



วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

INSTITUTE FOR URBAN DISEASE CONTROL AND PREVENTION JOURNAL

กรมควบคุมโรค
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2560 Volume 2 No.3 September - December 2017

คณะที่ปรึกษา

นพ.วินัย วุฒิวิโรจน์

ดร.นพ.โสภณ

เอี่ยมศิริถาวร

นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันทน์

บรรณาธิการ

นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ

กองบรรณาธิการ

นางศรินทร สนธิศิริกฤตย์

นางรุจิรา ตระกูลพั้ว

นางลดาวัลย์ สนวนงาม

นายอมรชัย ไตรคุณากรวงศ์

ดร.วิจิษณา หุตานนท์

ดร.ไมลา อิศระสงคราม

คณะจัดการ

นางตรียมร วิสุทธิติริ

นางอรนงค์ คงเรือง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคและหน่วยงานอื่นๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างนักวิชาการหรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรค และภัยสุขภาพ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ ทางคณะกรรมการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

การรับเรื่องต้นฉบับ เรื่องที่รับไว้ คณะกรรมการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ เรื่องที่ไม่ได้พิจารณาตีพิมพ์ คณะกรรมการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน การเตรียมบทความลงพิมพ์มีคำแนะนำดังนี้

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ความยาวไม่เกิน 6 – 8 หน้า ใช้ตัวอักษร Cordia New ขนาด 14 point
2. การเตรียมบทความลงพิมพ์
 - 2.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัดได้ใจความครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.2 ชื่อผู้เขียน มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 2.3 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด และชัดเจน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
 - 2.4 บทคัดย่อ การย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นร้อยแก้ว เพียงหนึ่งย่อหน้า ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และอภิปรายหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงบรรณอ้างอิง 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 ไม่ใช่ความเห็นของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง หรือคณะกรรมการ แต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

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

สารบัญ (Contents)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)	หน้า (Pages)
☆ สถานการณ์ สาเหตุ และผลการรักษาภาวะโลหิตจางในคลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพมหานคร Anemia: Situation, Cause and Results of Treatment Guideline, Regional Health Center 13, Bangkok วิทยา บุญเลื่อง	1
☆ ความถูกต้องของผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ของโรงพยาบาล ในเขตรับผิดชอบของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง Accuracy of Microscopic Examination for Tuberculosis AFB smear among Hospitals under the Institute for Urban Disease Control and Prevention's supervision สุวรรณา เพ็ชรโต	12
☆ ประเมินผลรูปแบบการจัดการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในกรุงเทพมหานคร Evaluation of the Dengue management Model in Bangkok ภavana สุติพันธุ์วิหาร	19
☆ การจัดการลดความเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงในกลุ่มประชากรพระที่จำพรรษาในเขตเมือง The risk of central obesity in the population of monks in urban area แสงอรุณ สร้อยรยางศิริ	32
☆ การพัฒนางานหลักสู่งานวิจัย ภายใต้พระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดเลย ปี พ.ศ.2560 Routine to research to the development of main tasks to research determination by Her Royal Highness Princess Chulabhorn to Animal Free of Rabies: Human are safe from the Disease in Loei Province 2017 อังษณา ยศปัญญา	39
☆ การพยาบาลชุมชน ศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุติดเตียง เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร Community Nursing study situation health status of the disabled And the elderly are attached to the bed Kannayao District Bangkok อรอนงค์ คงเรือง	51

สารบัญ (Contents)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)	หน้า (Pages)
☆ สถานการณ์การละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร Situation Violation of Alcohol Control Law Tobacco Products Control Law And the law protects the health of non-smokers. In Bangkok area ณัฐภูมิ แดงสวัสดิ์	64
☆ ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยัก ในกลุ่มเป้าหมายอายุ 20-50 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558 Factors Associated with the uptake of diphtheria and tetanus vaccination the target group 20-50 year old in Bangkok. Since 2558 รุจิรา ตระกูลพั่ว	73
☆ ภาคผนวก ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)	85

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

สถานการณ์ สาเหตุ และผลการรักษาภาวะโลหิตจาง
ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพมหานคร
Anemia: Situation, Cause and Results of Treatment Guideline,
Regional Health Center 13, Bangkok

วียดา บุญเลื่อง¹¹ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพมหานครWiyada Boonlueang¹¹Regional Health Center 13, Bangkok

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจาง (anemia) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเด็ก ช่วงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง ได้แก่ ทารก เด็กวัย 6 - 24 เดือน เด็กวัยเรียน อย่างไรก็ตามการขาดธาตุเหล็กในทารกและเด็กวัยก่อนเข้าเรียน ถือว่ามีความสำคัญ เนื่องจากส่งผลต่อพัฒนาการ ระดับสติปัญญา และความสามารถในการเรียนรู้ เป็นอุปสรรคสำหรับการพัฒนาเด็กให้เติบโตเต็มศักยภาพ มีสุขภาพดี และมีแนวโน้มที่พร้อมเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ วัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์ของภาวะโลหิตจาง สาเหตุที่พบบ่อย และผลการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำธาตุเหล็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัย ที่ 13 กรุงเทพมหานคร รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของเด็กอายุ 9 -12 เดือน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 มีนาคม 2560

ผลการศึกษา พบภาวะโลหิตจาง 212 คน จาก 539 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 คิดเป็นเพศชายร้อยละ 58 เพศหญิง ร้อยละ 42 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะโลหิตจาง ได้แก่ เพศชายมากกว่าเพศหญิง (odds ratio 1.51 เท่า, 95% CI 1.07 - 2.15) เด็กที่ดื่มนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือน มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางเป็น 2.33 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ดื่มนมผสม (odds ratio 2.33 เท่า, 95% CI 1.48-3.66) และเป็น 2.20 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ดื่มนมแม่และนมผสม (odds ratio 2.2 เท่า, 95% CI 1.46-3.32) เปรียบเทียบเรื่องโภชนาการกับภาวะโลหิตจาง พบเด็กที่มีน้ำหนักตามมาตรฐาน พบสัดส่วนของภาวะโลหิตจางน้อยสุด คือร้อยละ 38.5 ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) ของเด็กในกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง พบว่า มีค่า > 33% ถึงร้อยละ 73.6 และขนาดเม็ดเลือดแดง (MCV) ของเด็กในกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง พบว่า < 70fL ร้อยละ 88.68 สาเหตุหลักในภาวะโลหิตจางจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เป็นธาลัสซีเมีย หรือธาลัสซีเมียร่วมกับภาวะขาดธาตุเหล็ก โดยพบร้อยละ 73.1 และร้อยละ 21.4 ตามลำดับ ซึ่งแอลฟาธาลัสซีเมียพบมากที่สุดคือร้อยละ 33 ส่วนโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างเดียว พบในการศึกษาครั้งนี้เพียงร้อยละ 5.5

คำสำคัญ: โลหิตจาง, เด็กปฐมวัย (0-5ปี), การขาดธาตุเหล็ก, ความเข้มข้นของเลือด (Hct), ขนาดเม็ดเลือดแดง (MCV), ธาลัสซีเมีย

Abstract

Anemia is an important public health challenge in children .Especially in the under five years old children which potentially effect their growth retardation, attention deficits, and learning disabilities. Tackling the issue is therefore a key to ensure children to live in all fullness and become assets of the nation. This cross sectional study aimed to describe the situation of anemia, cause and treatment result guideline for anemia in children. Data from 539 patient profile cards of 9–12 months old children visited the well child clinic of Regional Health Center 13, Bangkok were collected between October 2015 to March 2017.

The results showed that 212 from 539 children (39.3%) had anemia. Boys had anemia more than girls (58% vs 42%). Sex and breastfeeding of children were associated with anemia. Boys are more likely to be anemic than girls (odds ratio=1.51, 95% CI 1.07–2.15), especially children from breastfeeding were more odd to anemia than from infant formula feeding and infant formula mix with breastfeeding by 2.33 (95%CI 1.48–3.66) and 2.20 (95% CI 1.46–3.32), respectively. Hct of the anemic children group was most likely more than 33% and MCV of this group showed most likely less than 70 fL. The major cause of anemia in this study was Thalassemia (73%) which alpha thalassemia type was the most common (33%) while iron deficiency anemia was found only about 5.5%.

Keywords: anemia, preschool children, iron deficiency anemia, hematocrit, mean corpus volume, thalassemia.

บทนำ

ภาวะโลหิตจาง (anemia) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเด็ก ช่วงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางได้แก่ทารก เด็กวัย 6–24 เดือน เด็กวัยเรียน อย่างไรก็ตามการขาดธาตุเหล็กในทารก และเด็กวัยก่อนเข้าเรียนถือว่ามีผลสำคัญ เนื่องจากส่งผลต่อการพัฒนาการระดับสติปัญญา และความสามารถในการเรียนรู้⁽¹⁾ แม้ให้การรักษากลับมาเป็นปกติพบว่ายังคง มีสติปัญญา และผลการเรียนด้อยกว่าเด็กที่ไม่เคยมีภาวะโลหิตจาง⁽²⁾ ดังนั้นการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การให้การป้องกันในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และการให้การรักษาดังแต่ระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย และสมอง

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1993–2005 คาดว่าประชากร 1.62 พันล้านคน มีภาวะโลหิตจาง คิดเป็นร้อยละ 24.8 ของประชากร

ทั่วโลก พบความชุกสูงสุดในเด็กก่อนวัยเรียน (อายุแรกเกิด–4.99ปี) ร้อยละ 47.4 คิดเป็นประชากรทั้งหมด 293.1 ล้านคน ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบโลหิตจางในกลุ่มเด็กเล็กในภาพรวมสูงถึงร้อยละ 65.5 คิดเป็น 115.3 ล้านคน ส่วนในประเทศไทยพบร้อยละ 25.2⁽³⁾

จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยโดยกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2546⁽⁴⁾ โดยการสุ่มครัวเรือนที่มีเด็กอายุ 0–5 ปี ตามภูมิภาคต่าง ๆ จำนวน 4,083 ครัวเรือน ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ คือมีระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11 กรัม/เดซิลิตร หรือระดับฮีมาโตคริตน้อยกว่าร้อยละ 33 ในเด็กอายุ 3 เดือน – 4 ปี พบภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6–11 เดือน ร้อยละ 56.3 และพบภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 1–5 ปี ร้อยละ 25.9 จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับรุนแรงมากและ

ปานกลางตามลำดับ ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก⁽⁶⁾ พญ.สุภาพรธรรม ตันตราชีวิต⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กทารกแรกเกิด – 1 ปี ที่เลี้ยงด้วยนมแม่ และนมผงดัดแปลงสำหรับทารก ในปี พ.ศ. 2546 พบเด็กทารกมีภาวะโลหิตจางร้อยละ 26.4 ซึ่งเป็นภาวะโลหิตจางที่มีสาเหตุจากการขาดธาตุเหล็กถึงร้อยละ 54.1 โดยเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากกว่าเด็กที่เลี้ยงด้วยนมผงดัดแปลงสำหรับทารก

ในประเทศไทย กรมอนามัยได้ดำเนินการแก้ปัญหาการขาดธาตุเหล็กและวิตามิน โดยการสนับสนุนการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือน – 3 ปีทุกคน ซึ่งเป็นหนึ่งในกิจกรรมในแนวทางการปฏิบัติของการบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ พบว่ามีเด็กได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพียงร้อยละ 55.2 ในปีงบประมาณ 2552 และร้อยละ 57.1 ในปีงบประมาณ 2553⁽⁸⁾ เนื่องจากยาดังกล่าวเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และการสนับสนุนยามีจำนวนจำกัด ทำให้บางโรงพยาบาล ไม่สามารถจัดซื้อยาและแจกให้เด็กได้อย่างเพียงพอ ในขณะเดียวกัน มีโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่นเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของการบริการของคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ นอกจากนี้การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็ก การวินิจฉัย การรักษา และการติดตามยังไม่มีมาตรฐานชัดเจนในแต่ละโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยได้มีคำแนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะซีดในเด็กอายุ 6-12 เดือนก็ตาม⁽⁹⁾

นอกจากนี้ ภาวะธาลัสซีเมียมีอุบัติการณ์ ความชุก และความหลากหลายสูง เกิดจากสาเหตุได้หลายสาเหตุ และก่อให้เกิดโรคที่มีอาการรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทยและประเทศอื่น ๆ ในอาเซียน การควบคุมและป้องกันโรคให้ได้ผลจำเป็นต้องศึกษาถึงสาเหตุและความผิดปกติของยีนที่เกี่ยวข้อง การศึกษาพื้นฐาน การเกิดโรคธาลัสซีเมียในระดับโมเลกุล จึงมีส่วน

สำคัญต่อการให้การดูแลรักษา ให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุกรรมแก่ผู้ที่เป็นพาหะ ผู้ป่วย ครอบครัวญาติพี่น้อง และผู้ที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาเทคนิคการตรวจวินิจฉัยยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการศึกษาทางด้านประชากรพันธุศาสตร์⁽¹⁰⁾ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาโลหิตจาง นำไปสู่การค้นหาสาเหตุ และดูแลให้การรักษอย่างเป็นระบบ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือนในคลินิกเด็กดี การศึกษาพื้นฐานการเกิดโรคธาลัสซีเมียในระดับโมเลกุล เพื่อให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง จึงควรมีข้อมูลสนับสนุนในเรื่องของสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กเล็ก รวมถึงการวางแผนทางการคัดกรอง การรักษาที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่สอดคล้องกับแนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะโลหิตจางในเด็ก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 9 -12 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนเด็กที่มีภาวะโลหิตจาง จำแนกตามข้อมูลลักษณะกลุ่มเด็กที่ทำการศึกษา
3. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะกลุ่มเด็กที่ทำการศึกษา กับภาวะโลหิตจาง
4. เพื่อเปรียบเทียบผลของการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กที่มีภาวะโลหิตจาง
5. เพื่อศึกษาสาเหตุที่พบบ่อยในเด็กที่มีภาวะโลหิตจาง

คำจำกัดความ

ภาวะโลหิตจาง หมายถึง การลดลงอย่างผิดปกติของจำนวนเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือด และหรือ ปริมาณความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน

(Hemoglobin, Hb) โดยการลดลงดังกล่าวต่ำกว่าค่าปกติในแต่ละกลุ่มอายุสำหรับปริมาณของเม็ดเลือดแดงอัดแน่นซึ่งเรียกว่าฮีมาโตคริต (Hematocrit, Hct) คิดเป็นเปอร์เซ็นต์นั้นอาจลดลงหรือไม่ก็ได้⁽¹¹⁾ การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในเด็ก ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามมาตรฐานภาวะโลหิตจางในเด็ก โดยอ้างอิงตาม Oski FA ดังนี้ ค่า Hb, Hct, และ MCV ใช้ค่า cut off ที่ต่ำกว่า 2 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (-2SD) ของค่าเฉลี่ย (mean) ณ ช่วงอายุนั้น ๆ คือ เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ใช้ค่า Hb < 11 g/dL หรือ Hct < 33% และ MCV < 70 fL⁽¹²⁾

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของเด็กอายุ 9-12 เดือน ที่มารับบริการฉีดวัคซีน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพมหานคร

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าทำการศึกษา: เด็กอายุ 9-12 เดือน ที่มารับบริการฉีดวัคซีน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558-30 มีนาคม 2560 และมีประวัติได้รับการตรวจเลือด CBC เพื่อตรวจหาภาวะโลหิตจางเป็นครั้งแรก

วิธีดำเนินการวิจัย: เก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของเด็กอายุ 9-12 เดือน ที่มารับบริการฉีดวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558-30 มีนาคม 2560 โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเพศ ช่วงอายุ ภาวะโภชนาการ (โดยเทียบกับตามกราฟมาตรฐานของเด็กอายุ 0-2 ปี) ประวัติการทานนมแม่ (นมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน, นมผสม, นมแม่และนมผสม) นำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจาง และกลุ่มที่ไม่มีภาวะโลหิตจางจากการตรวจ CBC ในครั้งแรกติดตาม CBC ในกลุ่มที่ฉีดครั้งแรกจากการตรวจ CBC ครั้งที่ 2

และเพิ่มการตรวจ Hb typing ร่วมด้วยในกรณีที่มีประวัติพ่อหรือแม่เป็นธาลัสซีเมีย หรือสงสัยภาวะธาลัสซีเมีย หลังให้การรักษาด้วยยาน้ำธาตุเหล็ก ขนาดมาตรฐานการรักษา 4-6 mg/kg/day นาน 3 เดือน⁽¹²⁾

วิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังการรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ใช้อธิบายข้อมูลลักษณะกลุ่มเด็กที่ทำการศึกษาระดับของค่า Hct ของเด็กที่มีภาวะโลหิตจาง สาเหตุของภาวะโลหิตจาง และผลของการรักษาภาวะโลหิตจางด้วยยาน้ำธาตุเหล็กในเด็กที่มีภาวะโลหิตจาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

2.1 เปรียบเทียบจำนวนเด็กที่มีภาวะโลหิตจาง จำแนกตามข้อมูลลักษณะกลุ่มเด็กที่ทำการศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ และภาวะโภชนาการ โดยใช้ chi-square ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะกลุ่มเด็กที่ทำการศึกษากับภาวะโลหิตจาง โดยใช้ Binary logistic regression และนำเสนอด้วยค่า Odds ratio และ 95% CI ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

เด็กอายุ 9 - 12 เดือน จำนวน 539 คน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 - 30 มีนาคม 2560 พบว่า มีภาวะโลหิตจาง จากการใช้ค่า Hct < 33% และหรือ MCV < 70 fL ในการคัดกรองทั้งสิ้น 212 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 โดยพบเพศชายร้อยละ 58% เพศหญิงร้อยละ 42% และในเด็กที่มีภาวะโลหิตจางทั้งหมด 212 คน ได้รับการตรวจเลือด

ครั้งที่ 2 หลังรักษาด้วยยาน้ำธาตุเหล็กจำนวน 145 คน ที่เหลือ 67 คน พบว่าแพทย์ไม่ได้ส่งตรวจเลือดซ้ำ 47 คน และไม่มาตามนัด 20 คน กลุ่มอายุที่พบภาวะโลหิตจางมากที่สุดคืออายุ 9-10 เดือนโดยพบร้อยละ 39.6

เด็กที่กินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนพบภาวะโลหิตจางมากที่สุดโดยพบร้อยละ 52.6 และเด็กที่มีน้ำหนักตามมาตรฐานพบสัดส่วนของภาวะโลหิตจางน้อยที่สุด โดยพบร้อยละ 38.5

ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มอายุ และภาวะโลหิตจาง แยกตามเพศ

กลุ่มอายุ	จำนวนคน (%)		ภาวะโลหิตจาง (%)		p-value
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
9-10 ด	263(94.3)	244(93.8)	116(44.1)	85(34.8)	0.698
11-12ด	16(5.7)	16(6.2)	7(43.8)	4(25.0)	

พบว่า ภาวะโลหิตจางระหว่างเพศชายและเพศหญิงในแต่ละกลุ่มอายุไม่แตกต่างกัน (p=0.698)

ตารางที่ 2 แสดงภาวะโภชนาการและภาวะโลหิตจาง แยกตามเพศ

ภาวะโภชนาการ	จำนวนคน (%)		ภาวะโลหิตจาง (%)		p-value
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน	31(11.1)	31(11.9)	14(45.2)	12(38.7)	0.642
น้ำหนักตามมาตรฐาน	210(75.3)	198(76.2)	90(42.9)	67(33.8)	
น้ำหนักเกินมาตรฐาน	38(13.6)	31(11.9)	19(50.0)	10(32.3)	

พบว่า ภาวะโลหิตจางในเพศชายและเพศหญิง ในทุกกลุ่มภาวะโภชนาการไม่แตกต่างกัน (p=0.642)

ตารางที่ 3 ความชุกของภาวะโลหิตจางตามภาวะโภชนาการ แยกตามกลุ่มอายุ

ภาวะโภชนาการ	จำนวนคน (%)		ภาวะโลหิตจาง (%)		p-value
	9-10 ด	11-12 ด	9-10 ด	11-12 ด	
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน	60(11.8)	2(6.3)	26(43.3)	0(0.00)	0.359
น้ำหนักตามมาตรฐาน	383(75.6)	25(78.1)	147(38.4)	10(40.0)	
น้ำหนักเกินมาตรฐาน	64(12.6)	5(15.6)	28(43.8)	1(20.0)	

พบว่า ภาวะโลหิตจางระหว่างกลุ่มอายุ 9-10 เดือน และ 11-12 เดือน ในทุกกลุ่มภาวะโภชนาการไม่แตกต่างกัน (p=0.359)

ตารางที่ 4 Odds ratio ของภาวะโลหิตจางตามเพศ อายุ ชนิดของนมที่ได้รับ และภาวะโภชนาการ

ลักษณะ	odds ratio	95 %CI	p-value
เพศ			
ชาย	1.52	1.07-2.15	0.020
หญิง	1	reference	
อายุ			
9-10 เดือน	1	reference	
11-12 เดือน	0.80	0.38-1.70	0.555
ชนิดนมที่ทานในช่วง 6 เดือน			
นมแม่อย่างเดียว	2.33	1.48-3.66	
นมผสม	1	reference	<0.001
นมแม่อย่างเดียว	2.2	1.46-3.32	<0.001
นมแม่และนมผสม	1	reference	
นมผสม	1	reference	
นมแม่และนมผสม	1.06	0.68-1.65	0.802
ภาวะโภชนาการ			
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน	1.16	0.67-1.99	0.603
น้ำหนักตามมาตรฐาน	1	reference	
น้ำหนักเกินมาตรฐาน	1.16	0.69-1.95	0.576

พบว่า เพศชายมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางเป็น 1.52 เท่าของเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.07-2.15) เด็กที่ดื่มนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือน มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางเป็น 2.33 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ดื่มนมผสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.48-3.66) เด็กที่ดื่มนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือน มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางเป็น 2.20 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่ดื่มนมแม่และนมผสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.46-3.32) กลุ่มอายุและภาวะโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง

