available from: Available from: URL: <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2013/annual/DHF.pdf>

3. Ahmed MM. Clinical profile of dengue fever infection in King Abdul Aziz University Hospital Saudi Arabia. J Infect Dev Ctries 2010; 4: 503-10.
4. Low JG, Ong A, Tan LK, et al. The early clinical features of dengue in adults: Challenges for early clinical diagnosis. PLoS Negl Trop Dis 2011; 5: e1191.
5. Okanurak K, Sornmani S, Indaratna K et al. The cost of dengue hemorrhagic fever in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1997; 28: 711-7.
6. WHO. Dengue hemorrhagic fever: diagnosis, treatment, prevention and control. 2nd ed. Geneva: WHO, 1997.
7. Wichmann O, Hongsiriwon S, Bowonwatanuwong C, et al. Risk factors and clinical features associated with severe dengue infection in adults and children during the 2001 epidemic in Chonburi, Thailand. Trop Med Int Health 2004; 9:1022-9.
8. Clark DV, Mammen MP, Jr., Nisalak A. et al. Economic impact of dengue fever/dengue hemorrhagic fever in Thailand at the family and population levels. The American journal of tropical medicine and hygiene. 2005; 72(6):786-91.
9. Ang KT, Rohani I, Look CH. Role of Primary Care Providers in Dengue Prevention and Control in Community. Med J Malaysia 2010; 65: 58-62.
10. Simmons CP, Farrar JJ, Nguyen v V, et al. Dengue. N Engl J Med 2012; 366:1423-32.

11. Balmaseda A, Hammond SN, Perez L, *et al.* Serotype-specific differences in clinical manifestations of dengue. *Am J Trop Med Hyg* 2006; 74: 449-56.
12. Gonzalez D, Castro OE, Kouri G, *et al.* Classical dengue hemorrhagic fever resulting from two dengue infections spaced 20 years or more apart: Havana, Dengue 3 epidemic, 2001-2002. *Int J Infect Dis* 2005; 9: 280-5.
13. Halsey ES, Marks MA, Gotuzzo E, *et al.* Correlation of serotype-specific dengue virus infection with clinical manifestations. *PLoS Negl Trop Dis* 2012; 6: e1638.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 4 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 4

The Development of Infectious Waste System from 4 Provinces in 4 Health Region

จิฎา ไกรวัฒนพงศ์¹, เกษม เวชสุทธานนท์¹, กนกอร ศรีจันทวงษ์¹, เบญจวรรณ จันทพล¹, ทิพย์วัลย์ ปราบคะเซ็น¹
¹ศูนย์อนามัยที่ 13, กรุงเทพฯ

Thida Kraiwattanapong¹, Kasem Wetsutthanon¹, Kanokorn Srichanthawong¹,
 Benjawan Jantapol¹, Tippawan Prabkhasen¹

¹Regional Health Promotion Center 13, Bangkok

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ และคุณภาพ เพื่อพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน 4 จังหวัด เขตบริการสุขภาพที่ 4 กลุ่มเป้าหมาย คือ สถานพยาบาล จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง และพระนครศรีอยุธยา และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดำเนินการ ระหว่าง ตุลาคม 2556 ถึง กรกฎาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษา 1) ได้รูปแบบการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน 4 จังหวัด โดยใช้กระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ 1.1) การพัฒนาศักยภาพ 1.2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและคืนข้อมูลให้ผู้บริหาร 1.3) กลไกคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด 1.4) การตรวจราชการ 1.5) การสุ่มตรวจประเมินการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อและการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่าก่อนการพัฒนาปี 2557 โรงพยาบาล 37 แห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อร้อยละ 16.22 (6 แห่ง) ไม่ผ่านร้อยละ 83.78 (31 แห่ง) หลังการพัฒนาปี 2559 ผ่านการประเมินเพิ่มเป็นร้อยละ 97.30 (36 แห่ง) 2) เกิดระบบการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คลินิกเอกชน คลินิกสัตว์และผู้ป่วยติดเชื้อ 3) ได้ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลข้อเสนอแนะ การพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งต่างๆ ให้มีการจัดการที่ถูกสุขลักษณะตามกฎหมายได้สำเร็จ จำเป็นต้องใช้กระบวนการขับเคลื่อนเพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการพัฒนาจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ, เขตบริการสุขภาพที่ 4

Abstract

This research was action research consists of quantitative and qualitative research to develop an infectious waste system from 4 provinces in health region 4. Samples were infirmary in four provinces; Nonthaburi, Pathumthani, Angthong and Ayutthaya and involved partners of infectious waste transportation, which was conducted between October 2013 and July 2016. Results of the study were 1) Model developing of infectious waste management system in 4 provinces. The five-step were: 1.1) Potential development

1.2) collaborating improvement and director reporting 1.3) the Subcommittee Provincial Health. 1.4) Inspection 1.5) Random audit of infectious waste transportation and workshops. Six hospitals passed the evaluation criteria for the assessment of infectious waste 16.22% and 31 hospitals (83.78%) did not pass. After development process, 97.30% (36 hospitals) passed the evaluation criteria. 2) They have the system disposal of infectious waste for Tambon Health Promotion Hospital, private clinics, animal clinics and infectious waste from home health care. 3) Proposals to develop the transport of infectious waste Hospital

Keywords: infectious waste system, Region Health 4

บทนำ

โรงพยาบาล (รพ.) เป็นสถานบริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งผลจากกระบวนการให้บริการรักษาพยาบาล การตรวจวินิจฉัย การให้ภูมิคุ้มกันโรครวมถึงการศึกษาวิจัยที่ดำเนินการทั้งในมนุษย์และสัตว์ทำให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อ หากมีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล อาจทำให้เกิดความเสี่ยง เป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของบุคลากรในรพ. ผู้มาใช้บริการและส่งผลกระทบต่อภาวะสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้

สถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อของประเทศไทย⁽¹⁾ ปี 2556 กรมควบคุมมลพิษ พบว่า ประเทศไทยมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อรวม 50,481 ตันต่อปี แบ่งเป็นมูลฝอยติดเชื้อจากรพ.ของรัฐ 28,668 ตัน (57%) รพ.เอกชน 8,606 ตัน (17%) คลินิกคน/ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย 9,701 ตัน (19%) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานอนามัย 3,215 ตัน (6%) ส่วนโรงพยาบาลสัตว์/คลินิกสัตว์ 291 ตัน (1%)

รพ.เป็นแหล่งผลิตมูลฝอยติดเชื้อจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มูลฝอยจากสถานพยาบาลเหล่านี้จัดเป็นของเสียอันตราย เนื่องจากสามารถแพร่เชื้อโรคได้ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะสุขภาพอนามัยของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเก็บขนย้ายหรือผู้ทำงานในสถานที่กำจัดมูลฝอย

ติดเชื้อ เป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ⁽²⁾ เช่น โรคตับอักเสบ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคพยาธิ โรคเอดส์ ฯลฯ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 โดยกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และมาตรการควบคุม กำกับดูแลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของราชการส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุขและห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย ให้มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ถูกสุขลักษณะ รพ.ทุกแห่งจะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามกฎกระทรวงรวมถึงราชการส่วนท้องถิ่นต้องควบคุมดูแลและบริหารจัดการให้เป็นไปตามกฎหมาย

ปี 2557 จากการสำรวจของศูนย์อนามัยที่ 13 พบว่าสถานการณ์การเกิดมูลฝอยติดเชื้อของ รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้แก่ รพ.ศูนย์รพ.ทั่วไป และรพ.ชุมชน พื้นที่ 4 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง มีรพ.รวม 37 แห่ง มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อรวม 2,881.82 กิโลกรัมต่อวัน มีรายละเอียดดังนี้ จังหวัดนนทบุรีมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ 344.23 กิโลกรัมต่อวัน อัตราการเกิดขยะติดเชื้อ 0.49 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน ปทุมธานีมีมูลฝอยติดเชื้อ 321.1 กิโลกรัมต่อวัน อัตราการเกิดขยะติดเชื้อ 0.52 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน พระนครศรีอยุธยามีปริมาณขยะติดเชื้อ 1,886 กิโลกรัมต่อวัน อัตราการเกิดขยะติดเชื้อ 1.63

กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน และอ่างทองมีปริมาณขยะติดเชื้อ 330.49 กิโลกรัมต่อวัน อัตราการเกิดขยะติดเชื้อ 0.53 กิโลกรัมต่อเตียงต่อวัน

รพ.บางแห่งมีการดำเนินการด้วยวิธีการที่ไม่ถูกสุขลักษณะและไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดการปนเปื้อนของสิ่งแวดล้อมและความเสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่ พนักงานเก็บขนย้าย รวมทั้งสุขภาพอนามัยของประชาชนทั่วไป ประกอบกับระบบการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ยังไม่ปลอดภัยของรพ.สต. คลินิกเอกชน คลินิกสัตว์ รวมทั้งมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยติดเตียงพบว่ากำจัดโดยบางส่วนส่งโรงพยาบาลในพื้นที่ บางส่วนใช้วิธีเผาด้วยเตาเผาขยะธรรมดา ขุดหลุมฝัง และส่งให้ท้องถิ่นกำจัดเป็นขยะทั่วไป ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะดำเนินการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 4 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 4 เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ 4 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ให้ถูกต้องตามมาตรฐานและเป็นไปตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายดังนี้

1) พัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในรพ.กลุ่มประชากร คือ รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป และรพ.ชุมชนในจังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง และพระนครศรีอยุธยา รวม 37 แห่ง (กลุ่มตัวอย่างร้อยละ100)

2) พัฒนาระบบการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะสำหรับ รพ.สต. คลินิกเอกชน คลินิกสัตว์และมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยติดเตียง

3) การสุ่มตรวจประเมินผู้ให้บริการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ 4 จังหวัด และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาแนวทางการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อใน รพ.สู่แหล่งกำจัด” กลุ่มเป้าหมายคือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ พื้นที่นำร่องจังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้แก่รพ.ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 16 แห่ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้ให้บริการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ผู้ให้บริการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ตุลาคม 2556 ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ศึกษาข้อมูลพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545

มกราคม 2557 - กรกฎาคม 2559 ดำเนินการพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ 4 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ใช้กระบวนการ 5 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

มกราคม 2557- ตุลาคม 2558

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพ

จัดพัฒนาศักยภาพ ผู้รับผิดชอบการจัดการขยะติดเชื้อใน รพ. 4 จังหวัด ในพื้นที่เขตบริการที่ 4 มีการให้ความรู้ เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านบุคลากร 2) การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ 3) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ 4) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 5) ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ 6) สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ 7) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งมีการสื่อสารให้ รพ.กลับไปพัฒนา และทีมผู้วิจัยจะลงพื้นที่เยี่ยมทุก รพ.และประเมินรับรองในโอกาสต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและคืนข้อมูลให้ผู้บริหาร ทีมผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ของสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ลงพื้นที่ ประสานให้ผู้รับผิดชอบนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน รพ.ที่ปฏิบัติจริง หลังจากนั้นผู้วิจัยและคณะเดินสำรวจและถ่ายภาพสถานที่ที่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ในแต่ละจุด เช่น วิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เป็นน้ำเลือด สารคัดหลั่ง

และมูลฝอยติดเชื้อทั่วไปที่ห้องฉุกเฉินในแผนกผู้ป่วยนอก สุ่มตรวจดำเนินงานที่แผนกผู้ป่วยใน ห้องพักรวมมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งดูลักษณะของรถเข็น ฯลฯ ผู้รับผิดชอบงานดังกล่าวมีส่วนร่วมคิด ร่วมเสนอแนวทางการพัฒนา พร้อมทั้งทีมผู้วิจัยให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการพัฒนาในสิ่งที่ต้องปรับปรุง

มีการสื่อสารกับผู้บริหาร โดยนำข้อมูลที่สำคัญพร้อมภาพถ่ายมาวิเคราะห์ หักข้อข้อมูลสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของแต่ละรพ. สรุปผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน และกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2545 ให้การรับรองกรณีผ่านการประเมิน หากไม่ผ่านการประเมิน มีข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยแจ้งเป็นหนังสือราชการส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการรพ.ทุกแห่ง

นอกจากนี้ทีมผู้วิจัยคัดเลือก รพ.ที่มีการปฏิบัติที่ดี สนับสนุนให้เป็นต้นแบบเพื่อเป็นที่ศึกษาดูงานของ รพ.อื่น

พฤศจิกายน 2558 - กรกฎาคม 2559

เป็นการพัฒนาต่อเนื่องและเพิ่มกลไกการทำงานเพื่อกระตุ้นรพ.ที่ผ่านกระบวนการ 2 ขั้นตอนในปี 2557 แล้วแต่ยังไม่ปรับปรุงให้มีการพัฒนา และขยายให้เกิดระบบการกำจัดมูลฝอยที่ถูกสุขลักษณะสำหรับ รพ.สต. คลินิกเอกชน คลินิกสัตว์และมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชน รวมทั้งการสุ่มตรวจประเมินผู้ให้บริการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อและการประชุมเชิงปฏิบัติการ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 กลไกคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.)⁽³⁾ คณะอสรจ.มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ มีหน้าที่ดำเนินการตามกฎหมายสาธารณสุขให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุตามเจตนารมณ์เพื่อคุ้มครองสุขภาพและสภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีพประชาชน

กำหนดให้มีการนำเรื่อง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในรพ.ให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย และการหาแนวทางจัดระบบกำจัดมูลฝอยที่ถูกสุขลักษณะสำหรับรพ.สต. คลินิกเอกชน คลินิกสัตว์และมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชน บรรจุเข้าในวาระการประชุมคณะอสรจ.ทุกจังหวัด เพื่อให้เกิดการหารือกันระหว่างผู้บริหารระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้องเช่น อปท. ปศุสัตว์จังหวัดและมมต.ร่วมกัน เป็นพลังขับเคลื่อนให้มีการจัดการต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจราชการ การจัดการขยะติดเชื้อเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข จึงมีการติดตามผลการดำเนินงานและกระตุ้นให้มีการจัดการให้ได้มาตรฐาน รวมทั้งขยายไปสู่การพัฒนาระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อสำหรับรพ.สต. คลินิกเอกชน คลินิกสัตว์และมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 การสุ่มตรวจประเมินผู้ให้บริการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อและการประชุมเชิงปฏิบัติการ ทีมผู้วิจัยสุ่มตรวจประเมินผู้ให้บริการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด พบว่ายังมีปัญหาหลายอย่างที่เกี่ยวกับภาคีเครือข่ายในกระบวนการขนส่ง คณะผู้วิจัยจึงจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายดังกล่าวได้มาร่วมกันพูดคุยมีข้อตกลงร่วมในเรื่อง “การพัฒนาแนวทางการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสู่แหล่งกำจัด”

ผลการศึกษา

รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 4 จังหวัด เขตบริการสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และอ่างทอง รวมทั้งสิ้นจำนวน 37 แห่ง ประกอบด้วย รพ.ชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 86.49 (แห่ง) รองลงมาเป็นรพ.ทั่วไป ร้อยละ 8.11 (3 แห่ง) และรพ.ศูนย์ฯ ร้อยละ 5.4 (2 แห่ง)

สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในรพ. ปี 2557 ก่อนการพัฒนาพบว่า มีรพ.ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อน้อยตามกฎหมายน้อยมาก มีเพียงร้อยละ 16.22 (6 แห่ง) และไม่ผ่านร้อยละ 24.32 (31 แห่ง) มี 2 จังหวัดที่ผ่านการประเมิน คือ จังหวัดปทุมธานี ผ่านร้อยละ 25 (2 แห่ง) และพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ 25 (4 แห่ง)

ส่วนที่ 1 รูปแบบการพัฒนากระบวนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

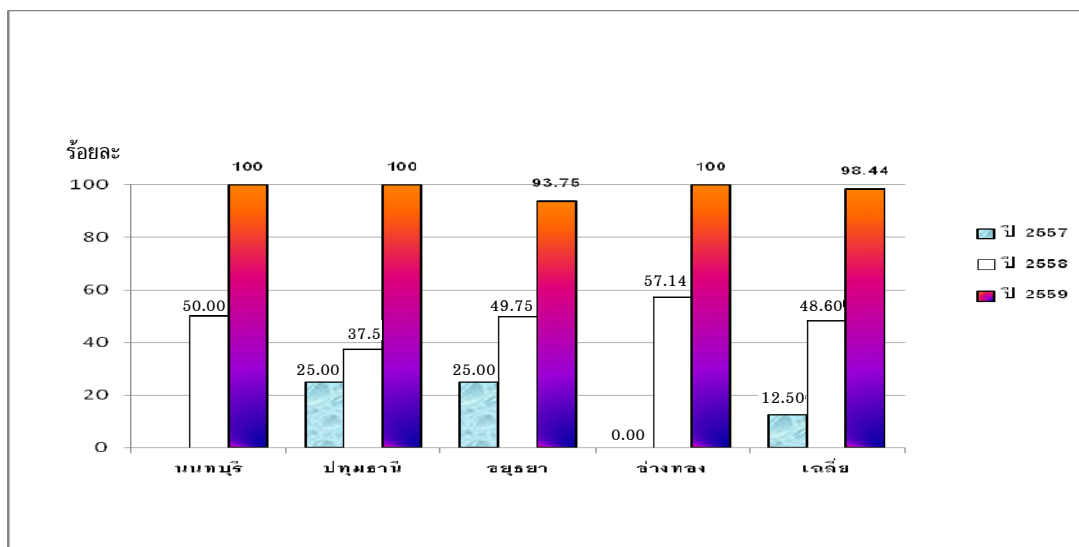
มกราคม 2557 - ตุลาคม 2558 มีการพัฒนาต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการที่ 1 ถึง 2 พบว่าในภาพรวมมีความก้าวหน้าของการพัฒนามี รพ.ที่ผ่านการประเมินเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45.95 (17 แห่ง) และไม่ผ่านร้อยละ 54.05 (20 แห่ง)

ต้นแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

(Best Practice) 10 แห่ง ดังนี้ จังหวัดนนทบุรี ได้แก่ รพ.พระนั่งเกล้า และ รพ.ไทรน้อย จังหวัดปทุมธานี ได้แก่ รพ.ลำลูกกา และรพ.คลองหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ รพ.ท่าเรือ รพ.เสนา รพ.มหาสาร รพ.อุทัย รพ.สมเด็จพระสังฆราช และจังหวัดอ่างทอง ได้แก่ รพ.วิเศษชัยชาญ

พฤศจิกายน 2558 - กรกฎาคม 2559 เป็นการพัฒนาต่อเนื่องเพิ่มกระบวนการที่ 3-4 การใช้กลไกคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสรจ.) และการตรวจราชการ พบว่ามีความก้าวหน้าแบบก้าวกระโดด รพ.ที่ผ่านการประเมินเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.30 (36 แห่ง) และไม่ผ่านเพียง ร้อยละ 2.70 (1 แห่ง) คือ รพ.บางชัยอยู่ระหว่างการก่อสร้างห้องพักรวมมูลฝอยติดเชื้อคาดว่าเมื่อการก่อสร้างเสร็จ รพ.ทั้ง 37 แห่ง ร้อยละ 100 จะผ่านการประเมินตามมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

สถานการณ์และการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อใน รพ.พื้นที่ 4 จังหวัด เขตบริการสุขภาพที่ 4 ก่อนและหลังการพัฒนา (ปี 2557, 2558 และ 2559)



ส่วนที่ 2 ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คลินิกเอกชน คลินิกสัตว์และมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชนในพื้นที่

4 จังหวัด เขตบริการสุขภาพที่ 4

ผลจากการใช้ กระบวนการที่ 3-4 คือ ใช้กลไกคณะ อสรจ. และการตรวจราชการ พบว่ามีการพัฒนา ดังนี้