ในเด็กที่มีภาวะโลหิตจาง 212 คน จะพบว่า มีค่า Hct < 33% เพียงร้อยละ 26.4 แต่ MCV < 70 fL พบร้อยละ 88.68 และหลังจากให้การรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็ก 3 เดือน พบว่าค่า Hct ที่เพิ่มขึ้นและเท่าเดิมคิดเป็นร้อยละ 69.7 และ 2.8 ตามลำดับ ส่วนค่า Hct ที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 27.5

ตารางที่ 5 สาเหตุของภาวะโลหิตจางจำแนกตามสาเหตุต่างๆ ในเด็กที่มีภาวะโลหิตจางที่ได้รับการตรวจเลือด
หาสาเหตุ (n= 145)

สาเหตุของภาวะโลหิตจาง	จำนวน (คน)		จำนวน (%)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
จากธาลัสซีเมียอย่างเดียว	62	44	42.8	30.3
จากการขาดธาตุเหล็กอย่างเดียว	5	3	3.4	2.1
จากการขาดธาตุเหล็กร่วมกับธาลัสซีเมีย	20	11	13.8	7.6

พบสาเหตุภาวะโลหิตจางจากธาลัสซีเมียอย่างเดียวสูงถึงร้อยละ 73.1 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ชนิดธาลัสซีเมียที่พบมากที่สุดคือ แอลฟาธาลัสซีเมีย พบร้อยละ 33 รองลงมาคือ ภาวะแฝงธาลัสซีเมียชนิดฮีโมโกลบินอี พบร้อยละ 28.9 สาเหตุภาวะโลหิตจางที่พบมารองลงมา คือ ธาลัสซีเมียร่วมกับการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งพบได้ร้อยละ 21.4 โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเช่นกัน ชนิดธาลัสซีเมียที่พบร่วมกับการขาดธาตุเหล็ก พบมากที่สุดก็ยังคงเป็นแอลฟาธาลัสซีเมียโดยพบร้อยละ 13.1 รองลงมาคือ ภาวะแฝงธาลัสซีเมียชนิดฮีโมโกลบินอี ร้อยละ 6.9 ส่วนภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างเดียว โดยพบเพียงร้อยละ 5.5

นอกจากนี้พบว่าค่าเฉลี่ยของ Hct ของเด็กภาวะปกติ 327 คนอยู่ที่ 37.7 ± 2.6 ในเพศชาย, 37.5 ± 2.5 ในเพศหญิง และ 37.5 ± 2.5 ในอายุ 9-10 เดือน, 38.5 ± 3.5 ในอายุ 11-12 เดือน, ส่วนค่า MCV อยู่ที่ 76.6 ± 3.4 ในเพศชาย, 76.7 ± 3.2 ในเพศหญิง และ 76.7 ± 3.3 ในอายุ 9-10 เดือน, 76.5 ± 3.5 ในอายุ 11-12 เดือน

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษา พบสถานการณ์ของภาวะโลหิตจางร้อยละ 39.3 เมื่อเทียบกับของกรมอนามัย ปี 2546 ที่พบภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-11 เดือน ร้อยละ 56.3 เนื่องจากกรมอนามัยได้สนับสนุนให้

ยำนํ้าเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือน - 3 ปีทุกราย ตั้งแต่ปี 2552⁽⁸⁾ แต่เมื่อเทียบกับงานวิจัยของ พญ.สุภาพรณ ตันตราชีวิต⁽⁷⁾ ที่ได้ทำการศึกษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กทารกแรกเกิด - 1 ปี ที่เลี้ยงด้วยนมแม่และนมผงดัดแปลงสำหรับทารก ในปี 2546 พบเด็กทารกมีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 26.4 ซึ่งจะเห็นว่าความชุกที่พบในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กเล็กจนถึง 1 ปีมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง⁽¹³⁾ กล่าวคือ ภาวะซีดระหว่างตั้งครรภ์⁽¹⁴⁾, น้ำหนักตัวน้อย, การคลอดก่อนกำหนด, ต่มนมผสม, ต่มนมแม่อย่างเดียวโดยไม่เสริมธาตุเหล็ก ดังนั้นอาจส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางได้ต่างกันตามบริบทของปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละการศึกษาได้ จากผลการศึกษาพบว่าสัดส่วนของภาวะโลหิตจางในกลุ่มเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 1.52 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.020$) กลุ่มอายุที่พบภาวะโลหิตจางมากที่สุดคือ อายุ 9-10 เดือน

เด็กที่ต่มนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือน พบภาวะโลหิตจางมากที่สุด โดยพบมากกว่าเด็กที่กินนมผสม 2.33 เท่า และมากกว่าเด็กที่ต่มนมผสมร่วมกับนมแม่ 2.2 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเด็กที่มีน้ำหนักตามมาตรฐาน มีสัดส่วนของภาวะโลหิตจางน้อยสุด ซึ่งในเรื่องปัจจัยของนมแม่ต่อภาวะโลหิตจาง ผลการศึกษตรงกับการวิจัยของ พญ.สุภาพรณ ตันตราชีวิต⁽⁷⁾ ปี 2546

ที่กล่าวว่า เด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่อย่างเดียวมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมากกว่าเด็กที่เลี้ยงด้วยนมผงดัดแปลงสำหรับทารกซึ่งอาจเป็นผลมาจากหญิงหลังคลอดให้นมบุตรไม่ได้กินยาธาตุเหล็กต่อหลังคลอดอย่างน้อย 3 เดือน⁽¹⁵⁾ ทั้งที่ควรได้รับเนื่องจากเด็กแรกเกิดจะได้รับธาตุเหล็กจากนมแม่เป็นหลัก และในนมแม่มีธาตุเหล็กที่สามารถดูดซึมได้อย่างเหมาะสมกับตัวเด็กในช่วง 6 เดือนแรก

เปรียบเทียบภาวะโลหิตจางระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่พบความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ($p=0.698$) และทุกกลุ่มภาวะโภชนาการ ($p=0.642$) เปรียบเทียบภาวะโลหิตจางระหว่างกลุ่มอายุ ไม่พบความแตกต่างกันในทุกกลุ่มภาวะโภชนาการ ($p=0.356$) ซึ่งอาจจะต่างจากการศึกษาที่พบว่าในเด็กวัยเรียนพบว่าเด็กที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่ามาตรฐานมีภาวะโลหิตจางสูงกว่าปกติ 1.27 เท่า⁽¹⁶⁾ หรือในแง่ น้ำหนักตัวมากกว่ามาตรฐานมีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจาง โดยเฉพาะในเด็กเล็ก จากการที่กินนมผสมเกิน 24 ออนซ์ต่อวัน มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น⁽¹³⁾ ซึ่งอาจอธิบายด้วยเหตุผลที่ว่า ช่วงกลุ่มอายุที่ทำการวิจัยไม่ได้อยู่ในช่วงของเด็กวัยเรียน หรือเด็กกลุ่มที่ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กตั้งแต่อายุ 6 เดือนตามนโยบายของกรมอนามัยปี 2552⁽⁸⁾ จึงทำให้ไม่พบภาวะโลหิตจางที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการมากเท่ากับในอดีตที่ต้องอาศัยการกินอาหารเป็นหลักจึงจะทำให้ได้ธาตุเหล็กที่เพียงพอต่อความต้องการ

ในเด็กที่มีภาวะโลหิตจาง 212 คน พบค่า Hct ที่ $< 33\%$ ร้อยละ 26.4 ในขณะที่ Hct $\geq 33\%$ พบมากถึงร้อยละ 73.6 บ่งบอกว่า การที่จะวินิจฉัยภาวะโลหิตจางนั้นไม่สามารถดูได้แค่จากค่า Hct เพียงอย่างเดียวเท่านั้น มิเช่นนั้น อาจพลาดกลุ่มคนที่มีภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่น เช่น ธาลัสซีเมีย ที่ค่า Hct อาจจะ $\geq 33\%$ ส่วนค่า MCV < 70 fL

พบร้อยละ 88.68 ซึ่งตรงกับข้อเท็จจริงที่ว่าภาวะโลหิตจางในเด็กของประเทศไทยส่วนใหญ่เกิดจากการขาดธาตุเหล็กและธาลัสซีเมีย โดยทั้ง 2 ภาวะนี้จะมีขนาดเม็ดเลือดแดงต่ำกว่ามาตรฐานร่วมด้วย

การเปลี่ยนแปลงของค่า Hct หลังการรักษาด้วยยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก 3 เดือนโดยถ้าเพิ่มขึ้น $< 3\%$ อาจเป็นภาวะธาลัสซีเมียถ้าพบ Hb typing ผิดปกติร่วมด้วยซึ่งพบร้อยละ 34.5 แต่ถ้าเพิ่ม $\geq 3\%$ อาจเป็นจากการขาดธาตุเหล็กหรือธาลัสซีเมียร่วมกับการขาดธาตุเหล็กถ้าพบ Hb typing ผิดปกติร่วมด้วยพบร้อยละ 35.2 ส่วนค่า Hct ที่เท่าเดิมพบร้อยละ 2.8 อาจเป็นจากภาวะธาลัสซีเมียได้ถ้ามีผล Hb typing ผิดปกติซึ่งจะเห็นได้ว่าการใช้ Hct เพียงตัวเดียวไม่สามารถคัดกรองภาวะโลหิตจางได้อย่างถูกต้อง ต้องอาศัยข้อมูลอื่นร่วมด้วย ส่วนค่า Hct ที่ลดลงซึ่งพบถึงร้อยละ 27.5 อาจเป็นผลจากการที่เด็กไม่ได้กินยาธาตุเสริมธาตุเหล็กตามคำแนะนำที่ควรเริ่มให้ตอนอายุ 6 เดือน หรือกินไม่สม่ำเสมอ

สาเหตุของภาวะโลหิตจางโดยแยกเป็นจากธาลัสซีเมียอย่างเดียวพบได้มากถึงร้อยละ 73.1 ซึ่งชนิดที่พบมากที่สุดจากการศึกษาค้นครั้งนี้คือแอลฟาธาลัสซีเมียซึ่งมีถึงร้อยละ 33 สอดคล้องกับอุบัติการณ์ของพาหะโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย และฮีโมโกลบินผิดปกติในประเทศไทย⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าประมาณร้อยละ 20-30 ของประชากรมียืนแอลฟาธาลัสซีเมีย ส่วนภาวะธาลัสซีเมียร่วมกับการขาดธาตุเหล็กพบรองลงมา โดยพบร้อยละ 21.4 ในขณะที่ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพียงอย่างเดียวพบได้เพียงร้อยละ 5.5 เท่านั้น ค่าเฉลี่ยของ Hct ในเด็กภาวะปกติอายุ 9-12 เดือนอยู่ที่ 76.5 ± 3.5 - 76.7 ± 3.3 และค่า MCV อยู่ที่ 76.6 ± 3.4 - 76.7 ± 3.2 ซึ่งตรงกับค่าปกติทางโลหิตวิทยาในเด็กไทยอายุ 1 วัน-18 ปี⁽¹²⁾ ในช่วงอายุ 6 เดือน - 2 ปี ที่ค่าเฉลี่ย Hct คือ 38.6% และ MCV คือ 80.6 fL

สรุป

สถานการณ์โลหิตจางที่พบจากการศึกษาพบมากในเพศชาย และช่วงอายุ 9-10 เดือน เด็กที่ติ่มนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือน มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางมากกว่าเด็กที่ติ่มนมผสมร่วมด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า Hct ในกลุ่มเด็กที่มีภาวะโลหิตจางส่วนใหญ่ พบว่า > 33% แต่ขนาดเม็ดเลือดแดง (MCV) < 70 fL และพบสาเหตุหลักของภาวะโลหิตจางจากภาวะธาลัสซีเมียเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งชนิดที่พบมากที่สุดคือ แอลฟาธาลัสซีเมีย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลในการศึกษานี้ พบสถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กเล็กยังอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในพื้นที่ โดยเฉพาะเด็กเล็ก
2. การให้ความสำคัญของภาวะโลหิตจางในเด็กเล็ก นำไปสู่การจัดทำแนวทางป้องกัน การตรวจคัดกรอง และรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดีและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล
3. การแปลผล Hct อย่างเดียวอาจทำให้พลาดภาวะโลหิตจางที่มีสาเหตุจากธาลัสซีเมียควรนำค่า MCV มาประเมินร่วมด้วย
4. บุคลากรทางการแพทย์ ควรมีความตระหนักและใส่ใจในการประเมินผู้ป่วย ไม่ควรดูแล

ผลเลือดอย่างเดียว แต่ควรต้องซักประวัติ ตรวจร่างกาย และส่งตรวจเพิ่มเติมตามความเหมาะสมเพื่อหาสาเหตุของภาวะโลหิตจางต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ห้องแผนกกุมาร เจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัย ที่ 13 กรุงเทพมหานคร ที่ได้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานและผลักดันให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและเป็นระบบต่อไป

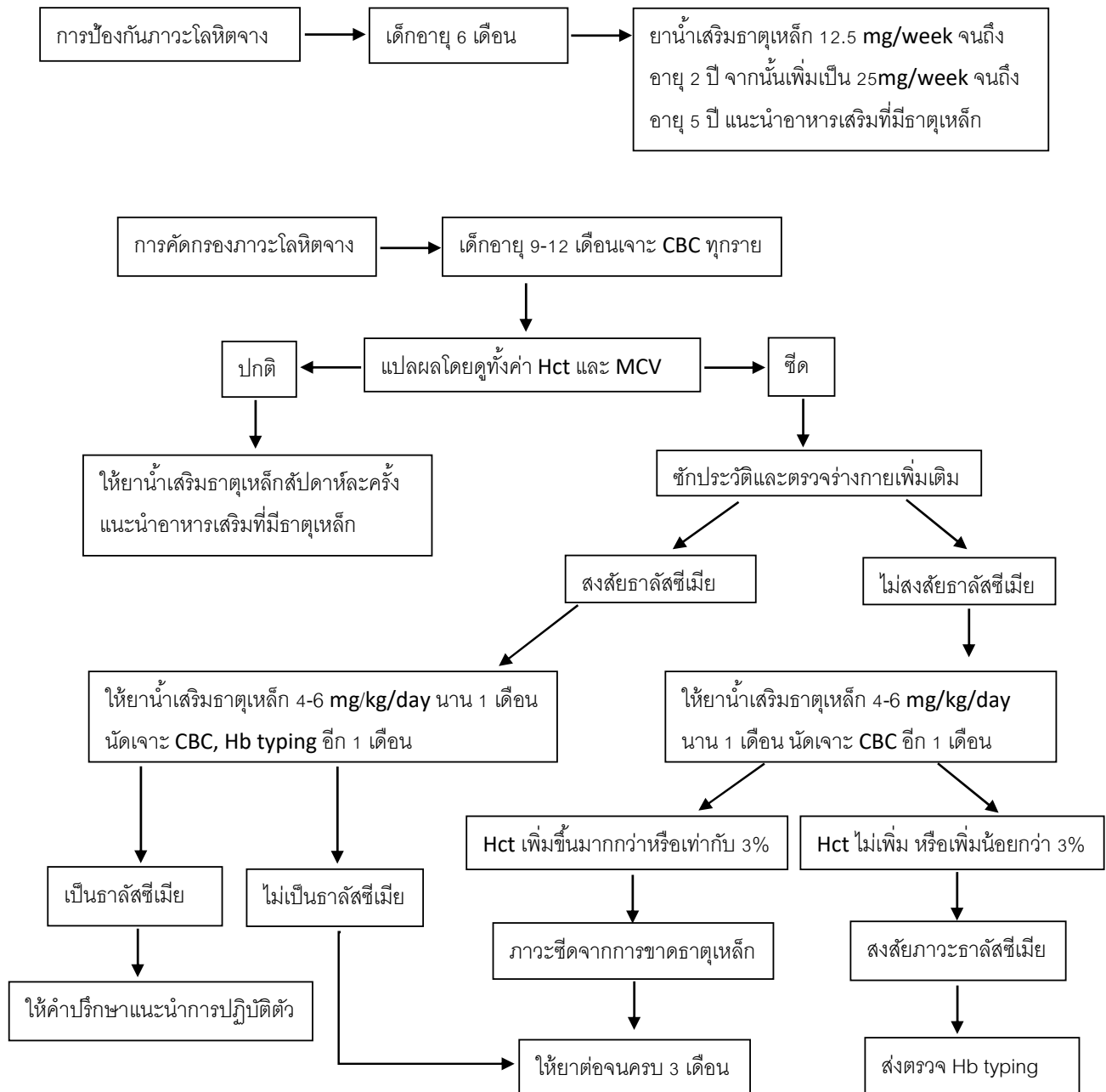
แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

วิยดา บุญเลื่อง. สถานการณ์ สาเหตุ และผลการรักษาภาวะโลหิตจางในคลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(3): หน้า 1-11.

Suggested Citation for this Article

Boonlueang W. Anemia : Situation, Cause and Results of Treatment Guideline Regional Health Center 13 Bangkok. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; 2(3): page 1-11.

แนวทางการป้องกัน ตรวจคัดกรอง และรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กของคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพมหานคร



เอกสารอ้างอิง

1. Idjradinata P, Politt E. Reversal of developmental delays in iron deficient anemic infants treated with iron. *Lancet* 1993;341(8836): page 1-4.
2. Walter T, De Andraca I, Chadud P, Pearles CG. Iron deficiency anemia: adverse effects on infant psychomotor development. *Pediatrics*. 1989;341: page 7-14.
3. Benoist B, McLean E, Egli I, et al. Worldwide Prevalence of Anemia 1993-2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
4. มัทนา ประทีปเสน, เรวดี จงสุวัฒน์, สุจิตต์ สาลีพันธ์, พูนศรี เลิศลักษณ์วงศ์. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย. ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. นนทบุรี: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; พฤษภาคม 2549.
5. Nutritional anemias. Report of a WHO scientific group. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 1968; 405: page 5-37.
6. UNICEF/UNU/WHO : Iron deficiency anemia : assessment, prevention and control A guide for programme managers. WHO/NIID (Report no 013)2001.
7. Tantrachewathorn S, Lohajaroensub S. Incidence and risk factor of iron deficiency anemia in term infants. *J Med ASSOC Thai* 2005;88(1): page 44-51.
8. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) รายงานผลการทบทวนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปีในประเทศไทย. กุมภาพันธ์ 2555.
9. The Royal College of Pediatricians of Thailand and the Pediatric Society of Thailand. Clinical practice guideline for Thai Pediatricians. Bangkok: Hua Num Printing; 1999.
10. Weatherall DJ, Clegg JB. Inherited hemoglobin disorders : an increasing global health problem. *Bull World Health Organ* 2001;79: page 704-712.
11. Beutler E, Williams WJ. Williams hematology. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2001.
12. Oski FA. Pallor. In:Kaye R, Oski Fa, Barness LA, editors. *Core Textbook of Pediatrics*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 1989. page 62.
13. Kazal LA. Prevention of iron deficiency in infants and toddlers. *Am Fam Physician*. 2002;66(7):1217-24.
14. Allen LH. Anemia and iron deficiency:effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr*. 2000 May;71(5suppl):1280s-4s.
15. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเสริมธาตุเหล็กสำหรับประชาชนไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
16. กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์, สะการะ หัตถภาดล, นัฏการณ วงศ์จิตรรัตน์ และคณะ. ภาวะโลหิตจางของเด็กนักเรียน ในอำเภอองครักษ์ นครนายก เปรียบเทียบตามภาวะโภชนาการ กลุ่มอายุ เพศ : crossectional study. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2549;13(3): หน้า 226-233.
17. Fucharoen S, Winichagoon P. Problems of thalassemia in Thailand. *ICMR Annals* 1988;8: page 29-33.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ความถูกต้องของผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ของโรงพยาบาล
ในเขตรับผิดชอบของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Accuracy of Microscopic Examination for Tuberculosis AFB smear among Hospitals
under the Institute for Urban Disease Control and Prevention's supervision

สุวรรณา เพ็ชรโต¹, อมรมาศ คงเกลี้ยง¹, ภักพร พานวิจิตรกุล¹

¹สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

Suwanna Petto¹, Amornmas Kongklieng¹, Pakkaporn Panwijitkul¹

¹Institute for Urban Disease Control and Prevention

บทคัดย่อ

การตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ จากตัวอย่างเสมหะของผู้มีอาการสงสัยวัณโรคเป็นวิธีมาตรฐาน ในการค้นหาและยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรค รวมทั้งใช้ในการประเมินผลการรักษา การตรวจสไลด์ซ้ำในการประกันคุณภาพทำให้ผลการตรวจมีความถูกต้องตามมาตรฐาน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของลักษณะทาง Macroscopic examination ของการทำสเมียร์สไลด์ AFB กับความถูกต้องของผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ของโรงพยาบาล จำนวน 25 แห่ง ในเขตรับผิดชอบของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558 โดยนำสไลด์ที่ถูกคัดเลือกตามระบบการประกันคุณภาพ จำนวน 1,152 แผ่น มาตรวจสอบลักษณะทาง Macroscopic examination ด้านต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะสเมียร์ การย้อมสี ความสะอาด ความหนา/บางของการป้ายเสมหะ ขนาดของพื้นที่ที่ป้ายเสมหะบนสไลด์ ความสม่ำเสมอของการป้ายเสมหะ รวมถึงคุณภาพของเสมหะ และผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ ผลการศึกษาพบว่า จากสไลด์ทั้งหมด 1,152 แผ่น มีผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคได้ถูกต้องตรงกันรวม 1,138 แผ่น (ร้อยละ 98.8) และอ่านผลไม่ตรงกันรวม 14 แผ่น (ร้อยละ 1.2) ส่วนความสัมพันธ์ลักษณะทาง Macroscopic examination ด้านต่างๆของการทำสเมียร์สไลด์และความถูกต้องในการตรวจหาเชื้อวัณโรค พบว่าขนาดของสเมียร์มีผลต่อความถูกต้องในการตรวจเชื้อวัณโรค ส่วนความสัมพันธ์ตามลักษณะด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกันมากนัก นอกจากนี้ความถูกต้องของการอ่านสไลด์น่าจะขึ้นกับปัจจัยในเรื่องความใส่ใจและความชำนาญของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการวัณโรค

คำสำคัญ: Macroscopic examination, AFB slide, การตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์, การประกันคุณภาพ, *M.tuberculosis*

Abstract

Sputum microscopic examination for tuberculosis (TB) is useful for identification of the disease and treatment follow-up. Quality assurance of sputum examination is essential for precision of laboratory test. This study aims to present an association of macroscopic examination AFB smears and precision of

microscopic examination for tuberculosis among 25 hospitals between October 2014 – September 2015, under Institute for Urban Disease Control and Prevention. Total of 1,152 slides were macroscopic reexamined for smear characteristics, staining, cleanliness, thickness, size and evenness. The quality of AFB smears was found by microscopic method. The result shown 1,138 slides (98.8 %) were corrected microscopic findings and 14 slides (1.2 %) were not. The association between physical characteristics of smear and the precision of detection of tuberculosis reported size affects of Other association were not different. However, the precision of AFB smear reports was depended on intention and expertise of staffs.

Keywords: Macroscopic examination, AFB slides, Sputum AFB examination, Quality assurance, *M. tuberculosis*

บทนำ

การตรวจเสมหะหาเชื้อ acid fast bacilli (AFB) ด้วยกล้องจุลทรรศน์จากตัวอย่างเสมหะของผู้มีอาการสงสัยวัณโรค เป็นวิธีมาตรฐานในการค้นหาและยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอด^(1,2) จัดเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ง่าย สะดวก รวดเร็วและประหยัด ใช้กันอย่างแพร่หลาย สามารถให้ผลการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น (presumptive result) ที่รวดเร็ว ใช้บ่งชี้ว่าผู้ป่วยแพร่กระจายเชื้อได้ และใช้ประเมินผลการรักษา ระหว่างได้รับการรักษา และเมื่อสิ้นสุดการรักษา^(3,4) การตรวจหา AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์ ยังบอกถึงจำนวนเชื้อในตัวอย่างจากผู้ป่วย ผลการตรวจที่เป็นบวกจากวิธีนี้ค่อนข้างตรงไปตรงมาในการช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอดเบื้องต้น และถือเป็นวิธีหลักที่องค์การอนามัยโลกและสหภาพต่อต้านวัณโรคและโรคปอดระดับนานาชาติ (IUATLD)^(2,5-6) แนะนำให้ห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยวัณโรคทุกแห่งควรสามารถปฏิบัติได้อย่างมีมาตรฐาน โดยให้มีการประกันคุณภาพการตรวจหาเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์ด้วยการส้อมสไลด์ AFB ที่ทำมาแล้วอย่างเป็นระบบนำมาอ่านซ้ำ ด้วยผู้ปฏิบัติงานทางห้องปฏิบัติการวัณโรคที่ชำนาญงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 2 ท่าน (ผู้ประเมิน 1 และผู้ประเมิน 2) โดยที่ไม่ทราบผลเดิม (Blinded re-reading) เพื่อที่จะทบทวนแก้ไขข้อบกพร่องที่ไม่เป็นไปตามคู่มือ

มาตรฐานในการปฏิบัติงาน (SOP)⁽⁵⁻¹⁰⁾ ของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลที่ส่งสไลด์ตรวจ (ผู้ถูกประเมิน) เพื่อเป็นการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้ผลการตรวจมีความถูกต้องและแม่นยำได้มาตรฐาน เป็นที่เชื่อถือของแพทย์ผู้รักษาและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการป้องกันผลบวกปลอมและผลลบปลอมที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ไม่เป็นมาตรฐาน ซึ่งแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติปี 2557⁽⁸⁾ ได้กำหนดให้มีการประกันคุณภาพผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ โดยใช้การส้อมสไลด์เสมหะ ที่ย้อม AFB ของห้องปฏิบัติการด้วยวิธี lot quality assurance sampling (LQAS) จำนวน 108 แผ่นต่อปี และทำการตรวจสอบผลการตรวจซ้ำ โดยไม่ทราบผลการตรวจครั้งแรกมาก่อน (blinded re-reading) จัดเป็นการประเมินคุณภาพจากภายนอก (external quality assessment, EQA)⁽¹¹⁻¹²⁾ โดยการเปรียบเทียบผลงานกับห้องปฏิบัติการอื่นๆ ในเครือข่าย การตรวจสไลด์ซ้ำ มีการพิจารณาคุณภาพ 2 ด้าน ตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลกและ IUATLD⁽²⁾ คือ 1) การทำสเมียร์สไลด์ โดยพิจารณาลักษณะทาง Macroscopic examination⁽¹³⁾ ของการทำสเมียร์สไลด์ AFB 6 ด้าน ได้แก่ ลักษณะ สเมียร์ การย้อมสี ความสะอาด ความหนา/บางของการสเมียร์ ขนาด และความ

สม่ำเสมอของการสเมียร์ และ 2) การตรวจสอบสไลด์ที่ย้อมสีแล้วเพื่อคุณภาพของเสมหะและหาเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งการประเมินคุณภาพจะต้องทำควบคู่กันไป ทั้ง 2 ด้าน รายงานนี้ได้นำเสนอความสัมพันธ์ของลักษณะทาง Macroscopic examination ของการทำสเมียร์สไลด์ AFB ด้านต่าง ๆ กับความถูกต้องของผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ของโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของลักษณะทาง Macroscopic examination ของการทำสเมียร์สไลด์ AFB กับความถูกต้องในการตรวจหาเชื้อวัณโรคจากเสมหะของโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

วิธีการศึกษา

ตัวอย่างที่ใช้ศึกษา เป็น AFB sputum smear ของผู้ป่วยที่สงสัยเป็นวัณโรคปอดที่ส่งมาจากโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ เดิม (ปัจจุบัน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง) จำนวน 4 จังหวัด คือ พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี นนทบุรี กรุงเทพมหานคร จำนวน 25 โรงพยาบาล ในระหว่างเดือนตุลาคม 2557 – กันยายน 2558 จำนวนที่สุ่มได้ 1,152 แผ่น โดยมีขอบเขตและข้อตกลงของการศึกษา ดังนี้

1. ศึกษาเฉพาะสเมียร์สไลด์ที่มาจากสิ่งส่งตรวจที่เป็นเสมหะเท่านั้น ไม่รวมเลือดน้ำในช่องปอดและสารคัดหลั่งอื่นๆ
2. สถานที่ที่เก็บข้อมูลและสเมียร์สไลด์เป็นโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จำนวน 4 จังหวัด คือ พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี นนทบุรี กรุงเทพมหานคร จำนวน 25 โรงพยาบาล ในช่วงเวลา ตุลาคม 2557 – กันยายน 2558
3. สี AFB Stain ไม่จำกัดชนิดของสีในแต่ละโรงพยาบาลที่ใช้ แต่ต้องลงบันทึกข้อมูล และเมื่อผล

การอ่านซ้ำ ไม่สอดคล้องกัน ต้องนำมาย้อมซ้ำด้วยสี AFB Stain (Ziehl-Neelsen) ที่สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองตามวิธีการย้อมมาตรฐานที่ WHO แนะนำ ทุกครั้งและให้ผู้ประเมินซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในงานชันสูตรวัณโรคมามากกว่า 10 ปีอย่างน้อย 2 คนอ่านอีกครั้งโดยไม่ทราบผลการตรวจมาก่อน

การสุ่มสไลด์ตัวอย่าง ใช้การสุ่มสไลด์เสมหะที่ย้อม AFB ของห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบด้วยวิธี lot quality assurance sampling (LQAS) จำนวน 25 โรงพยาบาล นำสไลด์ทั้งหมดที่สุ่มเลือกมาทำการประกันคุณภาพ ได้สไลด์ทั้งหมดจำนวน 1,152 แผ่น ซึ่งมีข้อมูลบันทึกมาแบบฟอร์ม QA1 , QA2 ตามแบบที่สำนักงานวัณโรคใช้

วิธีการตรวจสอบสไลด์ในการศึกษา

สเมียร์สไลด์ทุกแผ่นนำมาทำการตรวจสอบลักษณะสเมียร์และอ่านผลซ้ำ (re-reading) โดยพิจารณาคุณภาพ 2 ด้าน ตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลกและ IUATLD^(2,6) คือ

1. การทำสเมียร์สไลด์โดยพิจารณาลักษณะการทำสเมียร์ ที่เห็นด้วยตาเปล่า (macroscopic examination) ได้แก่

ลักษณะสเมียร์ ประเมินจากวงสเมียร์ที่ดีซึ่งจะมีลักษณะเป็นวงกลมเล็กต่อเนื่อง (Repeated coil type)

การย้อมสี ตรวจดูการติดสีจาก (การฟอกสีไม่นานเกินไป) และติดสีแดงเข้ม (การฟอกสีเร็วเกินไปและการย้อมสีทับในเวลาที่เหมาะสมไม่เร็วไป) ความสะอาด ไม่มีตะกอนสีหรือสิ่งแปลกปลอมติดบริเวณสเมียร์ การจัดเก็บสไลด์ไว้ในภาชนะที่เหมาะสมไม่มีฝุ่นเกาะ หรือมีเชื้อรา *ความหนา/บางของการสเมียร์* ไม่หนา/บางเกินไปทดสอบได้โดยนำสเมียร์สไลด์ไปวางบนตัวหนังสือขนาดปกติสามารถอ่านตัวหนังสือผ่านกระจกสไลด์ระยะห่าง 5 เซนติเมตรได้ อ่านไม่ได้คือ สเมียร์หนาเกินไป อ่านได้ชัดเจน คือ สเมียร์บางเกินไป *ขนาด* ขนาด

มาตรฐานด้านกว้าง 2 เซนติเมตร ด้านยาว 3 เซนติเมตร (เท่ากับตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์กำลังขยาย 100 เท่า จะดูได้ประมาณ 150 วงกล้อง) **ความสม่ำเสมอของการสเมียร์** การเกลี่ยให้เสมหะกระจายตัวดี สม่ำเสมอ ไม่มีรอยขาดช่วง

2. การตรวจสอบสไลด์ที่ย้อมสีแล้วเพื่อหาเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์ (microscopic examination)

คุณภาพของเสมหะ บนสไลด์ ต้องพบเม็ดเลือดขาวมากกว่า 25 เซลล์/วงกล้องที่กำลังขยาย 100 เท่า จึงถือว่าเป็นเสมหะมีคุณภาพที่ดี ไม่ใช่ น้ำลาย การตรวจหาเชื้อ AFB บนสไลด์ ข้น (Smear-reading) โดยจดบันทึกผล ที่ตรวจสอบได้ลงในแบบฟอร์ม QA3 การรายงานผล grading ใช้ตามมาตรฐาน WHO⁽⁶⁾ การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยใช้สถิติดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และค่าร้อยละ ใช้สำหรับนำเสนอข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Fisher's exact test และ Chi-square test ใช้สำหรับหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทาง Macroscopic examination แต่ละด้าน กับผลการตรวจหาเชื้อวัณโรค โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.05 และ Odds ratio เพื่อหาอัตราส่วนของความน่าจะเป็นที่จะเกิดผลตรงกันในกลุ่มสเมียร์เสมหะดีเปรียบเทียบกับกลุ่มสเมียร์เสมหะไม่ดี ในการประเมินสเมียร์เสมหะทั้ง 7 ด้าน

ผลการศึกษา

จากการศึกษาสไลด์จำนวนทั้งหมด 1,152 แผ่น พบว่า มีผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคได้ถูกต้องตรงกันรวม 1,138 แผ่น (ร้อยละ 98.8) และอ่านผลไม่ตรงกัน รวม 14 แผ่น (ร้อยละ 1.2) ดังตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของ Macroscopic examination ของการทำสเมียร์สไลด์และความถูกต้องตรงกัน (Agreement) ในการตรวจหาเชื้อวัณโรค พบว่าการทำ Macroscopic examination AFB slides 5 ด้าน ได้แก่ ลักษณะสเมียร์ การย้อมสี ความสะอาด ความหนา/บาง และความสม่ำเสมอของการสเมียร์ และผลการตรวจ Microscopic examination AFB slide ด้านคุณภาพเสมหะไม่มีความสัมพันธ์ต่อผลการตรวจ AFB ได้ตรงกัน แต่พบว่า ผลการประเมิน AFB ที่ตรง เกี่ยวกับขนาดของสเมียร์ที่ดีถึง 4.1 เท่า ของผลการประเมินที่ไม่ตรง 95% CI (1.352-12.393) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนการอ่านผลสไลด์ตรงกัน และไม่ตรงกัน

ผลการอ่าน	จำนวนสไลด์	ร้อยละ
จำนวนสไลด์ที่อ่านผลตรงกัน	1,138	98.8
จำนวนสไลด์ที่อ่านผลไม่ตรงกัน	14	1.2

ตารางที่ 2 แสดงการประเมิน AFB smear แต่ละด้านทั้งดีและไม่ดีที่ให้ผลการตรวจ AFB ตรงกัน

		ตรง	ไม่ตรง	รวม	Odds ratio	95 % Confidence Interval
1. ลักษณะสเมียร์	ดี	252	4	256	0.711	0.221 – 2.286
	ไม่ดี	886	10	896		
2. คุณภาพเสมหะ	ดี	1,049	14	1,063	0.404	0.024 – 6.835
	ไม่ดี	89	0	89		
3. การย้อมสี	ดี	1,088	14	1,102	0.743	0.044 – 12.637
	ไม่ดี	50	0	50		
4. ความสะอาด	ดี	949	11	960	1.369	0.378 – 4.956
	ไม่ดี	189	3	192		
5. ความหนา-บาง	ดี	977	11	988	1.655	0.457 – 6.000
	ไม่ดี	161	3	164		
6. ขนาด	ดี	1,002	9	1,011	4.093	1.352 – 12.393
	ไม่ดี	136	5	141		
7. ความสม่ำเสมอ	ดี	651	10	661	0.535	0.167 – 1.715
	ไม่ดี	487	4	491		

วิจารณ์ผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะทาง Macroscopic examination ของการทำสเมียร์สไลด์ AFB กับความคล่องจองของผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์จากโรงพยาบาลในเครือข่ายรับผิดชอบของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โดยลักษณะทาง Macroscopic examination ซึ่งได้แก่ ลักษณะสเมียร์ การย้อมสี ความสะอาด ความหนา/บาง และความสม่ำเสมอของการสเมียร์ พบว่าลักษณะดังกล่าวจะดีหรือไม่ดีนั้นไม่เป็นปัจจัยต่อการอ่านผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคให้แตกต่างจากผู้ประเมิน อาจเป็นข้อบ่งชี้ได้ว่า เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการวัณโรคโรงพยาบาลในเขตความรับผิดชอบของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ได้รับฝึกอบรมเทคนิคและวิธีการปฏิบัติการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์อยู่เป็นประจำทุกปี รวมทั้งมีคู่มือ (SOP) ที่สำนักวัณโรคแจกจ่าย การออกนิเทศโรงพยาบาลในเครือข่าย การพบปะให้ความรู้ รวมทั้งออกสุ่มเก็บสไลด์ทำการประกันคุณภาพทุกปี

ปีละ 3 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอ ทำให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติการตรวจสอบสไลด์ทั้งลักษณะทาง Macroscopic examination ของการทำสเมียร์สไลด์ AFB และการอ่านผลด้วยกล้องจุลทรรศน์ได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้ได้ผลที่ไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามขนาดของสเมียร์ที่เหมาะสมจะทำให้โอกาสการพบเชื้อได้ดีกว่าขนาดสเมียร์ที่เล็กหรือใหญ่เกินไป⁽¹⁴⁾ เพราะสเมียร์ที่ขนาดเล็กเกินไปอาจเกิดจากเชื้อเสมหะมาน้อยเกินไป ทำให้ไม่ได้ส่วนที่มีเชื้อสเมียร์ที่มีขนาดใหญ่เกินไปทำให้การอ่านสไลด์อาจไม่ครอบคลุมทั้งแผ่นได้โดย CDC แนะนำให้สเมียร์ควรมีขนาด 1–2 cm x 2–3 cm⁽¹⁵⁾ ซึ่งจะสามารถช่วยให้อ่านสไลด์ได้ง่าย รวดเร็ว และมีโอกาสตรวจพบ AFB ได้มากยิ่งขึ้น รวมถึงความสะอาด ความหนา-บาง และขนาดของสไลด์ที่ดี มีโอกาสให้ผลการตรวจ AFB ตรงกันมากกว่าสไลด์ที่ไม่สะอาด ความหนา-บาง และขนาดของสไลด์ที่ไม่ดี จากการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Mulat M.⁽¹⁶⁾ Baker M.⁽¹⁷⁾ และ Estifanos B.⁽¹⁸⁾ พบว่าการทำสเมียร์สไลด์ขนาดที่เหมาะสม

จะสามารถช่วยให้อ่านสไลด์ได้ง่าย รวดเร็ว และมีโอกาสตรวจพบ AFB ได้มากยิ่งขึ้น การเก็บเสมหะเพื่อส่งตรวจ CDC สหรัฐอเมริกา⁽¹⁾ แนะนำให้เก็บเสมหะตรวจ 3 ครั้งควรเป็นเสมหะในปริมาณที่เพียงพอ (อย่างน้อย 5 มิลลิลิตร) และควรเลือกที่เป็นหนอง (purulent) มาสเมียร์ให้ได้ขนาดที่เหมาะสม⁽¹⁴⁾ จากการศึกษาของ Van Deun A.⁽¹¹⁾ และ Ang CF⁽¹²⁾ พบว่าความถูกต้องในการอ่านสไลด์อาจขึ้นกับปัจจัยอื่น เช่น ความชำนาญของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ความใส่ใจ ความตั้งใจ และคุณภาพของกล้องจุลทรรศน์ เป็นต้น ซึ่งสไลด์ 1 แผ่นที่ให้ผลลบอาจต้องใช้เวลาในการอ่านนานถึง 10 นาที อย่างไรก็ตามการสเมียร์สไลด์ให้เป็นไปตามมาตรฐาน สามารถช่วยให้ผู้อ่านสไลด์สามารถอ่านสไลด์ได้สะดวกยิ่งขึ้น และมีโอกาสตรวจพบ AFB ได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาการตรวจหาเชื้อวัณโรคพบว่าการทำ Macroscopic examination AFB slides 5 ด้าน ได้แก่ ลักษณะสเมียร์ การย้อมสี ความสะอาด ความหนา/บาง ความสม่ำเสมอ รวมถึงการทำ Microscopic examination AFB slides ด้านคุณภาพเสมหะของการสเมียร์ ไม่น่าจะเป็นปัจจัยต่อความถูกต้องของการอ่านสไลด์ตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ในโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง แต่ขนาดสเมียร์ที่เป็นไปตามมาตรฐานสไลด์ที่สะอาดและมีความหนา-บางที่ดีสามารถทำให้ผู้อ่านสไลด์ได้ง่ายรวดเร็ว และมีโอกาสตรวจพบ AFB ได้มาก

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

สุวรรณา เพ็ชรโต. ความถูกต้องของผลการตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ของโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบของสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(3): หน้า 12-18.

Suggested Citation for this Article

Petto S. Accuracy of Microscopic Examination for Tuberculosis AFB smear among Hospitals under the Institute for Urban Disease Control and Prevention's supervision. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; 2(3): page 12-18.

เอกสารอ้างอิง

1. Smithwick, R.W. Laboratory Manual for acid-fast microscopy. Second Edition (July 1976). U.S. Department of Health, Education, and welfare CDC Atlanta, Georgia.
2. The Public Health Service National Tuberculosis Reference Laboratory and the National Laboratory Network. IUATLD (1998), ISBN 2-9504238-7-6.
3. Enarson D.A., Reider H.L., Armadottir T. and Trebucq A. (๑๙๙๖) Tuberculosis Guide for low income countries; Forth edition; Frankfurt am Main: Verlagsgruppe.
4. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานด้านชันสูตรวัณโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: การศาสนา; 2547.
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การประกันคุณภาพการตรวจหาเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์. นนทบุรี; 2552.
6. World Health Organization, Center for Disease control and prevention, APHL, KNCV and IUATLD. External quality assessment for AFB smears microscopy. Washington, DC: APHL; 2002.