2.1 ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของจังหวัดนนทบุรี

จุดเด่นของจังหวัดนนทบุรี คือ

1) เป็นจังหวัดแรกใน 4 จังหวัด เขตบริการสุขภาพที่ 4 ซึ่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรีได้ประกาศนโยบายของจังหวัด ให้มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงฯ

2) เป็นจังหวัดที่มีการดำเนินการบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อแบบศูนย์รวมที่ดี องค์การบริหารส่วนจังหวัดนนทบุรีเป็นผู้บริหารจัดการหลัก มีเตาเผามูลฝอยติดเชื้อขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) นนทบุรี

3) มีองค์กรปกครองท้องถิ่นที่เข้มแข็ง คือ อบจ.นนทบุรี เทศบาลนครนนทบุรี และเทศบาลนครปากเกร็ด ใช้รถควบคุมอุณหภูมิต่ำกว่า 10 องศาเซลเซียส เก็บและขนส่งมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี สู่เตาเผามูลฝอยติดเชื้อของ อบจ. นนทบุรี ควบคุมการขนส่งตามระบบเอกสารกำกับการขนส่ง (Infectious Waste Manifest System)

- รพ.รัฐ 6 แห่ง และ รพ.สต. 78 แห่ง ใช้บริการ อปท.เก็บและขนส่งมูลฝอยติดเชื้อสู่เตาเผา

- คลินิกเอกชน 606 แห่ง สจจ.นนทบุรี ได้กำหนดหลักเกณฑ์การขอใบอนุญาตและต่อใบอนุญาตสถานพยาบาลไว้ในประกาศจังหวัดนนทบุรีว่า ต้องมีหลักฐานแสดงว่ามีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะจึงจะดำเนินการได้

- คลินิกสัตว์ 147 แห่ง คณะ อสจจ.นนทบุรี มีมติให้การขอใบอนุญาตและต่ออายุใบอนุญาต ต้องมีหลักฐานแสดงว่าคลินิกสัตว์นั้นมีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อถูกสุขลักษณะ

- มูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน มีนโยบายให้ รพ.สต.เป็นศูนย์รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของผู้ป่วยจากครัวเรือน มีการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และญาติผู้ป่วยเพื่อทั้งมูลฝอยติดเชื้อได้ถูกต้อง

2.2. ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของจังหวัดปทุมธานี

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีได้ประกาศเป็นนโยบายของจังหวัด ให้มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงฯ

- รพ.รัฐ 8 แห่ง และ รพ.สต. 78 แห่ง จะมีรถบริษัทเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อรับไปกำจัด ที่ อบจ.นนทบุรีและ บริษัทที่ติดบางปะอิน ยกเว้นรพ.หนองเสือ กำจัดเองโดยใช้เตาเผาขยะติดเชื้อใน รพ.

- คลินิกเอกชน 370 แห่ง รถบริษัทเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด ยกเว้นพื้นที่เทศบาลนครรังสิต เทศบาลดำเนินการขนส่ง ควบคุมโดยการต่อใบอนุญาต ขออนุญาตต้องมีสัญญาหรือหลักฐานการส่งมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด

- คลินิกสัตว์ คณะ อสจจ.ปทุมธานี โดยปศุสัตว์จังหวัดทำหนังสือแจ้งคลินิกสัตว์ให้กำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ

- มูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน คณะ อสจจ.ปทุมธานี มีมติให้ รพ.สต.ดูแลขยะติดเชื้อของผู้ป่วยติดเชื้อ

2.3 ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้ประกาศเป็น นโยบายของจังหวัด ให้มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ เป็นไปตามกฎกระทรวงฯ

- รพ.รัฐ 16 แห่ง เป็นศูนย์รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อมีรถบริษัทเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด

- รพ.สต. 206 แห่ง นำส่งรพ.แม่ข่ายและจ้างบริษัทเก็บขนส่งและกำจัด 122 แห่ง (62.56%) เฝ้าเอง ชุดหลุมฝัง ทั้งเป็นขยะทั่วไป 73 แห่ง (37.44%)

- คลินิกเอกชน 224 แห่ง และคลินิกสัตว์ ควบคุมโดยต้องมีหลักฐานการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะจึงจะออกใบอนุญาตหรือต่อใบอนุญาตได้

- มูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน มีนโยบายให้ รพ.และ รพ.สต.เป็นแหล่งรวมมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วยตามบ้าน

2.4 ระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของจังหวัดอ่างทอง

- รพ.รัฐ 7 แห่ง เป็นศูนย์รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อมีรถบริษัทเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อไปกำจัด

- รพ.สต. 76 แห่ง เป็นรูปแบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระดับอำเภอ (คปสอ.) มี รพ.แม่ข่ายจัดรถมารับไปรวมกับของ รพ. รอบริษัทเก็บขนไปกำจัด

- คลินิกเอกชน 86 แห่งและคลินิกสัตว์ 5 แห่ง รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อส่งที่ห้องพักมูลฝอยติดเชื้อของรพ.ในพื้นที่ ควบคุมโดยในการต่อไปอนุญาตหรือขออนุญาตต้องมีใบเสร็จ หรือสัญญา หรือหลักฐานการส่งมูลฝอยติดเชื้อไปสู่ระบบกำจัด

- มูลฝอยติดเชื้อในครัวเรือน สสจ.แจ้งให้ รพ.สต.จัดถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อจากครัวเรือนและให้ความรู้ อสม.

ส่วนที่ 3 การสุ่มตรวจประเมินการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อและการประชุมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาแนวทางการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลสู่แหล่งกำจัด” ดำเนินการในปี 2558-2559 เป็นกระบวนการที่ 5 มีผลดังนี้

3.1 ผลการสุ่มตรวจประเมินผู้ให้บริการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ 4 จังหวัด

พบว่า ร้อยละ 77.27 ผู้ประกอบการไม่ได้ขออนุญาตจากอปท. รองลงมา ร้อยละ 68.18 ไม่มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือกรณีเกิดการตกหล่นหรือรั่วไหล และร้อยละ 63.64 ไม่มีแผนการจัดการกรณีอุบัติเหตุ นอกจากนี้ ร้อยละ 31.82 ยานพาหนะในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อไม่มีข้อความ “ใช้เฉพาะมูลฝอยติดเชื้อ” ชื่อบริษัท เบอร์โทรศัพท์ ตราสัญลักษณ์รูปวงเดือนสามวงสีดำซ้อนทับกัน ที่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน ภายนอกตัวถังด้านข้างทั้ง 2 ด้าน ผู้ปฏิบัติงานขนมูลฝอยติดเชื้อไม่ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ และการล้างทำความสะอาดรถขนมูลฝอยติดเชื้อโดยใช้เฉพาะน้ำเปล่า ไม่มีการใช้

ผงซักฟอกหรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

3.2 ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาแนวทางการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อในรพ.สู่แหล่งกำจัด” (พื้นที่นำร่องจังหวัดพระนครศรีอยุธยา) ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ดังนี้

- รพ.จะรักษาสภาพจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐานต่อไป การทำสัญญาว่าจ้างการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อจะกำหนดเงื่อนไขให้ชัดเจนเป็นไปตามกฎกระทรวงฯ จะกำกับติดตามการขนส่งและร่วมทำแผนกำกับติดตามกับ อปท.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

- ผู้ให้บริการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ จะพัฒนาการบริการให้ได้มาตรฐานจะดำเนินการแก้ไขปัญหา ต่าง ๆ เช่น การส่งพนักงานเข้ารับการอบรม จัดให้มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ติดประจำรถ ขออนุญาตขนส่งมูลฝอยติดเชื้อจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะออกข้อกำหนดท้องถิ่นเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีการบังคับใช้ และออกใบอนุญาตในพื้นที่ จะติดตามกำกับกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อร่วมกับ รพ.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะจัดทำฐานข้อมูลผู้ให้บริการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ เพื่อให้ รพ.สามารถใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกใช้บริการ จะเป็นผู้ประสานการดำเนินงานมูลฝอยติดเชื้อในภาพรวมทั้งจังหวัด

- ศูนย์อนามัย ดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน โดยเปิดอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่กระจายเชื้อหรืออันตรายที่เกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวงฯ กำหนด

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากการตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในอดีตทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติและประกาศใช้กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ตั้งแต่ปี 2545 ถึงปัจจุบัน 14 ปีที่ผ่านมา

มายังคงพบปัญหาต่างๆในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อยู่เสมอ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ 4 จังหวัด ในเขต บริการสุขภาพที่ 4 ให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ วิธีการ มาตรฐานและเป็นไปตามกฎกระทรวง ว่าด้วยการ กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 กลุ่มเป้าหมาย คือ สถานพยาบาล จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง และพระนครศรีอยุธยา และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ ทีมวิจัยใช้กระบวนการ พัฒนา 5 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพ 2) การ มีส่วนร่วมในการพัฒนาและคืนข้อมูลให้ผู้บริหาร 3) กลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด 4) การ ตรวจราชการ 5) การสุ่มตรวจประเมินการขนส่ง มูลฝอยติดเชื้อและการประชุมเชิงปฏิบัติการ