7. Fujiki A. TB bacteriologic examination to stop TB. Tokyo: The Research Institute of Tuberculosis; 2001.
8. Rieder HL, Chonde TM, Myking H, urbanczik R, Laszlo A, Kim SJ, Deun AV, Trebucq A. The public health service national tuberculosis reference laboratory and the national laboratory network minimum requirements, role and operation in a low- income country. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases; 1998.
9. Fujiki A. Quality Smear Preparation for AFB. First Printing. JAPAN: The Research Institute of Tuberculosis; 2005.
10. Kuszniierz GF, Latini OA, Sequeira MD. Quality assessment of smear microscopy for acid-fast bacilli in the Argentine tuberculosis laboratory network, 1983-2001. INT J TUBERC LUNG DIS; 2004; 10:1234-1241.
11. Van Deun A, Roorda FA, Chambugonj N, Hye A, Hussain A. Reproducibility of sputum smear examination for acid - fast bacilli: practical problems met during cross-checking. INT J TUBERC LUNG DIS; 1999; 3:823-829.
12. Ang CF, Mendoza MT, Torres TT. Accuracy of AFB Smear Techniques at Health Center Level. Phil J Microbiol Infect Dis 1997; 26(4): 153-155.
13. กลุ่มพัฒนาวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี. การตรวจหา Acid Fast Bacilli (AFB) ด้วยกล้องจุลทรรศน์. พิมพ์ครั้งที่ 1. สระบุรี: กลุ่มพัฒนาวิชาการ สคร.2; 2555.
14. (FMOH) Federal Ministry of Health of Ethiopia. Guidelines for quality assurance of smear microscopy for tuberculosis diagnosis. FMOH. 2009. Addis Ababa.
15. CDC government. Laboratory Evaluation- Acid Fast Bacilli Microbiology (AFB) Tool. Available from: https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/errb/pdf/researchandsurvey/tb_tool_c1.pdf
16. Mulat M. Quality performance Evaluation of Laboratories on AFB smears Microscopy in Eastern Amhara Region, Ethiopia. Department of medical laboratory sciences; 2011.
17. Baker M. Implementation of an external quality assessment Program for AFB smear microscopy in Haiti. University of Massachusetts medical school WHO yearbook; 2008.
18. Estifanos B, Mohammed A, Bernt L. Quality control of sputum microscopic examinations for acid-fast bacilli in Southern Ethiopia. Ethiop J Health Dev. 2005; 19(2): 104-108.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ประเมินผลรูปแบบการจัดการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในกรุงเทพมหานคร

Evaluation of the Dengue management Model in Bangkok

ภาวนา สุตินันท์วิหาร¹, อมรชัย ไตรคุณากรวงศ์¹, รุจิรา ตระกูลพัฏ¹¹สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองPawana Sutipanwihan¹, Amornchai Trikunakornwong¹, Rujira Tragoolpua¹¹Institute for Urban Disease Control and Prevention

บทคัดย่อ

สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองได้พัฒนารูปแบบการจัดการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในกรุงเทพมหานคร และขับเคลื่อนรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในพื้นที่นำร่องในปี 2560 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินการรับรู้ ความคิดเห็น ความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลาย และการใช้งานชุดซอฟต์แวร์ทันระดับ 2) ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับ composite index score และรูปแบบ Zoning Response & Communication ตามลักษณะชุมชน รูปแบบการศึกษาแบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก ในประชาชนเขตทุ่งครุและลาดกระบังจำนวน 72 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครู จำนวน 81 คน ผลการศึกษาพบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของประชาชน ไม่เคยรับรู้เกี่ยวกับแอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลาย มากกว่าร้อยละ 94 ไม่เคยใช้แอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลาย สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและครู มากกว่าร้อยละ 95 มีความพึงพอใจการใช้งานชุดซอฟต์แวร์ทันระดับทั้งในการติดตามการสำรวจ และรายงาน ในประเด็น composite index score เพื่อใช้ในการประเมินความเสี่ยงการเกิดไข้เลือดออกในพื้นที่ พบว่าข้อมูลปริมาณน้ำฝน และข้อมูลสัดส่วนเนื้อที่ตัวเมือง ย่านการค้า และหมู่บ้าน ยังไม่สามารถเก็บรวบรวมเพื่อใช้ในการประเมินได้ในบางพื้นที่ แต่เห็นด้วยกับการใช้รูปแบบ Zoning Response & Communication ตามลักษณะชุมชน ดังนั้น การร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการจัดการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องสร้างการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้แอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลายและชุดซอฟต์แวร์ทันระดับรวมถึงความร่วมมือจากภาคประชาชน และพัฒนา composite index score ให้มีข้อมูลที่เก็บรวบรวมง่ายกว่าปริมาณน้ำฝน สัดส่วนเนื้อที่ตัวเมือง ย่านการค้า และหมู่บ้าน และสามารถนำไปใช้ในการประเมินความเสี่ยงการระบาดของโรคไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่ได้

คำสำคัญ: ประเมินผล, รูปแบบ, การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

Abstract

The Institute for Urban Disease Control and Prevention has developed and implemented a dengue management model at Thung Khru district and Ladkrabang district, Bangkok in 2017. This study aims to: 1) Evaluation perceived, satisfy and an opinion of people about Conquer Mosquito Larvae mobile application and an opinion of health workers and teachers who used TunRabad software for early detection.

2) Study the opinion of health workers and people about the Composite Index Score and the Zoning Response & Communication model. Data collection by questionnaires and in-depth interviews. 72 people in Thung Khru and Ladkrabang, 81 health workers and teachers. The study indicated that More than 60 percent of people have never been aware of Conquer Mosquito Larvae mobile application. More than 95% of the respondents were satisfied with the use of the TunRabad software, for TunRabad Watch, TunRabad Survey and TunRabad Report. The composite index score was used to evaluation the dengue risk in the area. Found that the rainfall data and data of proportion in urban areas, commercial areas and villages are not available for evaluation in some areas. They are agree with the use of Zoning Response & Communication model. Collaboration from all sectors to tackle dengue should be raise awareness about the benefits of using Conquer Mosquito Larvae mobile application and TunRabad software included the participation from people. Development a Composite Index Score that is easier to collect data than rainfall data, proportion in urban areas, commercial areas, villages and can used to assess the risk of dengue outbreak in each area.

Keywords: Evaluation, Model, Prevention and Control of dengue hemorrhagic fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมานานกว่า 59 ปี และอนาคตมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากพื้นที่เขตเมืองและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายพาหะของโรคไข้เลือดออกมากขึ้น ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกมักจะพบบ่อยในพื้นที่เขตเมือง⁽¹⁾ ประชากรทั้งในและต่างประเทศมีการเคลื่อนย้ายสูง ภาวะโลกร้อนที่ส่งผลให้ยุงพาหะและตัวเชื้อโรค มีการเจริญเติบโตเร็วขึ้น เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายมีอาการรุนแรงถึงแก่ชีวิตและปัจจุบันยังไม่มียาที่สามารถใช้รักษาอย่างเฉพาะเจาะจง ในการลดการระบาดและลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต⁽²⁾ ซึ่งนโยบายระดับชาติกำหนดให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วน⁽³⁾ องค์การอนามัยโลกจัดประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงเป็นอันดับ 6 ใน 30 ประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับ 3 ในภูมิภาคเอเชีย⁽⁴⁾ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 – พ.ศ. 2558 อัตราป่วยของโรคมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจนจาก 74.78 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2549 เพิ่มขึ้นเป็น

217.08 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2558⁽⁵⁾ สำหรับกรุงเทพมหานคร อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกสูงกว่าอัตราป่วยของประเทศไทย และสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 – 2558 ยกเว้น ปี พ.ศ. 2557 ที่อัตราป่วยต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี^(6,7)

เพื่อให้จำนวนผู้ป่วยลดลง จึงได้ศึกษาโมเดลการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ที่ผ่านๆ มา พบว่ามีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน จัดกิจกรรมสร้างกระแสเผยแพร่ความรู้การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และณรงค์กำจัดต้นเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก⁽⁸⁾ มีการนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ห้าเครือข่าย ห้าร่วม ห้าคุณลักษณะ⁽⁹⁻¹³⁾ มีการนำนวัตกรรมทางการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกต่างๆ ได้แก่ นวัตกรรม ข ช่า ดีดี ยุงหนีห่างไม่วางไข่ ซึ่งทำให้ป้องกันยุงวางไข่ได้นาน 7 วัน และมีความปลอดภัยในการใช้งาน^(14,16) และมีการนำแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมยุงลายไปใช้ในสถานศึกษา⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

ในปี พ.ศ.2559 อธิบดีกรมควบคุมโรค ต้องการให้อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงกว่าปี 2558 จึงจัดตั้งคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานพัฒนาระบบการจัดการแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และแต่งตั้งคณะทำงานย่อยการพัฒนาระบบการจัดการแก้ไขปัญหาไข้เลือดออกในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (Bangkok Dengue Unit: BDU) 4 คณะ ดังนี้ คณะที่ 1 พัฒนา Application พิชิตลูกน้ำยุงลาย และ Application ท้นระเบิด คณะที่ 2 จัดทำดัชนีระดับความเสี่ยงและกลไกการตอบสนอง (Composite index score) เพื่อประเมินความเสี่ยงการระบาดของโรคไข้เลือดออกของแต่ละพื้นที่ คณะที่ 3 จัดทำ package response ตามลักษณะชุมชน เพื่อนำไปใช้ในการจัดการควบคุมยุงลายในพื้นที่เป้าหมาย และ คณะที่ 4 จัดทำรูปแบบการสื่อสารให้ประชาชนรับรู้และป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออก ให้เหมาะสมกับ package response ตามลักษณะชุมชน สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองได้พัฒนารูปแบบการจัดการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในกรุงเทพมหานครและขับเคลื่อนรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในพื้นที่นำร่อง (เขตลาดกระบัง เขตทุ่งครุ) ในปี 2560 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินการรับรู้ ความคิดเห็น ความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลาย และ การใช้งานชุดซอฟต์แวร์ท้นระเบิด 2) ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับ composite index score และรูปแบบ Zoning Response & Communication ตามลักษณะชุมชน

รูปแบบวิธีการศึกษา

1. ศึกษาการรับรู้ ความคิดเห็น และความพึงพอใจต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน พิชิตลูกน้ำยุงลาย โดยแบบสอบถามจากประชาชนทั่วไป 72 คน
2. ศึกษาความคิดเห็น และความพึงพอใจต่อการใช้งานชุดซอฟต์แวร์ท้นระเบิด โดยแบบสอบถามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครู จำนวน 81 คน
3. ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับ composite index score และรูปแบบ Zoning Response & Communication ตามลักษณะชุมชน เพื่อการจัดการควบคุมยุงลาย โดยการสนทนากลุ่ม
4. วิเคราะห์ข้อมูลด้านการรับรู้ความคิดเห็น และความพึงพอใจต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน พิชิตลูกน้ำยุงลาย และชุดซอฟต์แวร์ท้นระเบิด โดยสถิติพรรณนา และศึกษาความสัมพันธ์โดย χ^2 test

ผลการศึกษา

การใช้งานแอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลาย จากการประเมินการรับรู้ ความคิดเห็น และความพึงพอใจต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน พิชิตลูกน้ำยุงลาย จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชาชนโดยทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายและมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับราชการ และมากกว่า 90% มีสมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ตใช้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินแอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลาย (n = 72)

ลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	61.1
หญิง	28	38.9
อายุ		
ต่ำกว่า 21 ปี	2	2.8
21-30	16	22.2
31-40	28	38.9
41-50	10	13.9
51-60	16	22.2
วุฒิการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	24	33.3
ปริญญาตรี	34	47.2
สูงกว่าปริญญาตรี	14	19.4
อาชีพ		
ข้าราชการ	36	50.0
พนักงานเอกชน	9	12.5
ธุรกิจส่วนตัว	3	10.2
รับจ้าง	16	22.2
พ่อบ้าน แม่บ้าน	3	4.2
อื่นๆ	5	6.9

ด้านการรับรู้ต่อแอปพลิเคชันดังกล่าว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 70 ไม่เคยรับรู้เกี่ยวกับ แอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลาย ในประเด็นต่างๆ ดังนี้ การเคยเห็น/เคยได้ยิน/เคยทราบช่องทางการรับรู้ ข้อมูล เช่น อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ เป็นต้น และพบว่า มากกว่า ร้อยละ 94 ไม่เคยใช้แอปพลิเคชัน จากการ ศึกษาความคิดเห็นต่อแอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลาย

พบว่ามากกว่า ร้อยละ 79 ของกลุ่มตัวอย่างมีความคิด เห็นว่าแอปพลิเคชันนี้มีประโยชน์ น่าสนใจ และยินดี ที่จะนำไปใช้ รวมถึงมีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชัน พิชิตลูกน้ำยุงลายในด้านขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ เช่น ขั้นตอนการดาวน์โหลด ติดตั้ง การใช้งานในเมนูต่างๆ และความพึงพอใจโดยรวมต่อแอปพลิเคชัน (ตาราง ที่ 2 ,3 และ 4)

ตารางที่ 2 การรับรู้ต่อแอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลาย (n = 72)

ประเด็น	การรับรู้			
	เคย		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยเห็น/ได้ยิน/ทราบ เกี่ยวกับแอปพลิเคชันหรือไม่	20	27.8	52	72.2
ช่องทางที่เคยเห็น/ได้ยิน/ทราบ				
อินเทอร์เน็ต	7	9.7	65	90.3
เข้าร่วมอบรม/ประชุม	28	38.9	44	61.1
โทรทัศน์	0	0	72	100
เพื่อน/คนรู้จัก	1	1.4	71	98.6
สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น โปสเตอร์	3	4.2	69	95.8
แผ่นพับ				
งานรณรงค์ฯ	11	15.3	61	84.7
อื่น ๆ	0	0	72	100
เคยใช้แอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลายหรือไม่	4	5.6	68	94.4

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นต่อแอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลาย

ประเด็น	ความคิดเห็น			
	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมีประโยชน์	59	81.9	0	0
ความน่าสนใจ	57	79.2	2	2.8
ท่านยินดีจะใช้แอปพลิเคชัน	60	83.3	12	16.7

หมายเหตุ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 13 ราย (18.1%) ไม่แสดงความคิดเห็นในประเด็นประโยชน์และความน่าสนใจต่อแอปพลิเคชันดังกล่าว

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุงลาย

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ			
	พอใจ		ไม่พอใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขั้นตอนการดาวน์โหลด ติดตั้ง	58	80.6	1	1.4
การใช้งานเมนูสำรวจลูกน้ำยุงลาย	57	79.2	2	2.8
การใช้งานเมนูแจ้งข้อมูลผู้ป่วย	58	80.6	1	1.4
การใช้งานเมนูคำแนะนำ	58	80.6	1	1.4
การใช้งานเมนูติดต่อ	58	80.6	1	1.4
ความพึงพอใจโดยรวมต่อแอปพลิเคชัน	58	80.6	1	1.4

หมายเหตุ ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 13 ราย (18.1%) จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ไม่แสดงความคิดเห็นในทุกประเด็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันดังกล่าว

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้แอปพลิเคชันลูกน้ำยุงลาย พบว่าระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้แอปพลิเคชันลูกน้ำยุงลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้แอปพลิเคชันลูกน้ำยุงลาย

ประเด็นปัจจัย	เคยรับรู้		ไม่เคยรับรู้		p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
วุฒิการศึกษา					< 0.05
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3	11.1	13	40.6	
ปริญญาตรี	15	55.6	14	43.8	
สูงกว่าปริญญาตรี	9	33.3	5	15.6	
อาชีพ					< 0.05
ข้าราชการ	22	81.5	12	37.5	
พนักงานเอกชน	3	11.1	6	18.8	
รับจ้าง	1	3.7	9	28.1	
พ่อบ้าน แม่บ้าน	0	0	1	3.1	
อื่นๆ	1	3.7	4	12.5	

การใช้งานชุดซอฟต์แวร์ทันระดับ

จากการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานแอปพลิเคชันทันระดับของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายและมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ซึ่งมากกว่าร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่มีบทบาทในการควบคุมโรค และพบว่าร้อยละ 58 เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มากกว่า 5 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการใช้งานชุดซอฟต์แวร์ทันระดับ (n = 81)

ลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	31	38.3
หญิง	50	61.7
อายุ		
21-30	23	28.4
31-40	33	40.7
41-50	10	12.3
51-60	15	18.5

ตารางที่ 6 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการใช้งานชุดซอฟต์แวร์ทันโรค (n = 81) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5	6.2
ปริญญาตรี	54	66.7
สูงกว่าปริญญาตรี	22	27.2
หน่วยงาน		
กรมควบคุมโรค (สคร. ศตม. สปคม.)	57	70.0
สำนักอนามัย กทม. (สบส./กคร.)	13	16.0
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ.)	1	1.2
เทศบาล	6	7.4
สำนักงานเขต	4	4.9
ประสบการณ์การใช้งานชุดซอฟต์แวร์		
น้อยกว่า 1 ปี	10	12.3
1-3 ปี	15	18.5
3-5 ปี	9	11.1
5 ปี ขึ้นไป	47	58.0

จากการสำรวจความพึงพอใจการใช้งานทันโรคติดตาม ในประเด็นขั้นตอนการใช้งานง่าย การแสดงผลข้อมูลในรายละเอียดต่างๆ คือ ข้อมูลจำเป็นต่อการป้องกันควบคุมการระบาดฯ ข้อมูลเหมาะสมและสร้างความเข้าใจได้ดี ข้อมูลถูกต้อง รวดเร็ว และส่งออกแผนที่ได้ตามความต้องการ พบว่า ร้อยละ 98.8 ขึ้นไป มีความพึงพอใจมาก ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจการใช้งานทันโรคติดตาม

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ			
	พอใจมาก		พอใจน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขั้นตอนการใช้งานง่าย (ไม่ซับซ้อน)	81	100	0	0
แสดงผลข้อมูลที่จำเป็นต่อการป้องกันควบคุมการระบาดฯ	81	100	0	0
แสดงผลข้อมูลได้อย่างเหมาะสมและสร้างความเข้าใจได้ดี	81	100	0	0
แสดงผลข้อมูลถูกต้อง	80	98.8	1	1.2
แสดงผลข้อมูลอย่างรวดเร็ว	81	100	0	0
ส่งออกแผนที่ได้ตามความต้องการ	81	100	0	0
พึงพอใจต่อทันโรค-ติดตาม	81	100	0	0

จากการสำรวจความพึงพอใจการใช้งานทันระดับสำรวจ ในประเด็น การติดตั้งบนอุปกรณ์สื่อสาร การจัดวางรูปแบบโครงสร้าง ขั้นตอนการใช้งานง่าย สามารถทำงานได้ทั้งระบบ on-line และ off-line รวดเร็ว ในการตอบสนองต่อการใช้งาน สวยงาม สามารถสื่อสารทำความเข้าใจได้ง่าย บันทึกข้อมูลการสำรวจลูกน้ำยุงลายได้ครบถ้วน บันทึกพิกัด GPS สถานที่สำรวจได้อย่างสะดวก มีการรายงานค่าดัชนีทางกีฏวิทยาได้อย่างถูกต้องสามารถทำงานได้พร้อม ๆ กันหลายเครื่อง พบว่ามากกว่าร้อยละ 98.0 มีความพึงพอใจมาก ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความพึงพอใจการใช้งานทันระดับสำรวจ

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ			
	พอใจมาก		พอใจน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ติดตั้งบนแท็บเล็ตได้อย่างสะดวก	81	100	0	0
จัดวางรูปแบบโครงสร้างได้อย่างเหมาะสม	81	100	0	0
ขั้นตอนการใช้งานง่าย (ไม่ซับซ้อน)	80	98.8	1	1.2
ทำงานได้ทั้งแบบ On-line และ Off-line ได้	80	98.8	1	1.2
รวดเร็วในการตอบสนองต่อการใช้งาน	80	98.8	1	1.2
สวยงามและสามารถสื่อสารทำความเข้าใจได้ง่าย	81	100	0	0
บันทึกข้อมูลการสำรวจลูกน้ำยุงลายได้ครบถ้วน	81	100	0	0
บันทึกพิกัด GPS สถานที่สำรวจได้อย่างสะดวก	81	100	0	0
รายงานค่าดัชนีทางกีฏวิทยาได้อย่างถูกต้อง	81	100	0	0
ทำงานได้พร้อม ๆ กันหลายเครื่องได้อย่างถูกต้อง	81	100	0	0
พึงพอใจต่อ ทันระดับ-สำรวจ	80	98.8	1	1.2

จากการสำรวจความพึงพอใจการใช้งานทันระดับรายงาน ในประเด็นความสะดวกในการใช้งาน การรายงานผลข้อมูลถูกต้อง รวดเร็ว เพียงพอกับความต้องการ และส่งออกรายงานในรูปแบบ PDF Excel และ Word ได้ พบว่า มากกว่าร้อยละ 98.0 มีความพึงพอใจมาก (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจการใช้งานทันระดับรายงาน

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ			
	พอใจมาก		พอใจน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สะดวกในการใช้งาน	81	100	0	0
รายงานผลข้อมูลถูกต้อง	81	100	0	0
รายงานผลข้อมูลอย่างรวดเร็ว	81	100	0	0
รายงานผลข้อมูลที่เพียงพอกับความต้องการ	80	98.8	1	1.2
ส่งออกรายงานในรูปแบบ PDF ได้อย่างเหมาะสม	81	100	0	0
ส่งออกรายงานในรูปแบบ Excel ได้อย่างเหมาะสม	80	98.8	1	1.2
ส่งออกรายงานในรูปแบบ Word ได้อย่างเหมาะสม	80	98.8	1	1.2
พึงพอใจต่อทันระดับ-รายงาน	81	100	0	0

จากการสำรวจความพึงพอใจการใช้งานชุดซอฟต์แวร์ทันระดับในภาพรวม พบว่า มากกว่า ร้อยละ 97 ของผู้ใช้งานมีความพึงพอใจในระดับมาก ของภาพรวมชุดซอฟต์แวร์ทันระดับในประเด็นต่าง ๆ เช่น ช่วยลดภาระงาน สนับสนุนการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายการระบาดของโรคไข้เลือดออก และการวางแผนเชิงกลยุทธ์ รวมถึงมีความประสงค์ที่จะเลือกใช้ ชุดซอฟต์แวร์เหล่านี้ในอนาคต (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ความพึงพอใจการใช้งานชุดซอฟต์แวร์ทันระดับภาพรวม

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ			
	พอใจมาก		พอใจน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลดภาระงานของท่าน	79	97.5	2	2.5
สนับสนุนการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย	81	100	0	0
สนับสนุนการควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก	81	100	0	0
สนับสนุนการวางแผนเชิงกลยุทธ์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	80	98.8	1	1.2
ประสงค์เลือกใช้ทันระดับ-สำรวจ ในอนาคต	80	98.8	1	1.2
ประสงค์เลือกใช้ทันระดับ-ติดตาม ในอนาคต	81	100	0	0
ประสงค์เลือกใช้ทันระดับ-รายงาน ในอนาคต	81	100	0	0
ประสงค์เลือกใช้ทันระดับ-วิเคราะห์ ในอนาคต	81	100	0	0

การใช้งาน composite index score

จากการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ composite index score มีวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขของกองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการสาธารณสุขเขตลาดกระบัง และทุ่งครุ ในระดับผู้บริหาร หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติที่มีความรับผิดชอบด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 30 คน ซึ่งมีความคิดเห็นตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ประเด็นอุบัติการณ์ผู้ป่วยใน 2- 4 สัปดาห์ พบว่า ผู้เข้าร่วมการสนทนาเห็นด้วยกับช่วงระยะเวลา 2- 4 สัปดาห์ในการนำมาใช้ในการคำนวณประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่ แต่เห็นว่าควรใช้ข้อมูลอุบัติการณ์ผู้ป่วยใน 4 สัปดาห์

2. ประเด็นจำนวนบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำ ยุงลายใน 100 หลังคาเรือน (HI) ในกรณีสำรวจภายในโรงเรียนจะไม่สามารถหาค่า HI ได้จึงมีข้อเสนอว่าการสำรวจลูกน้ำในโรงเรียนจะใช้ค่า CI อย่างเดียว เวลาคำนวณ composite index score จึงนำค่า HI weight มารวมกับค่าของ CI weight

3. ประเด็นจำนวนภาษาที่สำรวจพบลูกน้ำ ยุงลายใน 100 ภาษา (CI) พบว่าในขณะที่ทำการสำรวจ ค่า CI ในชุมชนจะทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากตัวแทนของศูนย์บริการสาธารณสุข คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ไม่สามารถเข้าทำการสำรวจภายในบ้าน และ ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าไปสำรวจภายในบ้านจึงทำให้ค่า CI ที่ได้น้อยกว่าความเป็นจริง

4. ประเด็นปริมาณน้ำฝน (mm) ค่าปริมาณน้ำฝนที่ได้จากเว็บไซต์ สำนักการระบายน้ำ (<http://dds.bangkok.go.th>) เป็นภาพรวมของเขต

5. ประเด็นสัดส่วนเนื้อที่ตัวเมืองย่านการค้าและหมู่บ้าน ข้อมูลมีลักษณะเป็นตัวแทนภาพรวมของเขต เช่นเดียวกับปริมาณน้ำฝน

Zoning Response & Communication

รูปแบบ Zoning เพื่อการจัดการควบคุมยุ่ง่าย แบ่งลักษณะชุมชนโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการแบ่งลักษณะชุมชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อให้สามารถนำ Zoning Response ไปใช้ดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคในพื้นที่ได้ โดยมาตรการจัดการควบคุมยุ่ง่ายของ สปคม.มีลักษณะคล้ายคลึงกับมาตรการของกรุงเทพมหานคร ต่างกันที่มาตรการของ สปคม. มีการตอบโต้ตามระดับของความรุนแรง ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ จากการประเมินความเสี่ยงโดย composite index score และตามลักษณะชุมชน โดยประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มมีดังนี้

1. ลักษณะชุมชนประเภทอาคารสูง เช่น คอนโดมิเนียม มีการเข้าไปสำรวจลูกน้ำยุ่ง่ายได้ยากกว่าลักษณะชุมชนอื่นๆ เนื่องจาก ผู้พักอาศัยไม่ค่อยอยู่บ้าน

2. มาตรการการควบคุมโรคภายใน 24 ชม.ของอาคารสูง ทำได้ยาก เนื่องจากมีขั้นตอนการแจ้งข่าวสารให้กับลูกบ้านได้ทราบทั่วถึงอาจต้องใช้เวลา มากกว่า 1 วัน

3. อาคารสูงเข้าถึงยาก แต่ก็ไม่ค่อยมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุง คนที่เป็นอาจติดมาจากที่อื่น และเจ้าของบ้านอาจจะปฏิเสธว่าเป็นแหล่งรังโรค ควรมีมาตรการให้เข้าถึงได้เร็ว

สรุปผลการศึกษาและอภิปราย

การใช้งานแอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุ่ง่าย
การที่ประชาชนรับรู้ต่อแอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุ่ง่ายไม่ทั่วถึงและครอบคลุมทุกพื้นที่รวมถึงเกือบทั้งหมดของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ไม่เคยใช้แอปพลิเคชันดังกล่าวอาจเนื่องมาจากการประชาสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่อง และช่องทางการสื่อสารยังไม่สามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ ส่วนกลุ่มเป้าหมายที่ได้ทำการทดลองใช้แอปพลิเคชันดังกล่าวมากกว่า ร้อยละ 79 มีความคิดเห็นว่าแอปพลิเคชันมีประโยชน์ น่าสนใจ และยินดีที่จะนำไปใช้ รวมถึงมีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันพิชิตลูกน้ำยุ่ง่ายในด้านขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ เช่น ขั้นตอนการดาวน์โหลดติดตั้ง การใช้งานในเมนูต่าง ๆ และความพึงพอใจโดยรวมต่อแอปพลิเคชัน เนื่องจากรูปแบบมีสีสันดึงดูด ใช้งานง่าย สะดวก ประมวลผลทันที และมีคำแนะนำในการป้องกันควบคุมยุ่ง่ายที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

กลุ่มเป้าหมายที่มีความรู้ในระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีการรับรู้มากกว่าคนที่มีความรู้ต่ำกว่าปริญญาตรีในทางเดียวกัน อาชีพรับราชการมีการรับรู้มากกว่าอาชีพอื่นๆ อาจเนื่องมาจากโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และช่องทางการรับรู้มีหลากหลายช่องทาง

การใช้งานชุดซอฟต์แวร์ทันระบาด

บุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทในการป้องกันควบคุมโรคมากกว่าร้อยละ 97 มีความพึงพอใจต่อการใช้งานชุดซอฟต์แวร์ทันระบาดมากทั้งแอปพลิเคชันทันระบาดติดตาม รายงาน สำรวจโดยทันระบาดติดตามมีขั้นตอนการใช้งานง่าย การแสดงผลข้อมูล รวดเร็ว และส่งออกแผนที่ได้ตามความต้องการ ทางด้านทันระบาดสำรวจ มีการจัดวางรูปแบบโครงสร้าง ขั้นตอนการใช้งานง่าย สามารถ

ทำงานได้ทั้งระบบ on-line และ off-line รวดเร็ว ในการตอบสนองต่อการใช้งาน สวยงาม สามารถสื่อสารทำความเข้าใจได้ง่าย บันทึกข้อมูลการสำรวจลูกน้ำยุงลายได้ครบถ้วน บันทึกพิกัด GPS สถานที่สำรวจได้อย่างสะดวก มีการรายงานค่าดัชนีทางกีฏวิทยาได้อย่างถูกต้อง สามารถทำงานได้พร้อม ๆ กันหลายเครื่อง ส่วนทันระบดรายงาน มีความสะดวกในการใช้งาน การรายงานผลข้อมูลถูกต้อง รวดเร็วเพียงพอกับความต้องการ และส่งออกรายงานในรูปแบบ PDF Excel และ Word ได้โดยภาพรวมพบว่าชุดซอฟต์แวร์ทันระบดช่วยลดภาระงาน สนับสนุนการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายการระบาดของโรคไข้เลือดออก และการวางแผนเชิงกลยุทธ์ รวมถึงมีความประสงค์ที่จะเลือกใช้ ชุดซอฟต์แวร์เหล่านี้ในอนาคต

การใช้งาน composite index score

บุคลากรสาธารณสุขของกองควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการสาธารณสุขเขตลาดกระบัง และทุ่งครุ ในระดับผู้บริหาร หัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติที่มีความรับผิดชอบด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกเห็นด้วยกับช่วงระยะเวลา 2- 4 สัปดาห์ในการนำมาใช้ในการคำนวณประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากค่าอุบัติการณ์ดังกล่าวสามารถเข้าถึงได้ตามแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น รายงาน 506 ของสำนักโรคระบาดวิทยา และข้อมูลจากกลุ่มงานควบคุมสัตว์และแมลงนำโรคสำนักงานมัยกรุงเทพมหานคร แต่เห็นว่าควรใช้ข้อมูลอุบัติการณ์ผู้ป่วยใน 4 สัปดาห์เนื่องจากสามารถนำมาใช้ในการประเมินความเสี่ยงและควบคุมการระบาดได้ดี

การสำรวจลูกน้ำในโรงเรียนจะใช้ค่า CI อย่างเดียว เวลาคำนวณ composite index score จึงนำค่า HI weight มารวมกับค่าของ CI weight ส่วนการสำรวจค่า CI ในชุมชนจะทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากตัวแทนของศูนย์บริการสาธารณสุข คือ อาสาสมัครสาธารณสุข

ไม่สามารถเข้าทำการสำรวจภายในบ้าน และส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าไปสำรวจภายในบ้าน จึงทำให้ค่า CI ที่ได้ น้อยกว่าความเป็นจริง

ข้อมูลปริมาณน้ำฝน และข้อมูลสัดส่วนเนื้อที่ตัวเมือง ย่านการค้า และหมู่บ้าน สามารถหาข้อมูลได้จากสำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (องค์การมหาชน) <http://www.gistda.or.th> โดยข้อมูลในเว็บไซต์จะมีการปรับปรุงทุก 2 ปี แต่ยังไม่สามารถเก็บรวบรวมเพื่อใช้ในการประเมินได้ในบางพื้นที่ ซึ่งหากประเมินความเสี่ยงในพื้นที่ระดับแขวงและชุมชน ข้อมูลที่ได้จะไม่ได้อันเป็นตัวแทนที่แท้จริง

Zoning Response & Communication

ชุมชนประเภทอาคารสูง เช่น คอนโดมิเนียม มาตรการการควบคุมโรคภายใน 24 ชม.และการเข้าไปสำรวจลูกน้ำยุงลายทำได้ยากกว่าลักษณะชุมชนอื่น ๆ เนื่องจาก ผู้พักอาศัยไม่ค่อยอยู่บ้าน แต่ก็ไม่ค่อยมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุง คนที่เป็นอาจติดมาจากที่อื่น แต่เห็นด้วยกับการใช้รูปแบบ Zoning Response & Communication ตามลักษณะชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. สร้างการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้แอปพลิเคชันพิกัดลูกน้ำยุงลายและชุดซอฟต์แวร์ทันระบด เน้นการประชาสัมพันธ์แอปพลิเคชันดังกล่าวที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้โดยผ่านสื่อและช่องทางที่เหมาะสมตามรูปแบบ Zoning เพื่อการจัดการควบคุมยุงลาย

2. พัฒนา composite index score ให้มีข้อมูลที่เก็บรวบรวมง่ายกว่าปริมาณน้ำฝน สัดส่วนเนื้อที่ตัวเมือง ย่านการค้า และหมู่บ้าน และสามารถนำไปใช้ในการประเมินความเสี่ยงการระบาดของโรคไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่ได้

3. เสริมสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบูรณาการงานเพื่อจัดการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก โดยใช้รูปแบบ Bangkok Dengue Unit: BDU

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ภาวนา สุตินันท์วิหาร. ประเมินผลรูปแบบการจัดการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในกรุงเทพมหานคร. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(3): หน้า 19-31.

Suggested Citation for this Article

Sutipanwihan P. Evaluation of the Dengue management Model in Bangkok. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; 2(3): page 19-31.

เอกสารอ้างอิง

- Chareonsook O, Foy HM, Teeraratkul A, Silarug N (1999). Changing epidemiology of dengue hemorrhagic fever in Thailand. *Epidemiol Infect.* 122: 161-6. หรือ สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานการประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกภาพรวมระดับประเทศ ปี 2554 เอกสารอัดสำเนา เย็บเล่ม.
- Hemungkorn M, Thisyakorn U, Thisyakorn C. Dengue infection: A growing global health threat. *BioScience Trends* 2007; 1(2): 90-6 หรือสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานการประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกภาพรวมระดับประเทศ ปี 2554 เอกสารอัดสำเนาเย็บเล่ม.
- สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์โรคติดต่อฯ โดยแมลงระดับชาติ. 2555 - 2559. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2560 [สืบค้น มิถุนายน 2560], แหล่งข้อมูล: <http://www.thaivbd.org/>, <http://www.ddc.moph.go.th>
- World Health Organization. Global Strategy for Dengue Prevention and Control 2012-2020. France; 2012.
- สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี. 2549 - 2558. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2560 [สืบค้น มิถุนายน 2560], แหล่งข้อมูล: <http://www.thaivbd.org/>, <http://www.ddc.moph.go.th>
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบการเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506) ปีพ.ศ. 2551 - 2558. เข้าถึงได้จาก : <http://www.boe.moph.go.th>
- จุลจิลา หินจาปา, วนิดา ดิษวิเศษ, อัจฉราพรรณ อินตะสุวรรณ, นภัทร วัชรภรณ์. กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพฯ การพยากรณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2558.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5, 6, 7. เอกสารประกอบการสัมมนา มหกรรมรณรงค์โรคไข้เลือดออกระดับจังหวัดและระดับภาค “ภูมิปัญญาไทยต้านภัยไข้เลือดออก” ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วันที่ 2 พฤษภาคม 2556 ณ โรงแรมสุนีย์แกรนด์ จังหวัดอุบลราชธานี. 2556. 41 หน้า. (เอกสารอัดสำเนา)
- วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558 ปีที่ 24 ฉบับที่ 5 กันยายน - ตุลาคม 2558 รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยกระบวนการห้าเครือข่าย ห้าร่วม ห้าคุณลักษณะ อำเภอเมืองยโสธร พรพิไล วรรณสัมพันธ์ ส.ม. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร
- เตือนใจลับโกษา, วิรัตน์ปณิลลา, สมศักดิ์ ศรีภักดี. รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพชุมชน วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2559 ตำบลเมืองบัว อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์

11. พูนสุข ช่วยทอง, บรรเทิง สุพรรณ, เปรมวดี คฤหเดช. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ วารสารกิจการุณย์ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2556.
12. Sisavanh Vongkatanegnou, ทฤษฎีการมีส่วนร่วม. (2555). สืบค้นเมื่อ มกราคม 2556, สืบค้นจาก<http://www.gotoknow.org/posts/482092>.
13. สังคม สุภรัตน์กุล, ศรีสวัสดิ์, พรหมแสง, ดำรงค์ ฉิมนิล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการเปรียบเทียบชุมชนที่ปลอดการระบาดกับชุมชนที่มีการระบาดซ้ำจากจังหวัดหนองบัวลำภู ปี 2547 วารสารควบคุมโรค ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 ม.ค.- มี.ค. 2549.
14. ประสิทธิ์ สัมฤทธิ์. โครงการนวัตกรรมเข้าป้องกันยุ่งวางไข่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว ตำบลโนนสูง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ตุลาคม 2555 – กันยายน 2556.
15. พรทิภา เนื้อทอง. นวัตกรรม”ข ข้า”ดีดี “ยุ่ง”หนีห่าง ไม่วางไข่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านนาชม ตำบลแสนสุข อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด ตุลาคม 2557 – สิงหาคม 2558.
16. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นวัตกรรมทางการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ปีที่พิมพ์ : มิถุนายน 2556 พิมพ์ : ครั้งที่ 1 พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
17. <http://www.cs.colostate.edu/ddss/application.html>.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การจัดการลดความเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงในกลุ่มประชากรพระที่จำพรรษาในเขตเมือง

The risk of central obesity in the population of monks in urban area

แสงอรุณ สร้อยรยงศิริ¹, ภัสสร สร้อยรยงศิริ¹โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์Sangaroon Sureyyoungsiri¹, Passorn Sueyungyongsiri¹¹Surin Hospital, Surin Province

บทคัดย่อ

ภาวะอ้วนลงพุง พบอุบัติการณ์สูงขึ้นทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย รวมทั้งในกลุ่มประชากรพระ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการจัดการความเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงในกลุ่มประชากรพระ โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ แบ่งกลุ่มประชากรเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มประชากรพระที่จำพรรษาในวัดในเขตเทศบาลเมือง เปรียบเทียบกับพระที่จำพรรษาที่วัดนอกเขตเทศบาลเมือง โดยมีสมมุติฐานว่าพระทั้งสองเขตนั้นมีความเสี่ยง ในการเกิดภาวะอ้วนลงพุงที่แตกต่างกัน ประชากรพระทั้งหมดในเขตอำเภอเมือง 841 ราย จำนวนพระ ในเขตเทศบาลเมือง 170 ราย คิดเป็น 20.21% อายุเฉลี่ย 35 ปี จำนวนพระนอกเขตเทศบาลเมือง 671 ราย คิดเป็น 79.79% อายุเฉลี่ย 48 ปี การหาค่าความเสี่ยงสามารถคำนวณความเสี่ยงของการเกิดภาวะอ้วนลงพุง ได้ว่าพระที่จำพรรษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่า พระที่จำพรรษาในวัดนอกเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุรินทร์ เป็น 1.68 เท่า และ 2.57 เท่าในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 35 ปี โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง 7 รายใน 30 ราย หรือ 23% รอบเอว ลดลง เหลือ < 90 cm.จากการติดตามพระที่มีภาวะอ้วนลงพุง ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ความ ชุกของภาวะอ้วนลงพุงลดลงจาก 18% ลดเหลือ 8.0% ในกลุ่มประชากร ยังมีการขาดการติดตามหรือติดตาม ไม่ได้คิดเป็น 20% ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มประชากรที่ติดตามได้ไม่พบการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหลอดเลือด ในระยะ 2 ปีที่เฝ้าระวัง เปรียบเทียบสุขภาพของพระในเขตเทศบาลเมือง มีภาวะอ้วนลงพุง มากกว่ากลุ่มควบคุม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดความชุกของภาวะอ้วนลงพุงได้และป้องกันการ เกิดโรคหลอดเลือดได้ภายใน 2 ปีที่ติดตาม

คำสำคัญ: อ้วนลงพุง, ความชุก, พระ

Abstract

Central obesity found a higher incidence around the world including Thailand and population of monks. The objective of this study was to study the prevalence of central obesity and how to reduced risk in the population of monks by having a comparison group. Divided the population into two groups, the first group was the population of monks who lived in the temple in the municipality compared with the population of monks who lived in the temple outside the municipality. The hypothesis was the two groups

had the difference of the risks of central obesity. The population of all the monks in urban area were 841, they were all men. The number of monks in the municipality was 170, accounted for 20.21%, the average age was 35 years old. The number of monks outside the municipality was 671, accounted for 79.79%, the average age was 48 years old. Can calculate the risk of central obesity that the monks in Surin municipality had a risk of central obesity more than the monks outside Surin municipality was 1.68 times and 2.57 times in age group more than 35 years. And there was a statistically significant at 95% confidence level. Changing behavior in the risk group reduced the population at risk 7 from 30 participate or have WC <90 cm. from following the monks who had central obesity after modified behavior. The prevalence of central obesity decreased from 20.21% reduced to 8.0%. In the population of the track, new case diabetes, hypertension or vascular disease did not occur in 2 years surveillance. Compared the health of the monks in the municipality have central obesity more than the control group changing behavior and reduced the prevalence of control obesity and prevented control vascular disease during 2 year follow up.

Keywords: central obesity, prevalence, monks

บทนำ

ภาวะอ้วนลงพุง หรือ metabolic syndrome คือ กลุ่มของปัจจัยเสี่ยงที่ประกอบด้วยโรคอ้วนลงพุง พบอุบัติการณ์สูงขึ้นทั่วโลก⁽¹⁻⁷⁾มีความเสี่ยงที่จะเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด⁽⁸⁻¹³⁾ ในประเทศไทยอุบัติการณ์สูงขึ้น เช่นเดียวกัน⁽¹⁴⁾ พบภาวะอ้วนลงพุง หรือ metabolic syndrome ร้อยละ 29.3 โดยในเพศชายจะพบร้อยละ 24 ขณะที่เพศหญิงพบร้อยละ 34.2 ยังไม่มีใครทราบสาเหตุที่แท้จริงของภาวะอ้วนลงพุงเกิดจากอะไร แต่เชื่อกันว่าจะเกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุ พบว่าอายุมาก มีโอกาสเป็นเพิ่มขึ้น เชื้อชาติโดยคนผิวดำจะมีโอกาสเกิดภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าปกติ คนอ้วน มีความเสี่ยงมากกว่าคนผอม ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน จะมีโอกาสเป็นโรคสูงกว่าผู้ที่มีโรคอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูงยังไม่มีใครทราบสาเหตุที่แท้จริงของภาวะอ้วนลงพุงเกิดจากอะไร แต่พบว่าอายุมาก มีโอกาสเป็นเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ภาวะอ้วนลงพุงก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพหลายประการ ผลเสียส่วนใหญ่ล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อหลอดเลือดแดงทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน หรือเบาหวาน

ภาวะอ้วนลงพุงจะขึ้นกับเกณฑ์ที่วินิจฉัย เช่น อาจจะมีอาการของโรคอ้วน เช่น ปวดข้อ หายใจลำบาก หรือมีโรคความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ มึนศีรษะ หรือโรคเบาหวาน ปัสสาวะบ่อย หิวน้ำบ่อย น้ำหนักลด หรือตรวจพบไขมันในเลือดสูง โดยส่วนใหญ่ไม่มีอาการ อย่างไรก็ตาม ภาวะอ้วนลงพุงก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพหลายประการ โดยขึ้นกับองค์ประกอบของโรค ได้แก่ ทำให้หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบ จึงเกิดโรคหัวใจได้ง่าย ไตจะขับเกลือออกได้น้อยลง ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ไขมันไตรกลีเซอไรด์ที่สูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดตีบ เพราะเลือดจะแข็งตัวได้ง่ายทำให้อุดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือหัวใจ ทำให้เป็นโรคเบาหวานได้ง่าย

ประชากรพระ ซึ่งมีการดำเนินชีวิตแตกต่างจากฆราวาสทั่วไป ไม่สามารถไปออกกำลังกายแบบฆราวาสทั่วไปต้องสำรวม อาหารที่ฉันก็ไม่สามารถคัดเลือกเองได้ขึ้นกับอาหารที่ญาติโยมถวาย ซึ่งมักจะ เป็นอาหารที่หวาน ไขมันสูงตามความเชื่อของการถวายอาหารพระต้องเป็นอาหารที่ดีที่สุด ขณะเดียวกันสภาวะเศรษฐกิจและความเร่งด่วนของการใช้ชีวิตในเขตเมืองผู้คนจึงนิยมซื้ออาหารสำเร็จใส่บาตรอาจ

จะมีความเค็มสูง ผงชูรสมาก สิ่งที่เกิดขึ้นได้คือพบว่าพระที่มีรูปร่างอ้วน แต่ยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังว่าในกลุ่มประชากรพระนั้นมีความเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงมากเพียงใดและความเสี่ยงสูงกว่าในกลุ่มพระที่จำพรรษาในเขตเมืองหรือไม่เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคที่เกิดจากภาวะโภชนาการเกินให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงในกลุ่มประชากรพระ โดยเปรียบเทียบระหว่างพระที่จำพรรษาในเขตเมืองกับกลุ่มพระที่จำพรรษานอกเขตเมืองเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วิธีการศึกษา