กระบวนการพัฒนาปี 2557-2558 เริ่มต้น ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ผลิตมูลฝอย ติดเชื้อจำนวนมากที่สุด ก่อนการพัฒนาปี 2557 โรงพยาบาล 37 แห่ง ผ่านการประเมินคุณภาพการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อเพียง ร้อยละ 16.22 (6 แห่ง) จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพเสริมความรู้ ความเข้าใจ ทำให้การปฏิบัติดีขึ้นผ่านเกณฑ์ สอดคล้องกับ อภินันท์ สุขบท⁽⁴⁾ ที่พบว่า การอบรม สัมมนา มีอิทธิพล ต่อบทบาทของบุคลากรในการจัดการขยะติดเชื้อ ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทีมวิจัยมีการลงพื้นที่ทุกโรงพยาบาล การสร้างการมี ส่วนร่วมในการพัฒนาและคืนข้อมูลให้ผู้บริหาร มีแนวทางการพัฒนาที่สามารถทำได้จริง ปัญหาบาง อย่าง เช่น รถเข็นเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ได้ มาตรฐาน ป้ายชื่อห้องพักรวมมูลฝอยเก่า ชำรุด ไม่มี อุปกรณ์ติดรถเข็น สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการขาด งบประมาณสอดคล้องกับจอมจันทร์ นทีวัฒนา⁽⁵⁾ พบว่า ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในหน่วยงาน ได้แก่ การขาดงบประมาณ และบุคลากร ในสถานพยาบาลภาครัฐยังขาดความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง หลังจากมีการสื่อสาร คืนข้อมูล ทำให้ ผู้บริหารได้รับรู้ปัญหา มีความสนใจและให้การ

สนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ นอกจากนี้มีการ พัฒนา รพ.ต้นแบบ ทำให้ รพ.ได้รับการเชิดชูเกียรติ ผู้ปฏิบัติงานมีความภาคภูมิใจและเป็นต้นแบบให้ โรงพยาบาลอื่นได้ศึกษาดูงาน

ในปี 2558-2559 การพัฒนาในปีที่ผ่านมา พบว่ายังมี รพ.ที่พัฒนาได้ยาก และจากการศึกษา ข้อมูลการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อสำหรับ รพ.สต. คลินิก เอกชน และคลินิกสัตว์รวมทั้งมูลฝอยติดเชื้อจากผู้ป่วย ติดเตียงในชุมชนยังไม่ถูกสุขลักษณะ สอดคล้องกับชัย ยศ เอกฉัตรพจน์⁽⁶⁾ พบว่าร้อยละ 69.23 สถานื่อนามัย ในอำเภอลำลูกกากำจัดมูลฝอยติดเชื้อด้วยเตาเผาทำ จากถังน้ำมัน 200 ลิตร หรือเตาอบวงซีเมนต์มีปัญหา เผาไม่สมบูรณ์มีควันและกลิ่นรบกวนประชาชน และ สอดคล้องกับการศึกษาของ มุกดา สำนวนกลาง และ วราภรณ์ ถาวรวงษ์⁽⁷⁾ ที่พบว่าร้อยละ 55 ของคลินิก เอกชนในพื้นที่ 4 จังหวัด กำจัดโดยฝาก รพ.ชุมชน ร้อยละ 31 ส่งเทศบาล ร้อยละ 6 ส่งบริษัท ส่วนที่เหลือร้อยละ 8 ยังกำจัดไม่ถูกหลักสุขาภิบาล และณัฐธิดา จันทรแก้ว⁽⁸⁾ พบว่าร้อยละ 22.30 ของสถานื่อนามัย และร้อยละ 32.10 ของคลินิกเอกชนในจังหวัดนนทบุรียังกำจัด มูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกสุขลักษณะ ผลจากการเพิ่มกลไก คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) และการ ตรวจราชการ พบว่านายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทั้ง 4 จังหวัด เห็นความสำคัญและประกาศเป็นนโยบาย ของจังหวัด รพ.รัฐ ทุกแห่งมีการพัฒนาแบบก้าว กระโดด มี รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมินเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 97.30 (36 แห่ง) และกำลังปรับปรุง ร้อยละ 2.70 (1แห่ง) รพ.รัฐและ รพ.สต.ทุกแห่งมีการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อถูกสุขลักษณะ ยกเว้นร้อยละ 37.44 (73 แห่ง) ของ รพ.สต.จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ยังกำจัดไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งทาง สสจ.มีแผนในการ พัฒนาในปีต่อไป คลินิกเอกชนและคลินิกสัตว์ควบคุม โดยการต่อใบอนุญาตหรือขออนุญาต ต้องมี หลักฐานการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกสุขลักษณะ ยกเว้นคลินิกสัตว์ จังหวัดปทุมธานี ปศุสัตว์จังหวัด มีเพียงหนังสือแจ้งให้คลินิกมีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ที่ถูกสุขลักษณะ ส่วนมูลฝอยติดเชื้อจากครัวเรือนมีนโยบายให้ รพ.สต.เป็นศูนย์รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของผู้ป่วยติดเตียงจากครัวเรือนเพื่อส่งกำจัดต่อไป

อย่างไรก็ตาม การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากรพ. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 97.30 (36 แห่ง) มีการขนส่งไปกำจัดนอกรพ. โดยว่าจ้างบริษัทเอกชน หรือ อปท. นำไปเผากำจัด ดังนั้นกระบวนการขนส่งจากรพ.ถึงที่กำจัดเป็นอีกช่วงที่มีความสำคัญ ทีมผู้วิจัยจึงสุ่มตรวจประเมินผู้ให้บริการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ 4 จังหวัด พบว่า ร้อยละ 77.27 ผู้ประกอบการไม่ได้ขออนุญาตจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รองลงมา ร้อยละ 68.18 ไม่มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือกรณีเกิดการตกลงหรือรั่วไหล และร้อยละ 63.64 ไม่มีแผนการจัดการกรณีอุบัติเหตุ และปัญหาอื่น ๆ ทีมผู้วิจัยจึงจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในพื้นที่นำร่องจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทำให้มีข้อเสนอแนวทางการพัฒนาการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อสำหรับผู้ให้บริการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์อนามัย เพื่อพัฒนาการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อให้ได้มาตรฐานตามกฎหมาย

ข้อเสนอแนะ ควรขยายการพัฒนาคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ครอบคลุมโรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานราชการทุกกระทรวงและเอกชน รวมทั้งควรมีการพัฒนาคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล คลินิกเอกชน และ คลินิกสัตว์ และ ควรขยายการพัฒนาการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อสำหรับอีก 3 จังหวัด จัดระบบควบคุมการขนส่งและกำจัดให้ได้ตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคต่อไป

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

วิภา ไกรวัฒนพงศ์. ศูนย์อนามัยที่ 13, กรุงเทพฯ, การพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 4 จังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 4 วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2559; 1(1): 75-84.

Suggested Citation for this Article

Kraiwatanapong T. The Development of Infectious Waste System 4 Provinces in Region Health 4, Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2016; 1(1): 75-84.

เอกสารอ้างอิง

1. ระพีศักดิ์ มัลย์รุ่งสกุล. บทบาทของภาคเอกชน ในการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ: ในวีระชัยสิทธิปิยะสกุล, บรรณาธิการ. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การจัดการมูลฝอยติดเชื้อภาคเหนือประจำปี 2557; 2557. หน้า 10.
2. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553. หน้า 1-64.
3. ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือการปฏิบัติงานคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (สำหรับฝ่ายเลขานุการ). พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557.
4. อภินันท์ สุขบท. บทบาทของบุคลากรในการจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีศึกษา: โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม; 2547.
5. จอมจันทร์ นทีวัฒนา. ความรู้และพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในสถานพยาบาลภาครัฐ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555; 5(3): 47-56.
6. ชัยยศ เอกณัฐพจน์. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษา: อำเภอลำลูกกาจังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.

7. มุกดา ลำนวนกลาง และวราภรณ์ ถาวรพงษ์. รายงานการวิจัยเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมของท้องถิ่นสำหรับคลินิกเอกชน เขต1; 2556:23.
8. ณีฎฐิยา จันทรแก้ว. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับสถานบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี; 2550.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงาน ของบุคลากรสำนักงานรัฐมนตรี
กระทรวงสาธารณสุข

Organizational Commitment and Working Happiness of the Employees in the Office
of the Minister, Thailand Ministry of Public Health

ปวีณา ธารสนธยา¹¹สำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุขPaweena Tarnsondhaya¹¹Office of the Minister, Thailand Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความผูกพันต่อองค์กรและมีความสุขในการทำงาน เปรียบเทียบความแตกต่างของตำแหน่ง กับความผูกพันต่อองค์กรและมีความสุขในการทำงานของบุคลากร ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานกับความสุขในการทำงาน และข้อเสนอแนะ ในการสร้างความสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทั้งหมดในสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข 51 คน เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2559 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวน และสถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

บุคลากรสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข มีความผูกพันต่อองค์กร และมีความสุขในการทำงาน อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบกับตำแหน่งกับความผูกพันต่อองค์กร และมีความสุขในการทำงานของบุคลากร พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานโดยรวม มีความสัมพันธ์ เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสุขในการทำงาน ($p < 0.01$) ในระดับปานกลาง ($r = 0.700$) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านลักษณะงาน ด้านค่านิยมองค์กร ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ในระดับปานกลาง กับความสุข ในการทำงาน ในทุกด้านดังกล่าว ($r = 0.421 - 0.650$) ควรสร้างความสุขให้แก่บุคลากร โดยผู้บริหารควร จัดการงานอย่างเป็นระบบ และรับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา ควรปรับปรุงสถานที่ทำงานให้สะอาด น่าอยู่ ไม่คับแคบ และเพิ่มค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่

จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้บริหารควรวางแผนดำเนินการปรับปรุง และพัฒนาส่วนขาด ให้เจ้าหน้าที่ เกิดความผูกพันต่อองค์กร และมีความสุขในการทำงานเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ความผูกพันต่อองค์กร, ความสุขในการทำงาน

Abstract

The objectives of this survey research were to study organizational commitment and working happiness, comparison between different positions and organizational commitment and working happiness, relationship of the factors that contributed to working happiness and working happiness, and recommendations to increase happiness at work for the employees. The study samples were 51 staff members in Office of the Minister, Thailand Ministry of Public Health. Data were collected by a structured questionnaire in July 2016, and analyzed by using descriptive statistics (percent, average and, standard deviation: S.D.) and analysis of variance (ANOVA), and Pearson's product moment correlation.