ระยะที่ 1 เป็นการเตรียมการดำเนินงาน ประกอบด้วย การขออนุมัติคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ การประชุมชี้แจงผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย การจัดเตรียมแบบฟอร์มใบแสดงความยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยและอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย การศึกษาเป็นการศึกษาแบบทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม (Experimental study) เริ่มในเดือนพฤศจิกายน 2558 จากการตรวจสุขภาพพระในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์ทั้งหมด เนื่องจากใช้ข้อมูลทั้งหมด จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ที่อยู่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว วัดเป็นเซนติเมตร โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดอยู่แล้วแบ่งกลุ่มประชากรเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มประชากรพระที่จำพรรษาในวัดในเขตเทศบาลเมืองเปรียบเทียบกับพระที่จำพรรษาที่วัดนอกเขตเทศบาลเมือง โดยมีสมมติฐานว่าพระทั้งสองเขตนั้นมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะอ้วนลงพุงที่แตกต่างกัน ตามอาหารที่ได้รับการถวายจาก

ประชาชนแตกต่างกัน ในเขตเทศบาลน่ามีความเสี่ยงมากกว่า วิเคราะห์ความแตกต่างของอายุ และรอบเอว

ระยะที่ 2 การดำเนินการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล จากการสอบถามข้อมูล ตรวจร่างกายเบื้องต้น พบความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุงจึงได้ดำเนินการจัดตั้งอาสาสมัครประจำวัด ได้แก่ พระ แม่ชี มัคทายก กรรมการวัด ผู้สูงอายุในวัด เป็นแกนนำด้านสุขภาพประจำวัด และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่พระกลุ่มรอบเอวเกิน พร้อมอาสาสมัครประจำวัดให้ความรู้เรื่องการตรวจสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง การแปลผล ความรู้เรื่องโรคที่เกิดจากภาวะอ้วนลงพุง โรคไม่ติดต่อ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้พ้นจากความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง และให้อาสาสมัครประจำวัดคอยช่วยเหลือพระ เรื่องอาหารและติดตามสุขภาพพระเป็นประจำ

ระยะที่ 3 การติดตามผลการดำเนินงาน ให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โครงการตรวจสุขภาพพระในปี 2559 โดยมีตัวชี้วัดหลักคือ การเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหลอดเลือด ตัวชี้วัดรองคือรอบเอวของผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่และอัตราการเกิดภาวะอ้วนลงพุงรายใหม่

ผลการศึกษา

ประชากรพระทั้งหมดในเขต อำเภอเมือง 841 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง กรกฎาคม – พฤศจิกายน 2558 จำนวนพระ ในเขตเทศบาล 170 ราย คิดเป็น 20.21 % อายุเฉลี่ย 35 ปี จำนวนพระนอกเขตเทศบาล 671 ราย คิดเป็น 79.79% อายุเฉลี่ย 48 ปี จากอายุเฉลี่ยของประชากรพระพบว่าพระในเขตเทศบาลเมืองมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่า เนื่องจากในเขตเทศบาลเมืองนั้นจะมี พระและสามเณรที่อายุน้อยมาบวชเรียนแบบชั่วคราวมากกว่าวัดที่อยู่นอกเขตเทศบาลเมือง แต่อย่างไรก็ตาม การตรวจสุขภาพของพระก็ยัง

พบภาวะอ้วนลงพุงเป็นร้อยละที่สูงกว่าตามตารางที่ 1 สามารถคำนวณความเสี่ยงของการเกิดภาวะอ้วนลงพุงได้ว่าพระที่จำพรรษาในเขตเทศบาลเมือง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าพระที่จำพรรษาในวัดนอกเขตเทศบาลเมือง เป็น 1.68 เท่า และมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้ chi-square test ที่การทดสอบแบบสองทาง ค่าความเสี่ยงที่คำนวณได้จากทุกกลุ่มอายุรวมกันคือความเสี่ยงอย่างหยาบ แต่เรารู้ว่าความเสี่ยงของภวณี้มีอายุเป็นตัวแปรร่วมที่สำคัญ เราจึงแบ่งข้อมูลเป็นประชากรที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป การหาค่าความเสี่ยงสามารถคำนวณความเสี่ยงของการเกิดภาวะอ้วนลงพุง

ได้ว่าพระที่จำพรรษาในเขตเทศบาลเมือง จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าพระที่จำพรรษาในวัดนอกเขตเทศบาลเมือง เป็น 2.57 เท่า และมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้ chi-square test ที่การทดสอบแบบสองทาง ตามตารางที่ 2 การตรวจสอบสุขภาพพระ พบภาวะความผิดปกติอื่น ๆ ในกลุ่มพระที่อาศัยในวัดที่อยู่นอกเขตเทศบาล ที่อาจจะมีปัญหาในการจัดหาอาหารและอาหารที่สะอาด จึงพบโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารและน้ำดื่มมากกว่าพระที่อาศัยอยู่วัดในเขตเมือง โดยมีความเสี่ยงมากกว่า 3.60 เท่า ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ความเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงของพระ ในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

	จำนวนพระในเขต	จำนวนพระนอกเขต	รวม
รอบเอวมากกว่า 90 ซม.	30(17.65%)	76(11.33%)	106(12.64%)
รอบเอวปกติ	140(82.35%)	595(88.67%)	735(87.39%)
รวม	170(20.21%)	671(79.79%)	841(100%)

ตารางที่ 2 ความเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงของพระที่อายุมากกว่า 35 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

	จำนวนพระในเขต	จำนวนพระนอกเขต	รวม
รอบเอวมากกว่า 90 ซม.	19(24.36%)	59(11.13%)	78(12.83%)
รอบเอวปกติ	59(75.64%)	471(88.87%)	530(87.17%)
รวม	78(12.83%)	530(87.17%)	608(100%)

ตารางที่ 3 ความชุกของภาวะติดเชื้อโรคทางเดินอาหารของพระ ในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

	จำนวนพระนอกเขต	จำนวนพระในเขต	รวม
ติดเชื้อทางเดินอาหาร	14(2.09%)	1(0.59%)	15(1.78%)
ปกติ	657(97.91%)	169(99.41%)	826(98.22%)
รวม	671(79.79%)	170(20.21%)	841(100%)

ตารางที่ 4 ความเสี่ยงของการเกิดภาวะอ้วนลงพุงและการติดเชื้อ

	Odd Ratio	P-Value
ภาวะอ้วนลงพุงพระทั้งหมด	1.68	<0.05
ภาวะอ้วนลงพุงพระที่อายุ>35ปี	2.57	<0.05
ภาวะติดเชื้อทางเดินอาหาร	3.60	<0.05

ปี 2558 พระในเขตเทศบาลเมือง 170 ราย ลาลิกขาบท 57 ราย ปี 2559 พระเดิม พระบวชใหม่ และย้ายที่อยู่มาจำวัดพรรษาในวัด รวม 113 ราย ผลการติดตามพระที่มีภาวะอ้วนลงพุง ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดำเนินงานการตรวจสุขภาพ ปี 2559 ดำเนินการเก็บข้อมูล ตุลาคมถึงธันวาคม 2559 พบว่ารอบเอวลดลงถึงเกณฑ์ต่ำกว่า 90 ซม. 7 รายจาก 30 ราย คิดเป็น 23% รอบเอวเพิ่มขึ้น 3 ราย จาก 30 ราย คิดเป็น 10% อัตราความเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงลดลง 30 รายจาก 170 รายคิดเป็น 18.0% ลดเป็น 16 ราย จาก 113 ราย คิดเป็น 14% รายเก่า 6 ราย รายใหม่ 10 รายยังไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2558 มีการตรวจในช่วงเข้าพรรษาแต่ปีพ.ศ. 2559 มีการตรวจในช่วงออกพรรษา พระมีการลาลิกขาบท กลุ่มประชากรจึงมีการขาดการติดตามหรือติดตามไม่ได้ ลาลิกขาบท จำนวน 6 รายจาก 30 ราย คิดเป็น 20% ของประชากรกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มประชากรที่ติดตามได้ไม่พบการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหลอดเลือดในระยะ 2 ปีที่เฝ้าระวัง

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การตรวจสุขภาพประจำปีของพระเราพบความผิดปกติหลาย ๆ อย่าง การแก้ไขปัญหามีความจำเป็นในการวิเคราะห์ให้ชัดเจนมิฉะนั้นก็จะไม่สามารถแก้ปัญหาให้ตรงจุดได้ การแบ่งกลุ่มประชากรตามที่อยู่ ตามอายุ ทำให้เราเห็นปัญหาชัดเจนขึ้นในกลุ่มประชากรพระที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองนั้น

มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกิน อ้วนลงพุง โดยเฉพาะพระที่มีอายุมากกว่า 35 ปีแตกต่างจากพระที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเมือง นั้นมีปัญหการติดเชื้อโรคทางเดินอาหารในพื้นที่เหล่านี้อาจจะมีปัญหาการจัดหาน้ำดื่มที่สะอาดไม่เพียงพอ ก็คงต้องการการดูแลเรื่องอาหารการกิน ที่ถูกสุขลักษณะแก่พระ

เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคอ้วนลงพุง ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิด โรคหลอดเลือดและโรคเบาหวาน รวมถึงจะต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดอื่นด้วย การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก เหมือนงานวิจัย เรื่องผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง ผู้เข้าร่วมงานวิจัย มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดลง 2.3 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่ลดลง 0.87 กิโลกรัม/ตารางเมตร และมีความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง การจัดการตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.01$) ผลของการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในกลุ่มเสี่ยงอ้วนลงพุงหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับเมตาบอลิกได้โดยบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม⁽¹⁷⁾ การปรับพฤติกรรมไม่ว่าจะเป็น การฉันทอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ด้วยการลดอาหารประเภทไขมันลง โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว ซึ่งมีมากในเนื้อสัตว์ที่ติดมัน นมสัตว์ อาหารทะเลพวกกุ้งและปลาหมึก น้ำมันจากสัตว์ น้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าว โดยไม่ควรฉันทอาหารพวกแป้งเกินร้อยละ 50 ของอาหารที่รับประทาน ถึงแม้พระเลือกอาหารไม่ได้แต่เลือกฉันท

อาหารได้ โดยให้เลือกฉันอาหาร มีใยอาหารสูง เช่น ธัญพืช ข้าวกล้อง ผัก พืชตระกูลถั่ว ลดอาหารเค็ม ทั้งนี้ เพื่อช่วยลดความดันโลหิตลดน้ำหนัก พบว่าการลดน้ำหนัก ลงร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัว จะชะลอหรือลด ความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง แนะนำให้ออกกำลังกายวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ซึ่งจะช่วยลดการเกิดโรค ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในกรณีที่โรคเหล่านี้ อยู่แล้วการออกกำลังกายจะช่วยให้การรักษาได้ ผลดีขึ้น อย่างเช่น กรณีพระในเขตเทศบาลเมืองนั้น ควรเน้นการปรับพฤติกรรม โดยในคนที่อ้วนการลด น้ำหนักลงร้อยละ 5-10 จะสามารถช่วยชะลอและ ป้องกันการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจได้ โดยการ ลดพลังงานลง 500 กิโลแคลอรี/วันจะสามารถลด น้ำหนักได้ประมาณ 0.45 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ด้วยหลัก การง่าย ๆ คือ ให้ลดหรืองดรับประทานของที่ให้ พลังงานมาก เช่น ของทอด ของมัน ของหวาน เลือก รับประทานแต่อาหารที่ให้พลังงานน้อยกว่า เช่น รับประทานข้าวขาหมูเนื้อล้วน แทนเนื้อติดมัน รับประทานก๋วยเตี๋ยวน้ำแทนก๋วยเตี๋ยวแห้ง เลือก รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการต้ม นึ่ง ย่าง แทนการ ผัดหรือทอด เลือกรับประทานผลไม้สดแทนไอศกรีม ขนมหวาน และดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลม เป็นต้น ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับไขมันแอลดีแอลไม่ให้เกิน 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับไตรกลีเซอไรด์ไม่ให้เกิน 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และเพิ่มไขมันเอชดีแอลให้ มากกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร สิ่งที่เราคาดว่าจะได้รับ

ต่อไป คือ พระเมื่อได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข สามารถประเมินน้ำหนัก ส่วนสูงตนเองได้ และเลือกฉันอาหารได้ตามสภาวะสุขภาพตนเอง โดยมีอาสาสมัครประจำวัดช่วยดูแล และถ่ายทอดความรู้ ด้านสุขภาพให้กับ ประชาชนทั่วไป ผู้สูงอายุที่มาทำบุญ ที่วัด เป็นผู้ทำอาหารถวายแต่พระจะปรับเปลี่ยนอาหาร เป็นอาหารเพื่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้การเกิดผู้ป่วย รายใหม่ในประชากรทั่วไปลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้นด้วย

สรุปผลการวิจัย

เปรียบเทียบสุขภาพของพระในเขตเทศบาล เมืองมีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยเฉพาะพระที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงสูง กว่าชัดเจน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถลด ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงได้และป้องกันโรคหลอดเลือด ได้ ภายในระยะ 2 ปีที่ติดตาม

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

แสงอรุณ สื่อยรรยงศิริ. การจัดการลดความ เสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงในกลุ่มประชากรพระที่จำ พรพรรษาในเขตเมือง. วารสารสถาบันป้องกันควบคุม โรคเขตเมือง 2560; 2(3): หน้า 32-38.

Suggested Citation for this Article

Sureyunyoungsiri S. The risk of central obesity in the population of monks in urban area. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; 2(3): page 32-38.

เอกสารอ้างอิง

1. Obesity :Preventing and managing the global epidemic WHO Technical report serier 894. Report of the WHO Consultation on Obesity. World Health Organization Geneva ,2000.
2. Popkin BM, Doak CM. The obesity epidemic is a Wordwidephenomenon. Nutrition Reviews 1998;56:106-14.
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. Lancet 2016;387:1377-1396.
4. Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2014;384:766-7815. Flegal KM, Carroll MD, Kuczmarski RJ, Johnson CL Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends,1960-1994. Int J Obes 1998; 22:39-47.
6. Bell AC, Ge K, Popkin BM. Weight gain and its predictors in Chinese adults. Int J Obes 2001; 25:1079-86.
7. Di Angelantonio E, Bhupathiraju ShN, Wormser D, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. Lancet 2016;388:776-7868. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2013;309:71-82.
9. Hartz AJ, Rupley DC Jr, Kalkhoff RD, Rimm AA, Relationship of Obesity to diabetes: Influence obesity level and body fat distribution. Prev Med 1983;12:351-7.
10. Foster CJ,Weinsier RL,Birch R, Norries DJ, Bernstein RS, Wang J, Pierson RN, Van Itallie TB. Obesity and serum lipids: an evaluation of the relative contribution of body fat and fat distribution of lipid levels. Int J jObes 1987;11:151-61.
11. Rimm EB, Stampfer MJ,Giovannucci E, Ascherio A,spiegelman D,Colditz GA,Willet WC. Body size and fat distribution as predictors of coronary heart disease among middle-aged and older US men .Am J Epidemiol 1995;141:117-27.
12. Stern M.Epidemiology of Obesity and its link to heart disease .Metabolism 1955;44 (suppl3)3:1-3.
13. Deurenberg-Tap M, Chew SK, Lin VFP, Tan BY, Staveren WA V, Deuberg P. Relationships between indices of obesity and its co-morbidities in multi-ethnic Singapore. Int J Obes 2001;25:1557-62.
14. Thailand Health Research Institute. Report of National Health Examination Survey I,1991-1992. National Epidemiology Board Thailand, Thailand Health Research Institute 1996 ISBN: 974-8191-24-9.
15. Popkin BM.The Nutritional Transition and Obesity in the developing world.J Nutr 2001 ;131:S871-3.
16. Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. BMJ 1995; 311:158-161.6.
17. ปราณิ จันธิมา, สมเกียรติ ศรีธราธิคุณ. ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง. พยาบาลสาร; 2556 ;2:162-171.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนางานหลักสู่งานวิจัย ภายใต้พระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ
เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า
จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2560

Routine to research to the development of main tasks to research determination
by Her Royal Highness Princess Chulabhorn to Animal Free of Rabies : Human are safe from the Disease
in Loei Province 2017

อังษณา ยศปัญญา¹, สมจิตร วิจิตรจันทร์¹

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

Angsana Yospanya¹, Somjit Vijitjun¹

¹Loei Provincial Health Office

บทคัดย่อ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ต้องการความร่วมมือจากบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ ในปี 2560 ประเทศไทยกำหนดเป้าหมายกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปใน ปี 2562 ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี Routine to Research (R2R) การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาการจัดทำแผนงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างบูรณาการ พัฒนาความรู้บุคลากรด้านการดูแลรักษา การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

ผลการศึกษา ได้แผนปฏิบัติการแบบบูรณาการระดับจังหวัด 1 แผน และภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ 14 แผน ความรู้เรื่องแนวทางเวชปฏิบัติของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ ก่อนและหลังการประชุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ก่อนประชุมคะแนนเฉลี่ย 9.64 ± 1.53 คะแนน หลังประชุมคะแนนเฉลี่ย 11.42 ± 1.10 คะแนน) ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในระดับดีมากร้อยละ 26.90 และร้อยละ 54.30 ตามลำดับ การติดตามผู้สัมผัสโรคมารับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าครบชุดในปี 2559-2560 เป็นร้อยละ 36.22 และร้อยละ 91.89

สรุปผล โรคพิษสุนัขบ้า โดยเฉพาะความครอบคลุมของการมารับวัคซีนของผู้สัมผัสโรค ความรู้ของประชาชนและ อสม. ยังเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขโดยการจัดทำแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการ วิธีการของ R2R เป็นกระบวนการต่อเนื่อง สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลสร้างผลงานอย่างมีความสุข ไม่ซับซ้อน ใช้ข้อมูลและประสบการณ์จากการทำงาน ทำมากยิ่งขึ้นเกิดปัญหา มีความรู้ ดังนั้น R2R เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธานฯ และถือเป็นของขวัญสำหรับประชาชนคนไทยที่โรคนี้ได้รับการแก้ปัญหาย่างบูรณาการ

คำสำคัญ: งานประจำสู่งานวิจัย, โรคพิษสุนัขบ้า

Abstract

Rabies are complex problems and difficult to solve with any agency but need to cooperate with multidisciplinary. In 2017 Thailand had targets to animal free of rabies, human are safe from the disease within 2019, determination by Her Royal Highness Princess Chulabhorn. The purpose of this routine to research are to develop planning in 2017 by integrated with stakeholder to stop rabies together, treatment increasing, surveillance, investigation, control and evaluation in public health staff. The result from this study got 15 integrated action plans, 1 plan for province and others for districts. Knowledge in clinical practice guideline from public health staff showed significant difference ($p\text{-value} < 0.001$) between pre-test and post-test by $9.64 + 1.53$ and $11.42 + 1.10$, respectively. People and health volunteer had knowledge in rabies with highest level of 26.90% and 54.30% respectively. The people contact rabies in 2016-2017 were followed up and vaccinated completely by 36.22% and 91.89% respectively.

Knowledge in people and health volunteers, coverage rabies vaccine are the hot issues to move through the plan with integrated to problem solving together. R2R is a continuous process to support, to promote each person to create a research. R2R is a important to move project animal free of rabies, human are safe from the disease. Rabies to give up in Thailand Strategic it's the best gift in Thai people, determination by Her Royal Highness Princess Chulabhorn.

Keywords: R2R, rabies

บทนำ

สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย พบว่ามีโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและในสัตว์อย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยกำหนดเป้าหมายที่จะกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี 2562 ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน และอาศัยอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ตามความในมาตรา 14(2), (5) ของพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เสนอแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2559-2561 ต่อคณะรัฐมนตรีฯ มีมติเห็นชอบในแผนปฏิบัติการฯ เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 และติดตามประเมินผลและตรวจสอบการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐ แผนปฏิบัติการฯ และโรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติ⁽¹⁾ นี้

โรคพิษสุนัขบ้า เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้ที่ติดเชื้อหากแสดงอาการต้องเสียชีวิตทุกราย โรคนี้สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่ครบชุด ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ยังพบโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและในสัตว์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย จัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2563 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 8 ด้าน ได้แก่ 1) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ 2) การจัดการระบบศูนย์พักพิงสัตว์ 3) การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน 4) การขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้าในท้องถิ่น 5) การประชาสัมพันธ์ 6) การบูรณาการและการบริหาร

จัดการข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้า 7) การติดตามประเมินผล และ 8) การพัฒนานวัตกรรมและการถ่ายทอดเทคโนโลยี⁽¹⁾

สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าจังหวัดเลยในคน พบว่า ปี พ.ศ. 2546 และปี พ.ศ. 2551 มีผู้เสียชีวิต ปีละ 1 ราย สุนัขที่กัดไม่ได้รับการฉีดวัคซีน สถานการณ์ ในสัตว์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 พบหัวสุนัขติดเชื้อ ทุกปี จำนวน 1,15,13,2 และ 3 หัว มีผู้ถูกสุนัขเหล่านี้กัด 21 คน ได้รับวัคซีนครบชุดทุกคน และยังไม่มี อาการป่วยด้วยโรคพิษสุนัขบ้า^(2,3) จังหวัดเลยเป็น จังหวัดชายแดนมีพื้นที่ติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตย ประชาชนลาว (สปป.ลาว) ยาว 195 กิโลเมตร สปป.ลาว ได้ส่งคนไข่ง่ายโรคพิษสุนัขบ้ามารับการรักษาที่ โรงพยาบาลเลยทุกปี และในปี พ.ศ. 2559 พบผู้เสียชีวิต 2 ราย (มีผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ)⁽³⁾

ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในคน การบริหารจัดการ วัคซีน การมารับวัคซีนไม่ครบชุดยังเป็นปัญหา อยู่ ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค.-17 พ.ค. 2560 ผู้สัมผัสโรคมา รับวัคซีนไม่ครบชุดร้อยละ 8.11⁽⁴⁾ การฉีดวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขและแมวยังต่ำ โดยในปี พ.ศ. 2559 มีการฉีดร้อยละ 19.00⁽³⁾ และในปี พ.ศ. 2560 กรมควบคุมโรค⁽¹⁾ ได้จัดระดับพื้นที่จังหวัดเลยเป็น พื้นที่เสี่ยงโรคพิษสุนัขบ้าระดับ 1 จาก 26 จังหวัดของ ประเทศไทย คณะผู้ศึกษาจึงตั้งใจที่จะพัฒนางานนี้ให้ดีขึ้น ด้วยแนวคิด หลักการ และวิธีการของ R2R (Routine to Research)⁽⁵⁾ เพราะเป็นแนวคิด หลักการ และวิธีการที่ชัดเจนถึงวิธีปฏิบัติในสภาพที่เป็นจริง มีการพิสูจน์แล้วด้วยการนำไปประยุกต์ในงานวิจัย ที่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต สาขาการบริหาร โรงพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 มากกว่า 40 เรื่อง เช่น รูปแบบการพัฒนาคณะกรรมการประสานงาน สาธารณสุขอำเภอ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี⁽⁶⁾ และรูปแบบงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน⁽⁷⁾

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อพัฒนาการจัดทำแผนปฏิบัติงาน เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแบบบูรณาการ
2. เพื่อพัฒนาความรู้บุคลากร เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า
3. เพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงาน กำจัดโรคพิษสุนัขบ้า

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบการพัฒนางานตามภารกิจ หลักฐานวิจัย ด้วยแนวคิด หลักการ และ วิธีการของ R2R⁽⁵⁾ ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ ประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 3 และ 5 ระหว่างวันที่ 31 มกราคม- 30 กันยายน 2560 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแล รักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ดังนี้

1. ประสานการจัดทำแผนปฏิบัติงาน ปฏิทิน ปฏิบัติงาน และบูรณาการแผนร่วมกันระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย สำนักงานปศุสัตว์ จังหวัดเลย ท้องถิ่นจังหวัดเลย ประชาสัมพันธ์ จังหวัดเลย ตัวแทนด้านสาธารณสุขจากโรงพยาบาลเลย (รพ.เลย)/โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)/สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศึกษาธิการจังหวัดเลย เพื่อร่างแผนปฏิบัติงานแบบบูรณาการตามโครงการ สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตาม พระปณิธานฯ ประจำปีงบประมาณ 2560 ภายใต้แผน ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายใน ปี พ.ศ. 2563⁽¹⁾

2. เสนอแผนเพื่อขอความเห็นชอบต่อ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่ออนุมัติแผน ประกอบด้วย แผนระดับจังหวัด 1 แผน และระดับอำเภอ 14 แผน

3. ดำเนินการปฏิบัติตามแผน ดังนี้

3.1 ประชุมขับเคลื่อนนโยบายแก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ หน่วยงานด้านสาธารณสุข (รพ./รพช./รพ.สต./สสอ.) / ปศุสัตว์จังหวัด ปศุสัตว์อำเภอ/ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น/ ท้องถิ่นจังหวัด/อำเภอ ทุกแห่ง และประชาสัมพันธ์จังหวัด เพื่อแจ้งนโยบายเพื่อขอความร่วมมือขับเคลื่อนโครงการแบบประเมินความพึงพอใจ ใช้ของกรมควบคุมโรค⁽¹⁾

3.2 จัดประชุมแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าแก่บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ (รพ./รพช./รพ.สต./สสอ.) ทุกแห่ง โรงพยาบาลเพิ่มแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย พยาบาลตีกุบัติเหตุ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ งานชันสูตร และเภสัชกร เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการให้วัคซีน และอิมมูโนโกลบูลินแก่ผู้สัมผัสโรค การเฝ้าระวัง การสอบสวนควบคุมโรค การส่งต่อผู้สัมผัส การค้นหาและติดตามผู้สัมผัส การติดตามผู้สัมผัสมารับวัคซีน การให้คำแนะนำแก่ผู้สัมผัสกรณีต้องไปรับวัคซีนเข็มต่อไปนอกพื้นที่ การสนับสนุนช่วยเหลือแก่หน่วยงานด้านปศุสัตว์ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และการจัดทำเครือข่ายในการติดต่อประสานงานตามบทบาทภารกิจแบบทดสอบความรู้ และประเมินความพึงพอใจใช้ของกรมควบคุมโรค⁽¹⁾

3.3 จัดประชุมผู้รับผิดชอบระบบรายงานโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) เพื่อให้จัดทำฐานข้อมูลผู้สัมผัสโรคเป็นปัจจุบัน และครอบคลุม ส่งผลให้ผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีนครบชุด เป็นประโยชน์ต่อผู้สัมผัสกรณีไปรับวัคซีนเข็มต่อไปนอกพื้นที่ หน่วยบริการสามารถค้นหาข้อมูลได้ แบบทดสอบความรู้ และประเมินความพึงพอใจ ใช้ของกรมควบคุมโรค⁽¹⁾

3.4 องค์การเภสัช จัดประชุมเพื่อหาแนวทางการจัดทำวัคซีน และอิมมูโนโกลบูลินที่ผลิตจากซีรัมคนเพิ่มจากซีรัมม้า เพื่อประโยชน์แก่ผู้สัมผัสโรค กรณีแพ้ซีรัมม้า

3.5 จัดประชุมการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน เน้นโรคพิษสุนัขบ้า กับเมืองคูชาน (แผนกสาธารณสุขแขวงไชยะบูลี/แขวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว สปป.ลาว) เพื่อรับทราบนโยบาย สถานการณ์ระหว่างเมืองคูชาน และแลกเปลี่ยนสถานการณ์ร่วมกัน มีบทบาทที่การประชุมเพื่อดำเนินงานร่วมกัน และให้ผู้สัมผัสโรคของเมืองคูชานได้รับการติดตามและมารับวัคซีนครบ

3.6 จัดประชุมฝึกซ้อมแผนเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้ผู้ร่วมฝึกสามารถฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์สมมติได้อย่างเป็นระบบ สรุป วิเคราะห์ให้ข้อเสนอแนะในภาพรวมของการฝึกซ้อม และสามารถนำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่เมื่อเกิดสถานการณ์แบบประเมินความพึงพอใจ ใช้ของกรมควบคุมโรค⁽¹⁾

3.7 จัดระบบติดตามและประเมินผล ประกอบด้วย การออกติดตามในพื้นที่ การจัดประชุม การ Video conference การติดตามทางไลน์ การติดตามทาง เว็บไซต์ สสจ.เลย (หน้าต่างวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า) ตรวจสอบข้อมูลจาก ร.36 และคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Data Center:HDC) การประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล และการตรวจติดตามจากสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อให้ผู้สัมผัสได้รับวัคซีนครบชุด และพัฒนาระบบฐานข้อมูล ร.36 ให้เป็นปัจจุบัน มีความเชื่อถือ และนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง โดยมีการเทียบเคียงกับ HDC

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 5 เรื่องการประชาสัมพันธ์ มีการประเมินความรู้ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า แบบประเมินความรู้ ใช้ของกรมควบคุมโรค¹ เพื่อต้องการที่จะเพิ่มความรู้ตามส่วนชาตที่ได้จากผลการประเมิน โดยมีการจัดทำแผนพับให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มเติมตามส่วนชาตแก่ประชาชนและอสม. งบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย paired t-test เพื่ออธิบายความรู้เข้าใจ ประชุมและความพึงพอใจ ระดับความพึงพอใจใช้ เกณฑ์ของลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale⁽⁸⁾) และระดับ ความรู้ประชาชน/อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เรื่อง โรคพิษสุนัขบ้า ใช้เกณฑ์การตัดเกรดของ สมพงษ์ พันธุ์รัตน์⁽⁹⁾

ผลการศึกษา

1. ระดับจังหวัดมีการขับเคลื่อนงานผ่าน คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ส่วนระดับอำเภอ ดำเนินการผ่านระบบสุขภาพอำเภอ โดย

1.1 ประสานและบูรณาการแผน ปีงบประมาณ 2560 ระหว่าง รพ./สสอ./รพ.สต./ สำนักงานปศุสัตว์จังหวัด/ท้องถิ่นจังหวัด/ประชาสัมพันธ์ จังหวัด/สสจ. เสนอหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้องให้ ความเห็นชอบ ได้แผนบูรณาการ 1 แผน นำเสนอต่อ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด อนุมัติ 15 แผน (จังหวัด 1 แผน, อำเภอละ 1 แผน จำนวน 14 อำเภอ)

1.2 ประชุมชี้แจงโครงการสัตว์ปลอด โรคฯ ถ่ายทอดแผนสู่อำเภอแก่อปท./ปศุสัตว์อำเภอ/ ท้องถิ่นอำเภอ/ผู้รับผิดชอบงานของ สสอ./รพ. ทุกแห่ง 143 คน ตอบแบบความพึงพอใจ 51 คน (ร้อยละ 35.66) มีความพึงพอใจในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.15) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้าประชุมชี้แจงโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปศุสัตว์อำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานโรคพิษสุนัขบ้า ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลทุกแห่ง จังหวัดเลย ปี 2560 (n=51)

รายการ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1.ภาพรวมความพึงพอใจในกิจกรรม	22(43.13)	22(43.13)	6(11.76)	1(1.97)	-
2.ด้านวิทยากร	16(31.37)	29(49.01)	5(9.80)	1(1.97)	-
3.ด้านบริการ	22(43.13)	25(49.03)	4(7.84)	-	-
4.ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม	23(45.11)	22(43.13)	6(11.76)	-	-

Min=2.56, Max=5, Mean=4.15, S.D.=.54

2. การพัฒนาบุคลากร โดย

2.1 ประชุมแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษ สุนัขบ้าในคนแก่แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้รับผิดชอบ งาน รพ./สสอ./รพ.สต.ทุกแห่ง 170 คน ทดสอบ ความรู้ก่อนและหลังการประชุม โดยมีผู้ทดสอบ 115 คน (ร้อยละ 67.64) พบว่า มีความรู้แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามตารางที่ 2 ผู้เข้า ประชุมตอบแบบความพึงพอใจ 117 คน (ร้อยละ

68.82) มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (คะแนน เฉลี่ย 4.30) ตามตารางที่ 3 ได้แนวทางการคัดกรอง การดูแลผู้สัมผัสโรค การเก็บตัวอย่าง การเฝ้าระวัง สอบสวนโรค ทุก รพ.มีการสำรองอิมมูโนโกลบูลิน ชนิดผลิตจากซีรัมคน (HRIG) เพิ่มเติมจาก อิมมูโนโกลบูลินชนิดผลิตจากซีรัมม้า (ERIG) และจัดทำให้เพียงพอ

ตารางที่ 2 การประเมินความรู้ก่อนและหลังการประชุมแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าในคนของแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง จังหวัดเลย ปี 2560 (n=115)

การทดสอบความรู้	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
ก่อนประชุม	15	9.64	1.53	<0.001
หลังการประชุม	15	11.42	1.10	

ตารางที่ 3 ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้าประชุมแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าในคนของแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน รพ./ สสอ./ รพ.สต.ทุกแห่ง จังหวัดเลย ปี 2560 (n=117)

รายการ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. ภาพรวมความพึงพอใจในกิจกรรม	52(44.46)	53(45.29)	12(10.25)	-	-
2. ด้านวิทยากร	50(42.74)	59(50.43)	8(6.83)	-	-
3. ด้านบริการ	62(53.00)	47(40.17)	8(6.83)	-	-
4. ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม	52(44.46)	60(51.27)	5(4.27)	-	-
Min=2.94, Max=5, Mean=4.29, S.D.=.47					

2.2 ประชุมผู้รับผิดชอบระบบฐานข้อมูลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) แก่รพ./สสอ.ทุกแห่ง 28 คน ทดสอบก่อนและหลังการประชุม 22 คน (ร้อยละ 78.57) พบว่ามีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.30) จากผู้ตอบแบบประเมิน 16 คน (ร้อยละ 57.14) ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละความพึงพอใจของผู้เข้าประชุมผู้รับผิดชอบระบบฐานข้อมูลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36) ของ โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง จังหวัดเลย ปี 2560 (n=16)

รายการ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
1. ภาพรวมความพึงพอใจในกิจกรรม	6(37.50)	10(62.50)	-	-	-
2. ด้านวิทยากร	6(37.50)	10(62.50)	-	-	-
3. ด้านบริการ	7(43.75)	9(56.25)	-	-	-
4. ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการประชุม	8(50.00)	8(50.00)	-	-	-
Min=2.94, Max=5, Mean=4.29, S.D.=.47					

2.3 ซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข กรณีโรคพิษสุนัขบ้า ผู้ร่วมฝึกมีความพึงพอใจต่อการวางแผนและการเตรียมการ/ภาพรวมของการประชุมระดับมกราคมร้อยละ 65.90 ระดับมากที่สุดร้อยละ 17.60 และระดับปานกลางร้อยละ 16.50 จากการสรุปของผู้เข้าร่วมฝึก 85 คน (ร้อยละ 80.95) ที่ส่งแบบประเมิน (ผู้เข้าร่วมฝึกทั้งหมด 105 คน) ผู้สังเกตการณ์ทั้งหมด 19 คน พบว่าผู้ฝึกซ้อมเข้าใจบทบาทแสดงได้สมจริง/เข้าใจสถานการณ์/แผนการซ้อม/แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดี/ การสื่อสารจริงในจุดต่างๆ/ สถานที่/ การใช้เวลาในการฝึก/ ให้ข้อคิดเห็นในแต่ละช่วงหรือในจุดต่างๆ ได้เหมาะสมร้อยละ 100.00

2.4 ประชุมเมืองคู่ขนานระหว่าง สสจ.เลย กับแผนกการสาธารณสุขแขวงไชยะบูลี/แขวงเวียงจันทน์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) นำเสนอนโยบายของเมืองคู่ขนาน ความร่วมมือที่ผ่านมา สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้น แลกเปลี่ยนการสอบสวนผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าจาก สปป.ลาว เสียชีวิตที่ รพ.เลย (ผู้ป่วยปี พ.ศ.2559) และได้บันทึกการประชุมนร่วมกันในการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในปีงบประมาณ 2561

3. การดำเนินงานด้านเฝ้าระวังป้องกันโรคในคน

3.1 รพ./ รพ.สต.ทุกแห่ง ให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าและการเฝ้าระวังโรคทั้งในคนและสัตว์แก่ อสม.ทุกหมู่บ้าน ในวันประชุมประจำเดือนของ อสม.(วันมารับค่าป่วยการ) ทุกเดือนตั้งแต่เดือนเมษายนเป็นต้นไป

3.2 รพ.สต./รพ. เฝ้าระวังผู้มีอาการสงสัยโรคพิษสุนัขบ้าในสถานบริการ พบผู้มีอาการ

สงสัยจาก สปป.ลาว 1 ราย (ก.ค 60 รพ.เลย) เก็บตัวอย่างปัสสาวะ/ น้ำไขสันหลัง/ ปมรากผม ส่งตรวจวินิจฉัย ไม่พบเชื้อ

3.3 รพ.ทุกแห่งมีระบบติดตามผู้สัมผัสโรคที่ขาดนัดให้มารับวัคซีน เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินตรวจสอบผู้สัมผัสโรคไม่มาตามนัดทุกวัน ไม่มาโทรศัพท์ติดตามในวันนัด ตามครั้งที่ 2 ในวันรุ่งขึ้น ถ้าไม่มา แจ้งเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวของ รพ.ติดตามในพื้นที่ กรณีเป็นพื้นที่ รพ.สต.ใช้วิธีโทรศัพท์ หรือแจ้งทาง Application Line

4. การสอบสวนและควบคุมโรค

4.1 หัวหน้าตรวจพบเชื้อ สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดแจ้ง สสจ.ทันที สำเนาผลส่งทาง Line Rabies Loei สสจ.แจ้งหน่วยงานสาธารณสุขพื้นที่เกิดโรคทันทีที่ได้รับแจ้ง ร่วมออกสอบสวนโรคภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับรายงาน ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค.-15 ต.ค. 2560 หัวหน้าตรวจพบเชื้อ 3 หัว สอบสวนโรคทันเวลาทุกเหตุการณ์

4.2 กรณีถูกกัดโดยสุนัขป่วยด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ผู้สัมผัสโรคต้องได้รับการฉีดวัคซีน และ ERIG หรือ HRIG ทุกราย ภายใน 48 ชั่วโมง สุนัขที่มีผลยืนยัน 3 ตัว กัดคนอยู่ 2 ตัว 1 คน ได้วัคซีนครบตามเกณฑ์ พื้นที่เกิดโรคทีมสอบสวนโรค ค้นหาผู้สัมผัสทุกรายในรอบปีที่ผ่านมา เพื่อนำไปรับวัคซีน

5. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

5.1 ประเมินความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในประชาชน และ อสม. กลุ่มประชาชนมีความรู้ในระดับดีมากเพียงร้อยละ 26.87 อสม.มีความรู้ในระดับดีมากร้อยละ 54.29 ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงระดับความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน และอสม. จังหวัดเลย ปีพ.ศ. 2560 (n=2,730)

ค่าคะแนน	ระดับ เกรด	ระดับ ความรู้	ผลการจัดระดับความรู้ประชาชน		ผลการจัดระดับความรู้ อสม.	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	A	ดีมาก	734	26.87	1,482	54.29
ร้อยละ 70-79	B	ดี	351	12.86	608	22.27
ร้อยละ 60-69	C	ปานกลาง	812	29.74	274	10.04
ร้อยละ 50-59	D	พอใช้	414	15.16	172	6.30
ร้อยละ 0-49	F	ไม่ผ่านเกณฑ์	419	15.37	194	7.10

5.2 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนโดยหน่วยงานสาธารณสุขและสำนักงานประชาสัมพันธ์ จังหวัด ผ่านสถานบริการทุกแห่ง หอกระจายข่าว สถานีวิทยุ/โทรทัศน์ช่อง 11 กทม/ ขอนแก่น/ลำปาง ข้าราชการสัมพันธ์/สวท.เลย/สวท.ด่านซ้าย /วิทยุชุมชน จัดทำแผ่นพับ เน้นเนื้อหาที่ได้จากการประเมินความรู้ประชาชน และอสม.

6. การรายงานและประเมินผล ติดตามจากคลังข้อมูลด้านการแพทย์ (Health Data Center : HDC) และ ร.36 สสจ.เลย ตั้งแต่ปี 2558-2560 ข้อมูล HDC กับ ร.36 ต่างกันร้อยละ 40.64, 45.49 และ 40.24 ตามลำดับ (ตารางที่ 6) การติดตามผู้สัมผัสให้มารับวัคซีนครบชุด ตั้งแต่ปี 2558-2560 มีผู้มารับวัคซีนไม่ครบชุดร้อยละ 69.07, 63.78 และ 8.11 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละการบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าระบบฐานข้อมูล HDC และ ร.36 จังหวัดเลย ปี 2558-2560

ปี พ.ศ.	ระบบฐานข้อมูล HDC (คน)	ระบบฐานข้อมูล ร.36 (คน)	ผลต่าง HDC-ร.36 n(%)
2558	6,818	4,047	2,771(40.64)
2559	6,173	3,421	2,808(45.49)
2560			
พ.ค.60 ดำเนินการได้ 3 เดือน	3,173	2,098	1,075(33.00)
ก.ย.60 ดำเนินการได้ 7 เดือน	6,929	4,141	2,788(40.24)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละผู้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดเลย ปี 2558 -2560

ปี	ผู้สัมผัสโรค (คน)	มารับวัคซีน (คน)	
		ครบชุด n(%)	ไม่ครบชุด n(%)
2558	6,818	2,109(69.07)	4,709(69.07)
2559	6,173	2,236(36.22)	3,937(63.78)
2560	6,929	6,367(91.89)	562(8.11)

7. การเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์

7.1 สำรวจและขึ้นทะเบียนสุนัขและแมว และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์โดยสำนักงานปศุสัตว์จังหวัดเลย เดือนมกราคม-มิถุนายน 2560 ได้ 58,757 ตัว มีเจ้าของทั้งหมด ขึ้นทะเบียน 51,813 ตัว (ร้อยละ 88.18) ฉีดวัคซีนครอบคลุมร้อยละ 68.27 ตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละการสำรวจและขึ้นทะเบียนประชากรสุนัขและแมว และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ เดือน มกราคม-มิถุนายน 2560 สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดเลย

สัตว์	การสำรวจประชากร		ขึ้นทะเบียน	ฉีดวัคซีนโดย สنج.	ฉีดวัคซีนโดย
	มีเจ้าของ (ตัว)	ไม่มีเจ้าของ (ตัว)	มีเจ้าของ n(%)	ปศุสัตว์จังหวัด n(%)	อปท. n(%)
สุนัข	46,730	-	40,081(85.64)	3,326(7.12)	28,249(60.45)
แมว	12,027	-	11,732(97.55)	3,174(26.39)	5,365(44.61)
รวม	58,757	-	51,813(88.18)	รวมปศุสัตว์+อปท.=40,114(68.27%)	

หมายเหตุ อปท.สำรวจและขึ้นทะเบียน 44 แห่ง/100 แห่ง และปี 2560 วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ไม่มีจำหน่าย

7.2 ท้องถิ่นจังหวัดชี้แจงแก่อปท.ทุกแห่งเรื่องการซื้อวัคซีน การออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเรื่องการนำสุนัขไปรับวัคซีน อาสาปศุสัตว์มีจำนวนน้อย ไม่พอต่อการฉีดวัคซีน แจกให้อปท.ทุกแห่งส่งคนเข้ารับการอบรมฉีดวัคซีนแต่ละ 3 คน รวม 300 คน อบรม 2 รุ่น ละครึ่ง 150 คน ค่าลงทะเบียน 700 บาท/คน (วันที่ 28-29 สิงหาคม 2560)