Results showed that the employees had organizational commitment and working happiness at high level. No statistically significant difference was observed for the different positions and organizational commitment and working happiness ($p > 0.05$). Factors that caused, a whole working happiness were significantly associated with working happiness ($p < 0.01$), at moderate level ($r = 0.700$). Moreover, such factors; types of job, core values, relations in the workplace, quality of work life, commander, support from supervisors, and physical environment were statistically associated with working happiness ($p < 0.01$) at moderate level ($r = 0.421 - 0.650$). Office of the Minister's director should improve administrative structure, listen to the opinions of the staff, create better office environment and raise staff compensation.

Based on the study results, authorities should plan to improve and fill the gaps in order to increase staff's engagement in organizational commitment and achieve higher degree of happiness at work.

Keywords: organizational commitment, working happiness

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จขององค์กรคือบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ มีทัศนคติที่ดี ปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมองค์กรได้ ปฏิบัติงานเข้ากับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น และมีความสุขในการทำงาน⁽¹⁾ การสร้างความสุขในการทำงาน ถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้การบริหารองค์กรเป็นไปได้อย่างราบรื่น เนื่องจากการที่คนในองค์กรมีความสุขจะเป็นการเพิ่มผลผลิตทั้งปริมาณและคุณภาพ ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม ลดความเครียดและความขัดแย้งในองค์กร ซึ่งช่วยให้องค์กรเจริญก้าวหน้า⁽²⁾ การทำงานในองค์กรที่มีความสุข จะก่อให้เกิดความรู้สึกผูกพันต่อองค์กร⁽³⁾ มีพฤติกรรมในการทำงานที่เหมาะสม มีจิตใจที่เบิกบาน มีความยินดีและกระตือรือร้นในการทำงาน⁽⁴⁾ องค์กรต่างๆ พยายาม

รักษาทรัพยากรบุคคลและสร้างความรู้สึผูกพันต่อองค์กรให้อยู่กับองค์กรนานๆ โดยการสร้างองค์กรแห่งความสุข หรือ Happy workplace นอกจากนี้ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคลากรให้ความร่วมมือกับองค์กร ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร ทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานที่มีความผูกพันต่อองค์กรสูง จะปฏิบัติงานได้ดีกว่าผู้ปฏิบัติงานที่มีความผูกพันต่อองค์กรต่ำ และหากขาดความรู้สึกผูกพันต่อองค์กรก็จะส่งผลเสียหายตามมาหลายประการ ได้แก่ ความเฉื่อยชาในการปฏิบัติงาน การลดลงของผลงาน การขาดงาน และการลาออกจากการงานในที่สุด⁽⁵⁾

สำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานสนับสนุนการทำงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและคณะผู้บริหาร ในการปฏิบัติงาน

ดังกล่าว เจ้าหน้าที่นอกจากต้องมีความรู้ความสามารถแล้ว การทำงานให้บังเกิดผลดี บุคลากรต้องทำอย่างมีความสุข และมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร จึงจะบังเกิดผลการดำเนินงานที่ดี มีคุณภาพ⁽⁶⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรคนหนึ่งของสำนักงานรัฐมนตรี จึงได้สนใจที่จะศึกษาความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากร สังกัดสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำข้อค้นพบไปใช้เป็นแนวทางการปรับปรุงและพัฒนา รวมทั้งสร้างความรัก ความผูกพัน และความสุขในการทำงานให้กับบุคลากรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากร
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของตำแหน่ง กับความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานกับความสุขในการทำงาน ของบุคลากร
4. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะในการสร้างความสุขให้แก่บุคลากร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ บุคลากรทั้งหมดในสำนักงานรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้น หัวหน้าสำนักงานรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข) จำนวนทั้งสิ้น 51 คน เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2559 โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และตัวแปรที่ศึกษา ความผูกพันต่อองค์กร ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน ความสุขในการทำงาน และข้อเสนอแนะการสร้างความสุข ซึ่งมีความน่าเชื่อถือของแบบวัดความผูกพันต่อองค์กร = 0.74 แบบวัด

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน ด้านลักษณะงาน = 0.74 ด้านค่านิยมองค์กร = 0.80 ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน = 0.96 ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน = 0.76 ด้านผู้บังคับบัญชา = 0.95 ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา = 0.96 และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ = 0.87 แบบวัดความสุขในการทำงาน = 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of variance : ANOVA) และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

ลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.6 เป็นเพศหญิง มีอายุ 30 - 39 ปี และตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เท่ากับ ร้อยละ 29.4 และ 29.4 และรองลงมา อายุ 40 - 49 ปี และน้อยกว่า 30 ปี เท่ากับ ร้อยละ 27.5 และ 13.7 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 41.6 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 47.1 รองลงมา โสด และหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 43.1 และ 9.8 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และปริญญาโท ร้อยละ 49.0 และ 23.5 ตามลำดับ มีรายได้/เดือน ตั้งแต่ 30,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 31.4 รองลงมา มีรายได้ น้อยกว่า 10,000 บาท 10,000 - 19,999 บาท และ 20,000 - 29,999 บาท ร้อยละ 27.5, 25.5 และ 15.7 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ย 22,170.9 บาท ทั้งนี้ บุคลากรสำนักงานรัฐมนตรีดังกล่าว ร้อยละ 43.1 เป็นข้าราชการ และร้อยละ 33.3 เป็นพนักงานราชการ/พนักงานกระทรวง โดยเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 56.9 รับราชการที่สำนักงานรัฐมนตรีฯ น้อยกว่า 10 ปี รองลงมา 10 - 19 ปี และตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.5 และ 17.6 รับราชการเฉลี่ย 10.3 ปี

ความผูกพันต่อองค์กร พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.73$) เมื่อพิจารณาความผูกพันต่อองค์กรในแต่ละข้อ/ประเด็น พบว่า ความผูกพันต่อองค์กรในข้อคำถามเชิงบวกทุกข้ออยู่ในระดับสูง ซึ่งได้แก่ทำงานโดยคำนึงถึงชื่อเสียงของสำนักงานรัฐมนตรี เต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อช่วยให้สำนักงานรัฐมนตรีนี้ประสบความสำเร็จ มีความรู้สึกจงรักภักดีต่อสำนักงานรัฐมนตรีนี้ ภูมิใจที่จะบอกใคร ๆ ว่าเป็นบุคลากรในสำนักงานรัฐมนตรี ได้รับประโยชน์

ในการอยู่สำนักงานรัฐมนตรีแห่งนี้พร้อมที่จะปกป้องสำนักงานรัฐมนตรีถ้าถูกกล่าวหาหรือถูกโจมตีจากบุคคลอื่น และยินดีที่จะใช้เวลาส่วนตัวทำงานให้สำนักงานรัฐมนตรี แม้ว่าจะไม่ได้รับผลตอบแทนส่วนในข้อคำถามเชิงลบ พบว่า ในเรื่องการตัดสินใจทำงานในสำนักงานรัฐมนตรีแห่งนี้เป็นการตัดสินใจที่ผิด มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และพร้อมที่จะเปลี่ยนไปทำงานที่อื่นถ้ามีข้อเสนอที่ดีกว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข จำแนกรายประเด็นและโดยรวม ($n = 51$)

รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ทำงานโดยคำนึงถึงชื่อเสียงของสำนักงานรัฐมนตรี	4.16	0.92	สูง
เต็มใจที่จะใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อช่วยให้สำนักงานรัฐมนตรีนี้ประสบความสำเร็จ	4.14	0.77	สูง
มีความรู้สึกจงรักภักดีต่อสำนักงานรัฐมนตรีนี้	4.02	0.73	สูง
ภูมิใจที่จะบอกใคร ๆ ว่าเป็นบุคลากรในสำนักงานรัฐมนตรี	3.84	1.01	สูง
ได้รับประโยชน์ในการอยู่สำนักงานรัฐมนตรีแห่งนี้	3.82	0.95	สูง
พร้อมที่จะปกป้องสำนักงานรัฐมนตรี ถ้าถูกกล่าวหาหรือถูกโจมตีจากบุคคลอื่น	3.63	0.99	สูง
ยินดีที่จะใช้เวลาส่วนตัวทำงานให้สำนักงานรัฐมนตรี แม้ว่าจะไม่ได้รับผลตอบแทน	3.63	1.03	สูง
การตัดสินใจทำงานในสำนักงานรัฐมนตรีแห่งนี้ เป็นการตัดสินใจที่ผิด*	3.71	1.36	สูง
พร้อมที่จะเปลี่ยนไปทำงานที่อื่น ถ้ามีข้อเสนอที่ดีกว่า*	2.71	1.36	ปานกลาง
รวม	3.73	0.60	สูง

หมายเหตุ * คือ ข้อคำถามเชิงลบ

แต่ละรายการคะแนนเต็ม 5

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.48$) เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานในแต่ละด้าน พบว่า ด้านลักษณะงาน ด้านค่านิยมองค์กร และด้านความสัมพันธ์ในการทำงาน อยู่ในระดับสูง

($\bar{x} = 3.56, 3.60$ และ 3.50 ตามลำดับ) ส่วนด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.47, 3.39, 3.41$ และ 3.35 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน ของบุคลากรสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข จำแนกรายรายด้านและโดยรวม (n = 51)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านลักษณะงาน	3.56	0.48	สูง
ด้านค่านิยมองค์กร	3.60	0.63	สูง
ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน	3.50	0.78	สูง
ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน	3.47	0.59	ปานกลาง
ด้านผู้บังคับบัญชา	3.39	0.78	ปานกลาง
ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	3.41	0.88	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	3.35	0.86	ปานกลาง
รวม	3.48	0.51	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานในแต่ละด้าน รายละเอียด พบว่า

ด้านลักษณะงาน พบว่า ในเรื่องงานที่ทำอยู่ ต้องใช้ความรับผิดชอบเป็นอย่างมาก งานที่ทำอยู่มีความสำคัญต่อสำนักงานรัฐมนตรีงานที่ทำอยู่มีความน่าสนใจ หลากหลายและท้าทายความสามารถ ได้รับงานที่มีความท้าทายต่อความสามารถ สามารถควบคุมงานที่ทำได้ด้วยตนเอง และงานที่ได้รับมอบหมาย มีความเป็นระบบ ระเบียบ แบบแผนที่แน่นอน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (\bar{x} = 4.16, 4.02, 3.75, 3.65, 3.57 และ 3.53 ตามลำดับ) ส่วนในเรื่องมีอิสระในการทำงานอย่างเต็มที่ ได้ทำงานที่มีความชำนาญมีอำนาจในการตัดสินใจในงานที่รับผิดชอบอยู่ และมีโอกาสก้าวหน้าในงานที่ทำอยู่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 3.49, 3.45, 3.25 และ 2.71 ตามลำดับ) ซึ่งการมีโอกาสนี้ก้าวหน้าในงานที่ทำอยู่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด

ด้านค่านิยมขององค์กร พบว่า ในเรื่องมีความเข้าใจว่างานที่ทำส่งผลต่อองค์กรอย่างไรตระหนักว่าความสำเร็จในงานมีผลต่อค่านิยมสำนักงานรัฐมนตรี มีพฤติกรรมในการทำงานที่สอดคล้องกับพฤติกรรมที่องค์กรต้องการ และยึดเป้าหมายและคุณค่าขององค์กรประหนึ่งเป็นเป้าหมายของตัวเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (\bar{x} = 3.86, 3.67, 3.53 และ 3.53

ตามลำดับ) ส่วนในเรื่องมีความเชื่อต่อค่านิยมขององค์กร มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 3.43)

ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน พบว่า ในเรื่องเพื่อนร่วมงานมีความเอื้ออาทร มีความรู้สึกดี สนุกเพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับเพื่อนร่วมงาน เพื่อร่วมงานต่างเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในทุก ๆ เรื่อง และเพื่อนร่วมงานให้ความใส่ใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (\bar{x} = 3.73, 3.67, 3.63, 3.59, 3.59 และ 3.51 ตามลำดับ) ส่วนในเรื่องเพื่อนร่วมงานได้มีการแบ่งปันความรู้สึกกันอย่างเปิดเผยและกว้างขวาง เพื่อนร่วมงานให้ความสำคัญเมื่อมีปัญหาสามารถปรึกษากับเพื่อนร่วมงานได้ทุกเรื่อง และรู้สึกว่าตัวเองมีความสำคัญต่อองค์กร มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 3.49, 3.43, 3.29 และ 3.10 ตามลำดับ) ซึ่งการรู้สึกว่าตัวเองมีความสำคัญต่อองค์กร มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด

ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน พบว่า ในเรื่องสามารถแบ่งหรือใช้เวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวและที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและอยู่ในสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี ปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (\bar{x} = 3.67 และ 3.51) ส่วนในเรื่องมีชีวิต

ที่มีความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน และผู้บังคับบัญชามีการบริหารที่เป็นธรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 3.47 และ 3.22)

ด้านผู้บังคับบัญชา พบว่า ในเรื่องผู้บังคับบัญชามีความซื่อสัตย์ เป็นที่ไว้วางใจและนับถือของคนที่ไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (\bar{x} = 3.61) ส่วนในเรื่องผู้บังคับบัญชามีความยืดหยุ่นในการทำงาน ผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างและพัฒนาทีมงาน ผู้บังคับบัญชาให้เกียรติและรับฟังความเห็นของผู้อื่น ผู้บังคับบัญชากล้าตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผล ผู้บังคับบัญชาเมื่อกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วมักจะทำให้สำเร็จตามที่กำหนดไว้ และผู้บังคับบัญชากล้าคิดและตัดสินใจในสิ่งแปลกใหม่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 3.47, 3.41, 3.41, 3.31, 3.27 และ 3.22)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน ด้านต่าง ๆ ของบุคลากรสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข จำแนกรายประเด็น (n = 51)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านลักษณะงาน			
งานที่ทำอยู่ ต้องใช้ความรับผิดชอบเป็นอย่างมาก	4.16	0.76	สูง
งานที่ทำอยู่มีความสำคัญต่อสำนักงานรัฐมนตรี	4.02	0.76	สูง
งานที่ทำอยู่มีความน่าสนใจ หลากหลายและท้าทายความสามารถ	3.75	0.87	สูง
ได้รับงานที่มีความท้าทายต่อความสามารถ	3.65	0.93	สูง
สามารถควบคุมงานที่ทำได้ด้วยตนเอง	3.57	0.85	สูง
งานที่ได้รับมอบหมายมีความเป็นระบบ ระเบียบ แบบแผนที่แน่นอน	3.53	0.92	สูง
มีอิสระในการทำงานอย่างเต็มที่	3.49	0.81	ปานกลาง
ได้ทำงานที่มีความชำนาญ	3.45	1.05	ปานกลาง
มีอำนาจในการตัดสินใจในงานที่รับผิดชอบอยู่	3.25	0.93	ปานกลาง
มีโอกาสดำเนินงานในหน้าที่ทำอยู่	2.71	1.10	ปานกลาง
ด้านค่านิยมขององค์กร			
มีความเข้าใจว่างานที่ทำส่งผลต่อองค์กรอย่างไร	3.86	0.78	สูง
ตระหนักว่าความสำเร็จในงานมีผลต่อค่านิยมสำนักงานรัฐมนตรี	3.67	0.82	สูง
มีพฤติกรรมในการทำงานที่สอดคล้องกับพฤติกรรมที่องค์กรต้องการ	3.53	0.67	สูง
ยึดเป้าหมายและคุณค่าขององค์กรประหนึ่งเป็นเป้าหมายของตัวเอง	3.53	0.90	สูง
มีความเชื่อต่อค่านิยมขององค์กร	3.43	0.88	ปานกลาง

ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา พบว่า ในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การรายงานปัญหาการทำงานต่างๆ ต่อผู้บังคับบัญชาได้เสมอ ได้รับความช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชา กรณีมีปัญหาในการทำงานหรือกรณีต้องการความช่วยเหลือ ได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา และสามารถปรึกษาหารือหรือขอคำแนะนำจากผู้บังคับบัญชาได้ตลอดเวลา มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 3.47, 3.41, 3.37 และ 3.37)

ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พบว่า มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับปฏิบัติงานที่เพียงพอ สถานที่ทำงานมีความสะอาด เป็นระเบียบ และสถานที่ทำงานเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 3.43, 3.33 และ 3.27) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน ด้านต่าง ๆ ของบุคลากรสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข จำแนกรายประเด็น (n = 51) (ต่อ)

ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน			
เพื่อนร่วมงานมีความเอื้ออาทร	3.73	0.90	สูง
มีความรู้สึกดี สนุกเพลิดเพลินเมื่ออยู่กับเพื่อนร่วมงาน	3.67	0.93	สูง
มีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับเพื่อนร่วมงาน	3.63	0.87	สูง
เพื่อร่วมงานต่างเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกัน	3.59	0.88	สูง
ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานในทุก ๆ เรื่อง	3.59	0.90	สูง
เพื่อนร่วมงานให้ความใส่ใจ	3.51	0.95	สูง
เพื่อนร่วมงานได้มีการแบ่งปันความรู้กันอย่างเปิดเผยและกว้างขวาง	3.49	0.95	ปานกลาง
เพื่อนร่วมงานให้ความสำคัญ	3.43	1.02	ปานกลาง
เมื่อมีปัญหาสามารถปรึกษากับเพื่อนร่วมงานได้ทุกเรื่อง	3.29	0.94	ปานกลาง
รู้สึกว่าตัวเองมีความสำคัญต่อองค์กร	3.10	0.81	ปานกลาง
ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน			
สามารถแบ่ง/ใช้เวลาในการทำงานทำกิจกรรมส่วนตัวและที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.67	0.65	สูง
อยู่ในสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและใจ	3.51	0.86	สูง
มีชีวิตที่มีความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน	3.47	0.70	ปานกลาง
ผู้บังคับบัญชามีการบริหารที่เป็นธรรม	3.22	0.83	ปานกลาง
ด้านผู้บังคับบัญชา			
ผู้บังคับบัญชามีความซื่อสัตย์ เป็นที่ไว้วางใจและนับถือของคนทั่วไป	3.61	0.85	สูง
ผู้บังคับบัญชามีความยืดหยุ่นในการทำงาน	3.47	0.83	ปานกลาง
ผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างและพัฒนาทีมงาน	3.41	0.90	ปานกลาง
ผู้บังคับบัญชาให้เกียรติและรับฟังความเห็นของผู้อื่น	3.41	0.85	ปานกลาง
ผู้บังคับบัญชากล้าตัดสินใจ บนพื้นฐานของเหตุผล	3.31	0.93	ปานกลาง
ผู้บังคับบัญชา เมื่อกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วมักจะทำให้สำเร็จตามที่กำหนดไว้	3.27	1.00	ปานกลาง
ผู้บังคับบัญชากล้าคิดและตัดสินใจในสิ่งแปลกใหม่	3.22	0.99	ปานกลาง
ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา			
การรายงานปัญหาการทำงานต่าง ๆ ต่อผู้บังคับบัญชาได้เสมอ	3.47	0.86	ปานกลาง
ได้รับความช่วยเหลือจากผู้บังคับบัญชา กรณีมีปัญหาในการทำงานหรือกรณีต้องการความช่วยเหลือ	3.41	0.96	ปานกลาง
ได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา	3.37	0.96	ปานกลาง
สามารถปรึกษาหารือหรือขอคำแนะนำจากผู้บังคับบัญชาได้ตลอดเวลา	3.37	0.98	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ			
มีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับปฏิบัติงานที่เพียงพอ	3.43	1.01	ปานกลาง
สถานที่ทำงานมีความสะอาด เป็นระเบียบ	3.33	0.97	ปานกลาง
สถานที่ทำงานเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน	3.27	0.92	ปานกลาง

ความสุขในการทำงาน โดยรวมพบความสุขในการทำงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.74$) เมื่อพิจารณาความสุขในการทำงานในแต่ละเรื่อง พบว่า บุคลากรมีความรู้สึกกระตือรือร้นในการทำงาน โดยเกิดความรู้สึกว่าอยากทำงาน มีความรู้สึกเพลิดเพลินในงาน โดยเกิดความรู้สึกพอใจ เพลิดเพลิน เต็มใจ สนใจ

มีความภูมิใจและยินดีในการปฏิบัติงาน และมีความรู้สึกที่นรมยในการทำงานโดยเกิดความรู้สึกสนุกกับงานและไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลใดๆ ในการทำงานในระดับสูง ($\bar{x} = 3.84, 3.82$ และ 3.57) รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสุขในการทำงานของบุคลากรสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข จำแนกรายประเด็นและโดยรวม ($n = 51$)

ความสุขในการทำงาน	\bar{x}	S.D.	ระดับ
มีความรู้สึกกระตือรือร้นในการทำงาน โดยเกิดความรู้สึกว่าอยากทำงาน	3.84	0.81	สูง
มีความรู้สึกเพลิดเพลินในงาน โดยเกิดความรู้สึกพอใจ เพลิดเพลิน เต็มใจ สนใจ มีความภูมิใจและยินดีในการปฏิบัติงาน	3.82	0.79	สูง
มีความรู้สึกที่นรมยในการทำงานโดยเกิดความรู้สึกสนุกกับงานและไม่มีความรู้สึกวิตกกังวลใดๆ ในการทำงาน	3.57	0.76	สูง
รวม	3.74	0.67	สูง

เปรียบเทียบตำแหน่งกับความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงาน พบว่า ตำแหน่งที่แตกต่างกัน ไม่ได้ทำให้ความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากรมีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$)

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานกับความสุขในการทำงาน พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ในระดับปานกลาง ($r = 0.700$) กับความ

สุขในการทำงาน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านลักษณะงาน ด้านค่านิยมองค์กร ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ในระดับปานกลาง กับความสุขในการทำงาน ในทุกด้านดังกล่าว ($r = 0.421 - 0.650$) รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานกับความสุขในการทำงานของบุคลากรสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข ($n = 51$)

ตัวแปรปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของความสุขในการทำงาน	ระดับความสัมพันธ์
ด้านลักษณะงาน	0.489**	ปานกลาง
ด้านค่านิยมองค์กร	0.467**	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน	0.421**	ปานกลาง
ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน	0.568**	ปานกลาง

ตาราง 5 คำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข (n = 51) (ต่อ)

ตัวแปรปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของความสุขในการทำงาน	ระดับความสัมพันธ์
ด้านผู้บังคับบัญชา	0.627**	ปานกลาง
ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	0.566**	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	0.650**	ปานกลาง
โดยรวม	0.700**	ปานกลาง

หมายเหตุ ** หมายถึง $p < 0.01$

ข้อเสนอแนะในการสร้างความสุข

ด้านการงาน ควรปรับปรุงการบริหารจัดการงานอย่างเป็นระบบ สร้างความมีน้ำใจและความปรองดองแก่เจ้าหน้าที่ ปกัษาหรือ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน อบรมและพัฒนาเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง และใช้เทคโนโลยีมาช่วยทำงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.9, 3.9, 2.0, 2.0 และ 2.0 ตามลำดับ

ด้านสิ่งแวดล้อมสถานที่ทำงาน ควรปรับปรุงสถานที่ทำงานให้สะอาดและน่าอยู่ และขยายที่ทำงานให้กว้างขึ้น ร้อยละ 7.8 และ 7.8

ด้านการบังคับบัญชา ควรปรับปรุงการรับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา และการเลื่อนเงินเดือนอย่างเป็นธรรม ร้อยละ 5.9 และ 3.9 ตามลำดับ

ด้านอื่น ๆ มีข้อเสนอแนะให้มีการปรับปรุงในเรื่องเพิ่มค่าตอบแทน และปรับปรุงคอมพิวเตอร์ที่ใช้ทำงาน ร้อยละ 13.7 และ 2.0 ตามลำดับ

อภิปรายผล

บุคลากรในสังกัดสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข มีความสุขในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ การทำงานในสำนักงานรัฐมนตรีค่อนข้างมีอิสระในการทำงาน มีจำนวนเจ้าหน้าที่พอเพียง ระบบการจัดการ และการบังคับบัญชาไม่มีความซับซ้อน เจ้าหน้าที่ที่มีความผูกพันที่ดีกับองค์กร เจ้าหน้าที่จึงมีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาความสุขในการทำงานในแต่ละประเด็นพบว่า ในทุกเรื่องอยู่ในระดับสูงเช่นกัน สอดคล้องกับ

แนวคิดของ มาร์ติน เซลลิแกน (Martrin Seligman)⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า การทำงานอย่างมีความสุข คือการที่บุคคลมีความรู้สึกตื่นเต้นกับสิ่งที่ตนปรารถนา หรือพอใจ ผูกพันกับงานอย่างจริงจัง ทำงานด้วยความรื่นรมย์ ความรัก และความรู้สึกว่าการทำงานนั้น ตอบสนอง หรือมีส่วนกับความสำเร็จขององค์กร และการศึกษาของกัลยารัตน์ อ่องคณา⁽⁸⁾ ที่พบว่า พยาบาลประจำการที่มีความมุ่งมั่นและตั้งใจที่จะปฏิบัติงาน จะมีความผูกพัน เอาใจใส่งาน มีความรับผิดชอบต่องานที่กระทำ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง กับความสุขในการทำงาน และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านลักษณะงาน ด้านค่านิยมองค์กร ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ทั้งนี้

- ด้านลักษณะงาน ในการทำงานที่มีลักษณะงานที่ดีจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลรู้สึกอยากทำงาน เพื่อสร้างผลงานให้มีคุณค่าและเป็นรางวัลตอบแทนตนเอง ลักษณะงานที่มีคุณค่าจะทำให้ผู้ทำงานเกิดความ ต้องการทุ่มเทและเกิดความรู้สึกอยากทำงาน อาทิ ต้องใช้ทักษะความชำนาญและความสามารถหลาย ๆ อย่าง ทำทนายความสามารถ การตัดสินใจด้วยตนเอง ผลงานของงานนั้นมีคุณค่าและมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลหรืองานของผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสุขในการทำงาน ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ เมตตารมณ⁽⁹⁾ และรุจิรา พชรปกรณพงศ์⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านลักษณะงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความสุขในการทำงาน

- ด้านค่านิยมองค์กร ในการทำงานร่วมกัน อย่างมีความสุขนั้น ค่านิยมขององค์กรถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง ที่เจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่นั้น ต้องมองเห็นความสำคัญและมีเป้าหมายเช่นเดียวกับองค์กร มีการตระหนักถึง ยึดเอาเป้าหมายวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมขององค์กร เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการทำงาน ส่งผลต่อความพึงพอใจ และความสุขในการทำงาน⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของปฏิภาค บุญมั่งมี⁽¹²⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านค่านิยมขององค์กร มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน เสาวนีย์ เมตตารมณ⁽⁹⁾ พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านลักษณะงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความสุขในการทำงาน

- ด้านความสัมพันธ์ในการทำงาน ทั้งนี้ สัมพันธภาพที่ดีช่วยเสริมสร้างความสุขในการทำงาน สร้างเสริมคุณภาพงาน นำมาซึ่งความสุขความสำเร็จในการทำงาน⁽¹³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ รวมศิริ เมนะโพธิ⁽¹⁴⁾ พบว่า ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน เป็นปัจจัยก่อให้เกิดการทำงานอย่างมีความสุข เสาวนีย์ เมตตารมณ⁽⁹⁾ และรุจิรา พชรปกรณพงศ์⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านความสัมพันธ์ในการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความสุขในการทำงาน

- ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ทั้งนี้ การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงาน จะทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้สึกที่ดีกับงาน พอใจที่จะทำงาน และจะส่งผลให้เกิดความสุขในการทำงาน นภัชชล รอดเที่ยง⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ รวมศิริ เมนะโพธิ⁽¹⁴⁾ และปฏิภาค บุญมั่งมี⁽¹²⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน เสาวนีย์ เมตตารมณ⁽⁹⁾ และรุจิรา พชรปกรณพงศ์⁽¹⁰⁾

พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความสุขในการทำงาน

- ด้านผู้บังคับบัญชา หรือผู้นำ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการทำให้บุคลากรในองค์กรเกิดความสุขในการทำงาน โดยลักษณะของผู้นำที่จะเสริมสร้างการทำงานที่มีความสุขให้เกิดขึ้น ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ และบรรลุผลสำเร็จ เป็นผู้จูงใจผู้อื่นให้ปฏิบัติตาม เป็นผู้กำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กร รวมทั้งผู้นำที่สามารถใช้อำนาจอิทธิพลต่าง ๆ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมเพื่อนำกลุ่มประกอบกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ผู้นำจะต้องมีความยุติธรรม มีความมั่นใจ กล้าตัดสินใจ บริหารงานอย่างโปร่งใส และให้ความสำคัญกับความสำเร็จที่เกิดขึ้น⁽¹⁶⁾ ดังนั้น ผู้นำจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะเสริมสร้างความสุขให้กับพนักงาน /บุคลากรในองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของปฏิภาค บุญมั่งมี⁽¹²⁾ ที่พบว่า ปัจจัยด้านผู้นำมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน เสาวนีย์ เมตตารมณ⁽⁹⁾ และรุจิรา พชรปกรณพงศ์⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านผู้บังคับบัญชามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความสุขในการทำงาน

- ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา การสนับสนุนเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้การทำงานเกิดความสำเร็จในการทำงาน เกิดความคล่องตัว ความเชื่อใจ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลรู้สึกอยากทำงาน เพื่อสร้างผลงานให้มีคุณค่าและเป็นรางวัลตอบแทนตนเอง⁽¹⁷⁾ ดังนั้น การสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจ และเกิดความสุขในการทำงาน ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ เมตตารมณ⁽⁹⁾ และรุจิรา พชรปกรณพงศ์⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความสุขในการทำงาน

- ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในการปฏิบัติงาน ถ้าผู้ปฏิบัติงานอยู่ในสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่

ความสุขลักษณะและปลอดภัย ก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสนใจและมีกำลังใจในการทำงาน เกิดความสุขในการทำงาน เป็นไปตามหลักของมาสโลว์ที่กล่าวว่า มนุษย์เราทุกคนต้องการความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต⁽¹⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ เมตตารมณ⁽⁹⁾ และรุจิรา พชรปรกรณ์พงค์⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความสุขในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน ในด้านลักษณะงาน ด้านค่านิยมองค์กร ด้านความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ด้านคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านผู้บังคับบัญชา ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงาน ดังนั้น การปรับปรุง พัฒนาให้เกิดความสุขในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ก็ควรทำให้เจ้าหน้าที่ มีลักษณะงาน มีค่านิยมองค์กร มีความสัมพันธ์ในที่ทำงาน มีคุณภาพชีวิตในการทำงาน มีผู้บังคับบัญชาที่ดี ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และมีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในการทำงานที่ดี เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะมีผลให้เจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในด้านต่าง ๆ ที่ยังอยู่ในระดับปานกลางโดย

- ด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน ควรปรับปรุงเรื่องการทำให้บุคลากรมีชีวิตที่มีความสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน และผู้บังคับบัญชาควรมีการบริหารที่เป็นธรรมเพิ่มขึ้น

- ด้านผู้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชาควรปรับปรุงเรื่องความยืดหยุ่นในการทำงาน เป็นผู้ที่มีความบทบาทสำคัญในการสร้างและพัฒนาทีมงานให้เกียรติและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น กล้าตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผล เมื่อกระทำการหนึ่งสิ่งใดแล้วควรทำให้

สำเร็จตามที่กำหนดไว้ และกล้าคิดและตัดสินใจในสิ่งแปลกใหม่ เพิ่มมากขึ้น

- ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ผู้บังคับบัญชาควรสนับสนุนผู้ใต้บังคับบัญชาเพิ่มขึ้นในเรื่อง การอนุญาตให้ผู้ใต้บังคับบัญชารายงานปัญหาการทำงานต่าง ๆ ต่อผู้บังคับบัญชาได้เสมอ ช่วยเหลือผู้ใต้บังคับบัญชา กรณีมีปัญหาในการทำงานหรือกรณีต้องการความช่วยเหลือ ให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติงาน และให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปรึกษาหารือหรือขอคำแนะนำจากได้ตลอดเวลา เพิ่มขึ้น

- ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ควรปรับปรุงพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการทำงานในเรื่องความสะดวก เป็นระเบียบของที่ทำงาน จัดสถานที่ทำงานให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน และมีอุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับปฏิบัติงานที่เพียงพอ เพิ่มขึ้น

2. บุคลากรในสังกัดสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข มีความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูงทั้งในภาพรวม และรายประเด็น ยกเว้นในเรื่องพร้อมที่จะเปลี่ยนไปทำงานที่อื่น ถ้ามีข้อเสนอที่ดีกว่า ซึ่งควรนำมาพิจารณาหาแนวทางให้บุคลากรดังกล่าว รักและผูกพันกับองค์กรมากขึ้น อาทิ สร้างความก้าวหน้าในสายงาน หรือเพิ่มแรงจูงใจต่างๆ เพิ่มมากขึ้น

3. ควรรักษาความผูกพันกับองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากรในแต่ละสายงานให้อยู่ในสภาพที่ไม่แตกต่างกัน ไม่เกิดความเหลื่อมล้ำ และควรปรับปรุงพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นไป

4. ควรปรับปรุงตามข้อเสนอแนะในการสร้างความสุขในการทำงาน เพื่อให้เกิดความสุขในการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะในสิ่งที่หลายคนมีความต้องการ ได้แก่ ผู้บริหารควรจัดการงานอย่างเป็นระบบ และรับฟังความคิดเห็นของผู้ใต้บังคับบัญชา ควรปรับปรุงสถานที่ทำงานให้สะอาด น่าอยู่ไม่คับแคบ และเพิ่มค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่ ในกรณีที่ระเบียบทางราชการเอื้ออำนวย

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ปวีณา ธารสนธยา. ความผูกพันต่อองค์กรและความสุขในการทำงาน ของบุคลากรสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2559; 1(1): 85-97.

Suggested Citation for this Article

Tarnsondhaya P. Organizational Commitment and Working Happiness of the Employees in the Office of the Minister, Thailand Ministry of Public Health, Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2016; 1(1): 85-97.

เอกสารอ้างอิง

1. วทีนาจันทร์นวล. การบริหารยุคใหม่กับการพัฒนาบุคลากร. (ระบบออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.tsu.ac.th> (วันที่ค้นข้อมูล : 8 กรกฎาคม 2559)
2. จรรยา ดาสา. ความสุขในที่ทำงาน (Happy Workplace). (ระบบออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://www.il.mahidol.ac.th/th/images/stories/exchange/7-05-52_Column_6.pdf (วันที่ค้นข้อมูล : 10 กันยายน 2559)
3. รวมศิริ เมนะโพธิ. เครื่องมือวัดการทำงานอย่างมีความสุข กรณีศึกษา นักศึกษาภาคพิเศษระดับปริญญาโท สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. สารนิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2550.
4. ชนิษฐา ไชยฤกษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสุขและคุณภาพการให้บริการของพนักงานให้บริการ ลูกค้าในฝ่ายขาย : กรณีศึกษาสายการบินแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2550.
5. อมรทองรักษ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในงาน และความผูกพันต่อองค์กรของทีมนักศึกษา

ศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2548.

6. ศุภกิจ ศิริลักษณ์. นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (หน่วยบริการปฐมภูมิ). (ระบบออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://phmahidol-bhusita.blogspot.com/2010/02/blog-post.html> (สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2559)
7. Martrin Seligman. The Power of Happiness. Rotman Magazin Spring / Summer. 2002.
8. กัลยารัตน์ อ่องคณา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้คุณค่าในตน สภาพแวดล้อมในงาน กับความสุขในการ ทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลเอกชนเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549.
9. เสาวนีย์ เมตตารมณ. ความผูกพันต่อองค์กร และความสุขในการทำงานของบุคลากรกลุ่มภารกิจอำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. รายงานวิจัย. 2555.
10. รุจิรา พชรปกรณ์พงศ์. ความผูกพันต่อองค์กรและมีความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานวิจัย. 2556.
11. จารุมา ชูช่วง. ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมในการทำงานและบทบาทการบังคับบัญชาของหัวหน้างานกับพฤติกรรมการทำงาน กรณีศึกษา หน่วยงานภาครัฐแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2550.
12. ปฎิภาค บุญมั่งมี. ความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจจราจร ศูนย์การจราจร ตำรวจภูธรจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2553.
13. นียดา ผุยเจริญ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของ พยาบาลวิชาชีพ

- โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545.
14. รวมศิริ เมนะโพธิ. เครื่องมือวัดการทำงานอย่างมี
ความสุข กรณีศึกษานักศึกษากาศพิเศาระดับ
ปริญญาโท สถาบัน บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
สารนิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2550.
 15. นภัชชล รอดเที่ยง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุข
ในการทำงานของบุคลากรที่สังกัดศูนย์อนามัย
ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชา
เอกอนามัยครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550.
 16. ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. การจัดการและ
พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร : บริษัท
ธีระฟิล์มและไซเท็กซ์ จำกัด. 2550.
 17. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหาร.
พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
2545.
 18. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขต
ขอนแก่น. สิ่งแวดล้อมในการทำงาน. (ระบบ
ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.tsu.ac.th>
(วันที่ค้นข้อมูล : 10 กันยายน 2559)

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

ในการอ้างอิงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเรื่องนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ () ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน

เอกสารที่นำมาอ้างอิงส่วนใหญ่เป็นวารสารวิชาการ หนังสือ รายงานการประชุมสัมมนา วิทยานิพนธ์ หนังสือพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ แต่ละประเภทมีวิธีเขียนในรูปแบบที่แตกต่างกันไป ดังนี้

1. บทความจากวารสารวิชาการมาตรฐาน (Standard journal article)

รูปแบบพื้นฐาน

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

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

ชื่อวารสาร ให้ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus สำหรับวารสารใดไม่มีการกำหนดชื่อย่อไว้ ให้ใช้ชื่อเต็ม

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

ตัวอย่าง

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

2. หนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน

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

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

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

ตัวอย่าง

2.1 ผู้นิพนธ์คนเดียว

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

2.2 หนังสือที่มีบรรณาธิการ ผู้รวบรวม หรือประธานเป็นผู้แต่ง

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

2.3 บทหนึ่งในหนังสือ

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

3. เอกสารอื่นๆ

3.1 วิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน

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

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

3.2 บทความในเอกสารการประชุมวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน

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

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

4. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต

รูปแบบพื้นฐาน

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

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

ใบแจ้งความประสงค์ขอส่งบทความลงตีพิมพ์
(กรณารอกแบบฟอร์มโดยใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว อื่นๆ (โปรดระบุ)

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่งทางวิชาการ (โปรดระบุ)

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร E-mail

มีความประสงค์ขอส่งบทความ เรื่อง :

ชื่อบทความ (ภาษาไทย)

.....

ชื่อบทความ (ภาษาอังกฤษ).....

.....

บทความของข้าพเจ้าเป็นบทความต้นฉบับที่ไม่เคยเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ใช่ ไม่ใช่

เพื่อลงตีพิมพ์ใน วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....

.....

โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร E-mail

.....ลายมือชื่อ

(.....)

เจ้าขอบทความ

สถานที่ส่งใบแจ้งความประสงค์และบทความ

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

24/56 หมู่ 3 ถนนพหลโยธิน แขวงอนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพฯ 10220

โทรศัพท์ 0 2972 9606 – 9 โทรศัพท์มือถือ 09 8869 8846, 08 6798 3777 โทรสาร 0 2972 9606 ต่อ 22

E-mail : j.iudc13@gmail.com