อภิปรายผล

การดำเนินงานรูปแบบใหม่ โดยการกำหนดแผนปฏิบัติการประจำปีอย่างบูรณาการ มีความสอดคล้องและต่อเนื่อง เน้นการวางระบบงานที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษรโดยใช้ปฏิทินปฏิบัติงานเป็นตัวขับเคลื่อน กำกับโดยคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด มีการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรที่ต้องใช้ในการปฏิบัติงานของกิจกรรมแต่ละครั้ง จึงสามารถขับเคลื่อนงานได้ทั้งปีและตรงตามภารกิจหลักของงาน ผู้รับบริการได้พบปะเจ้าหน้าที่มากขึ้น ประเมินจากการมารับวัคซีนครบชุด) โดยเพิ่มขึ้นเป็น 2.54 เท่าเทียบกับปี 2559 (ตารางที่ 7) เนื่องจากที่ผ่านมาไม่มีระบบการติดตามผู้สัมผัสโรคที่ขาดนัดในปี 2560 รพ.ทุกแห่ง ได้จัดระบบการติดตามผู้ที่ไม่มาตามนัดทุกราย ทำให้มีผู้มารับวัคซีนครบชุดเพิ่มขึ้น แต่ยังมีบางส่วนที่ยังมารับไม่ครบชุด สุ่มถามผู้ขาดนัด พบว่าไปต่างจังหวัด ป่วยแล้วไม่ตายรักษายาย รับบริการต่างจังหวัดเสียค่าเอง สอดคล้องกับการศึกษาของอรพิรุฬห์สการะเสริญ⁽¹¹⁾ ศึกษาสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคน ประเทศไทยพบว่า แนวโน้มและจำนวนผู้ป่วย/ตาย ปัญหาคือ ผู้สัมผัสโรคไปรับการฉีดวัคซีนไม่ต่อเนื่องและ/หรือไม่ครบชุด (ร้อยละ 11.57) กรณีผู้สัมผัสโรคไปรับบริการนอกพื้นที่ต้องจ่ายค่าวัคซีนเอง นพ.สสจ. มอบกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สรุปข้อมูลเสนอต่อคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลเดือนตุลาคม 2560 เพื่อหาแนวทางแก้ไข จากการประชุมคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2560 พบว่าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 30 ตุลาคม 2560 มีประชาชนจังหวัดเลยไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคนที่ต่างจังหวัด 85 ครั้ง (ค่าใช้จ่ายครั้งละ 300 บาท เป็นเงิน 25,500 บาท) ที่ประชุมมีมติให้หน่วยบริการต้นสังกัด (บัตร 30 บาท) จ่ายเงินค่าวัคซีนให้หน่วยบริการปลายทางตามที่เรียกเก็บ โดยให้เขียนคำรับรองยินดีจ่ายค่าวัคซีนในบัตรนัดหมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยบริการต้นทาง อธิบาย

ผู้สัมผัสโรคให้เข้าใจในแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สัมผัสโรคได้รับวัคซีนครบชุด ด้านความรู้ ปิงบประมาณ 2561 รพ.สต. ต้องเป็นผู้ให้ความรู้ อสม. และให้อสม. ให้ความรู้ประชาชนในคุ้มที่รับผิดชอบ ประเมินความรู้ประชาชนโดย รพ.สต. การที่ผู้บริหารได้พบปะพูดคุยกันส่งผลให้ผู้ปฏิบัติทำงานง่ายขึ้น เกิดกลุ่มผู้ฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์สามารถปฏิบัติงานได้จริงถึง 1,999 คน (อบรมปี 2558-2560 รวม 1,699 คน) มีและใช้ระบบฐานข้อมูล ร.36 และ HDC ติดตามผู้สัมผัส และกำกับติดตามผลงาน⁽⁴⁾ นพ.สสจ. สั่งการให้คงระบบนี้ไว้ หาวิธีให้ผู้สัมผัสมารับการฉีดวัคซีนครบชุดทุกราย เกิดระบบและกลไกในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระหว่างจังหวัด อำเภอก และเมืองคู่ขนาน และขยายผลในระดับอำเภอ ในปี 2561 (นพ.สสจ. อนุมัติงบประมาณ 433,180 บาท อบรมวันที่ 7-8 ธันวาคม 2560) รวมทั้งกำหนดให้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธานฯ เป็นตัวชี้วัดประกอบการขึ้นเงินเดือนของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ด้าน ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสุนัขและแมว ค่อนข้างต่ำไม่ถึงร้อยละ 80 (ปี 2558-2560 ร้อยละ 81.00, 19.00, 68.27)³ ทำให้ไม่มี Herd Immunity ในสุนัขและแมว จำเป็นที่ทุกภาคส่วนต้องสนับสนุนและเร่งรัดให้มีการฉีดวัคซีนสุนัขและแมว ครอบคลุมร้อยละ 80 ขึ้นไป บทเรียนที่ได้ในปี 2560 สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นคือ โรคพิษสุนัขบ้าที่เป็นงานปกติ ได้ถูกกำหนดเป็นภารกิจหลักของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ทุกคนต้องให้ความสำคัญและขับเคลื่อนการฉีดวัคซีนผู้สัมผัสต้องได้รับตามมาตรฐานและครบชุดทุกคน หน่วยงานสาธารณสุขต้องเฝ้าระวังโรคในคนอย่างเข้มแข็ง ผู้รับผิดชอบงานต้องช่วยกำกับติดตาม หากพบปัญหา ให้เสนอต่อ นพ.สสจ. ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ตั้งเป้าหมายว่าจะไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นไป

ข้อเสนอแนะ

สำหรับส่วนกลาง

1. บัญชีการ ร.36 เป็นฐานเดียวกับ HDC หากยังคงระบบเดิมควรเพิ่ม Hospital number/ที่อยู่ผู้สัมผัส วันนัดมารับวัคซีนในตารางนัด ส่งออกเป็น Excel เพื่อใช้ติดตามผู้สัมผัสและเป็นข้อมูลการมารับวัคซีนเหมือนวัคซีนเด็กในระบบ HDC

2. จัดประชุมทบทวนการจัดทำฐานข้อมูลตามระบบ ร.36 แก่ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด

3. อาสาสมัครปศุสัตว์ไม่ควรเป็นคนๆเดียวกับ อสม. และผลักดันให้อาสาปศุสัตว์ได้รับค่าป่วยการเหมือน อสม.

4. เพิ่มสื่อประชาสัมพันธ์และควรจัดทำเป็น Future board เช่นเดียวกับ Ebola เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย จากการสอบถามบุคลากรสาธารณสุข พบว่า Future board Ebola เป็นสื่อที่ดีที่สุดและประชาชนสนใจมาก

5. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ขับเคลื่อนการสำรวจและขึ้นทะเบียนสุนัขและแมวให้อปท.ถือเป็นภารกิจ รวมทั้งการจัดหาวัคซีน

6. ระยะแรกของการขับเคลื่อน ควรตั้งงบประมาณสนับสนุนในการสำรวจและขึ้นทะเบียนสุนัขและแมว

7. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องบูรณาการโครงการฯ อย่างจริงจัง ต่อเนื่องและไร้รอยต่อ วัคซีนไม่มีการขาดตลาด

สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

1. รพ.ทุกแห่งต้องมีผู้รับผิดชอบ ร.36 จัดทำทะเบียนนัดและช่องทางติดต่อกับผู้สัมผัสโรคทุกราย และให้มารับวัคซีนครบชุดทุกราย สำรองวัคซีนและอิมโมโนโกลบูลินให้เพียงพอสำหรับให้บริการ โดยเฉพาะ HRIG

2. ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วต้องออกสอบสวนและควบคุมโรคร่วมกับหน่วยงานปศุสัตว์และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกเหตุการณ์

3. รพ./รพ.สต. ต้องสอน/มอบให้ อสม. ให้ความรู้แก่ประชาชนในคุ้มที่รับผิดชอบให้สามารถ

เฝ้าระวังอาการสัตว์ การล้างแผลและใส่ยาเบื้องต้นก่อนไปพบแพทย์ และให้มีความรับผิดชอบในการนำสุนัขและแมวไปรับวัคซีนทุกปี ต้องให้ความรู้แก่ประชาชนผู้มารับบริการ และ/หรือผ่าน อสม./แผ่นความรู้/หอกระจายข่าว/วิทยุ/นักเรียน

4. รพ./สสอ./รพ.สต. ควรจัดทำแผนเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคตามโครงการสัตว์ปลอดโรคฯ ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ

5. รพ./รพ.สต. ควรมีและใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย/ผู้สัมผัสโรค การเก็บ/ส่งตัวอย่าง การเฝ้าระวัง สอบสวนควบคุมโรค การติดตามผู้สัมผัสโรค และการติดตามผู้สัมผัสมารับวัคซีนครบชุด ตามแนวทางที่ได้จากการประชุมโดยนำไปปรับให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการพบปะ พูดคุยหารือ เพื่อขับเคลื่อนโครงการฯ สนับสนุนผู้ปฏิบัติ ให้คำปรึกษา และแก้ไขปัญหาอุปสรรค

2. ผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันขับเคลื่อนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องการสำรวจและขึ้นทะเบียนสุนัขและแมว การจัดหาวัคซีน/ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน/การฝึกอบรมผู้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย ปศุสัตว์จังหวัดเลย ท้องถิ่นจังหวัดเลยและประชาสัมพันธ์จังหวัดเลย ที่ผลักดันนโยบาย ติดตามควบคุมกำกับงาน ให้ข้อเสนอแนะ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ขอขอบคุณบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข และกลุ่มเป้าหมายทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำและความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี ส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้แล้วเสร็จลงด้วยความสมบูรณ์

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

อังษณาศิปัญญา. การพัฒนางานหลักสู่งานวิจัย ภายใต้พระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดเลย ปี พ.ศ.2560.วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(3): หน้า 39-50.

Suggested Citation for this Article

Yospunya A. Routine to research to the development of main tasks to research determination by Her Royal Highness Princess Chulabhorn to Animal Free of Rabies:Human are safe from the Disease in Loei Province 2017. Institute for Urban Disease Control and prevention Journal 2017; 2(3): page 39-50.

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.การขับเคลื่อนการดำเนินงานกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี 2562; (เอกสารอัดสำเนา).
2. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.สรุปรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาปี พ.ศ. 2559-2560;(เอกสารอัดสำเนา)
3. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย.สรุปผลการตรวจราชการแบบบูรณาการเพื่อติดตามการดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ 10 (นายอิสระ ศิริบรรณา) ครั้งที่ 2 วันที่ 25 กรกฎาคม 2560 ณ ห้องประชุมชั้น 5 ศาลากลางจังหวัดเลย อำเภอเมือง จังหวัดเลยปี พ.ศ. 2560; (เอกสารอัดสำเนา)
4. กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพสัตว์ สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดเลย.สรุปผลการตรวจราชการแบบบูรณาการเพื่อติดตามการดำเนินโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี ของผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี เขตตรวจราชการที่ 10 (นายอิสระ ศิริบรรณา) ครั้งที่ 2 วันที่ 25 กรกฎาคม 2560 ณ ห้องประชุมชั้น 5 ศาลากลางจังหวัดเลย อำเภอเมือง จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2560; (เอกสารอัดสำเนา)
5. กรมส่งเสริมการเกษตร.ถอดรหัสงานประจำสู่การวิจัย. กรุงเทพฯ; กองวิจัยและพัฒนาส่งเสริมการเกษตร กรมส่งเสริมการเกษตร; 2556.
6. อภิสิทธิ์ ศรีสวัสดิ์.รูปแบบการพัฒนาระบบกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการบริหารโรงพยาบาล]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
7. นवलพรรณ เอี่ยมตระกูล.รูปแบบงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเลิดสิน [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาบริหารโรงพยาบาล]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
8. Likert, Rensis A. (1961). New Patterns of Mangement. New York; McGraw-Hill Book Company inc.
9. สมพงษ์ พันธุ์รัตน์. การตัดเกรด [ออนไลน์]. 2539 [เข้าถึงเมื่อ 11 ตุลาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก http://home.kku.ac.th/sompo_pu/spweb/measurement/grading.ppt.
10. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.รายงานสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในคนและสัตว์ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 วันที่ 29 เมษายน 2558. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ตุลาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก http://www.boe.moph.go.th/file/report/20141001_27521203.pdf

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

**การพยาบาลชุมชน ศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพของผู้พิการ
และผู้สูงอายุติดเตียง เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร
Community Nursing study situation health status of the disabled
And the elderly are attached to the bed Kannayao District Bangkok**

อรอนงค์ คงเรือง¹, เรียม ลุ่มนอก¹, รุจิรา ตระกูลพั้ว¹, กัญญาลักษณ์ ชัยนาม²

¹สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, ²ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 ทับเจริญ

Oranong Kongruang¹, Riam Lumnok¹, Rujira Tragoolpua¹, Kanyalak Chainam²

¹Institute for Urban Disease Control and Prevention, ¹Health Service Center 68 Tapcharean Bangkok

บทคัดย่อ

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลให้เป็นผู้ป่วยติดเตียง และผู้พิการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล ดังนั้น สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง จึงได้จัดทำโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุติดเตียง โดยส่งเสริมและปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้า มีระบบบริการที่มีคุณภาพ โดยทีมหมอครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุขแบบยั่งยืน โดยใช้แบบสำรวจสภาวะสุขภาพกับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและผู้พิการ ในเขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร ในระหว่างปี 2559 – 2560 จำนวน 90 คน

ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 54 คน (ร้อยละ 60.0) มีอายุเฉลี่ย 65.5 ± 21.4 ปี มีรายได้ไม่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือนจำนวน 87 คน (ร้อยละ 96.7) ส่วนมากไม่มีผู้ดูแล จำนวน 84 คน (ร้อยละ 93.3) ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย จำนวน 40 คน (ร้อยละ 44.4) มีภาวะโรคเกี่ยวกับความพิการ/อัมพาตมากที่สุด จำนวน 44 คน (ร้อยละ 53.0) โดยส่วนใหญ่ประสงค์ขอรับเงินทุนเลี้ยงชีพ จำนวน 76 คน (ร้อยละ 89.4)

สรุปผลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุติดเตียง ปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ นั้นมักมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังควบคู่ไปกับการเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทำให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนร่วมกันพัฒนาระบบการให้บริการด้านสุขภาพร่วมกันกับ แพทย์ พยาบาลชุมชน ร่วมกับครอบครัว ผู้ดูแลชุมชน และชมรมจิตอาสา ให้เข้าถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ให้ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงทุพพลภาพและสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ผู้พิการ, พยาบาลชุมชน

Abstract

The rapid increasing of the elderly population is important indicator of preparing for older people's health changing especially chronic non-communicable disease problem as a result of bed patient consequence to disability which rely others care. Therefore, the health check-up program for promoting and health behavior adjusting for disable and elderly patients were used and for quality universal health service accessing by primary care team and community members. This program may be guideline for elderly and disable healthcare system development health questionnaire was use to survey health study for 90 elderly and disability person during within in Kannayao District Bangkok.

The result showed that most of people were women of 54 persons (60%) age average was 65.5 ± 21.4 years old. The most of 87 patients (96.7%) had less than 10,000 baht per month salary and 84 of them (93.3%) had no caregivers. The 40 patients (44.4%) could not help themselves and 44 patients (53.0%) were disability or paralysis. Almost of them (76 patients;89.4%) need governmental payment fund. Almost of physician community nurse, family members, and community volunteers cared to maintain health status and prevention of disability and complication in order to good living with their families.

Based on health status survey of disabled and elderly patients had problems about chronic illnesses along with physical and psychological degradation resulted of disability. Therefore it is necessary to cooperate with all sectors for health service jointed development together with physician, family members, and community cared volunteers to maintain health status and prevention of disability and complication in order to good living with their families.

Keywords: Elderly, disabled, community nurse

บทนำ

ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยข้อมูลของ United Nation World Population Aging⁽¹⁾ พบว่าในปีพ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุ 4,011,854 คน และในปีพ.ศ. 2557 ผู้สูงอายุมากถึง 10,014,705 คน เป็นผู้ชาย 4,514,815 คน และผู้หญิง 5,499,890 คน หลังจากปี 2552 ประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าประชากรในวัยแรงงาน และในปี 2560 จะเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ประชากรเด็กน้อยกว่าผู้สูงอายุ ในปี 2573 คาดว่า จะมีผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน (ร้อยละ 26.3) และในปี 2583 จะมีถึง 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ซึ่งเป็นการคาดประมาณประชากรของ

ประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)⁽²⁾ ประเทศไทยกำหนดนิยามผู้สูงอายุไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไป ทั้งนี้มีการแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ วัยต้น อายุ 60 – 69 ปี วัยกลางอายุ 70 – 79 ปี และวัยปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุวัยปลายย่อมมีโอกาส “ติดบ้านติดเตียง” สูงกว่าวัยต้นและวัยกลางประเทศไทยให้ความสนใจการแก้ปัญหาผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบมานานแล้ว โดยมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติเป็นแผนระยะยาว 20 ปี ฉบับแรกมาตั้งแต่ปี 2525 ในสมัยรัฐบาล พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ ปัจจุบันเป็นแผนฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) และ

มีกฎหมายเฉพาะ คือ พ.ร.บ. ผู้สูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2546 แต่ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง คือประเภทติดบ้านติดเตียง ยังต้องการการพัฒนาอีกมาก

การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแบ่งกว้างๆ เป็น 4 ระดับ คือ (1) การดูแลรักษาในโรงพยาบาล (Hospital Care) (2) การดูแลในสถานดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (Institutional Care) (3) การดูแลในชุมชน (Community-based Care) และ (4) การดูแลที่บ้าน (Home-based Care)

ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น 50 เขต ประชากรประมาณ 8 ล้านคน ด้านสาธารณสุขมีศูนย์บริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบประชากรทั้งหมด 68 แห่ง ประชากรในเขตคันทันยาวทั้งหมด 90,437 คน เป็นผู้สูงอายุ 8,494 คน (ร้อยละ 9.4) กระจายอยู่ในชุมชนทั้งหมด 153 ชุมชน จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในเขตคันทันยาวพบว่า โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.25 โรคเบาหวาน ร้อยละ 6.36 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.01 ผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 1.67 ผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 0.61 (ข้อมูลประชากรเขตคันทันยาว กันยายน 2559)⁽³⁾

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ ชี้ให้เห็นความสำคัญและควรเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมาในอนาคต ที่ก่อให้เกิดผลกระทบระดับสูง ต่อสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการ โดยการนำไปสู่ความต้องการการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มักมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ควบคู่ไปกับการเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพาผู้อื่น และต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพและสังคมมากขึ้น การดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ต้องมีระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้ทั้งด้านการ

สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการเพิ่มสุขภาพ ในขณะที่ผู้สูงอายุซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังต้องการดูแลต่อเนื่องแต่ปัจจุบันระบบบริการโรงพยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอ การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจะต้องมีรูปแบบการดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการเชื่อมโยงไปยังชุมชน โดยอาศัยกลยุทธการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการหล่อหลอมให้เกิดการเพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ให้มีขีดความสามารถที่จะพึ่งตนเองได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน

จากประเด็นดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการศึกษาในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและผู้พิการในเขตกรุงเทพมหานคร นอกจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ แพทย์ พยาบาลแล้ว ชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วม ในการร่วมคิด ร่วมพัฒนาให้ตรงกับปัญหา ความต้องการของวิถีชีวิตคนเมือง เพื่อส่งเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จนถึงทุพพลภาพ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้ตามอัตภาพ โดยได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือมีผู้ช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน สังคม และไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร

นิยามที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้สูงอายุ หรือผู้สูงวัย พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542⁽⁴⁾ ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่าชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม ส่วน ผู้สูงอายุ ให้ความหมาย ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO)⁽⁵⁾ และองค์การสหประชาชาติ (United Nation, UN)⁽⁶⁾ ใช้คำในภาษาอังกฤษของ (สูงอายุ ว่า Old person or elderly person)

คำจำกัดความผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เป็นการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม (กองการพยาบาลสาธารณสุขสำนักงานอนามัย)⁽⁷⁾

กลุ่มติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้

กลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

กลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักการ หรือทุพพลภาพ

2. ผู้พิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือ

3. พยาบาลชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่มีเป้าหมายมุ่งดูแลประชาชนในชุมชนซึ่งประกอบด้วย บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี การจัดการบริการดูแลสุขภาพชุมชนจึงต้องผสมผสานองค์ความรู้ศาสตร์ด้านการพยาบาลและการสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้ดำเนินการให้บริการสุขภาพครอบคลุมศาสตร์ทั้ง 4 มิติ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การบริการพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นกิจกรรมการให้บริการดูแลแก่กลุ่มประชากรในชุมชน มีเป้าหมายสำคัญคือการจัดการบริการดูแลด้านสุขภาพที่สนองตอบต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

4. ภาวะพึ่งพิง อ้างอิงจากราชบัณฑิตยบัญญัติศัพท์ Dependency ว่า อาจหมายถึงการพึ่งพิงทั้งในด้านการเลี้ยงดู ด้านการเงิน การให้คำปรึกษาสำหรับเด็ก การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้ปัจจัยสี่ในด้านจิตใจ การพึ่งพิง หมายถึง การให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การอยู่เป็นเพื่อน การเห็นคุณค่า ด้านสังคมก็สามารถ หมายถึง การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การช่วยเหลือการร่วมกิจกรรมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม

- สภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุ ได้แก่ อัตราส่วนการพึ่งพาในประชากร ภาวะพึ่งพิงในการทำกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพิงในด้านเศรษฐกิจ การพึ่งพิงในด้านการดูแล และการพึ่งพิงในทางสังคมและจิตใจ

- ภาวะพึ่งพิงทางความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปวัดด้วยตัวชี้วัด ADL (Activity Daily Living) เป็นการวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การลุก-นั่ง การเคลื่อนที่ การใช้ส้วม และอาจรวมไปถึง การกลืนอาหาร ปัสสาวะ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกให้ทราบถึงภาวะการพึ่งพิงหรือสุขภาพของการทำงานของร่างกาย (Functional health) ของประชากร บ่งบอกถึงความต้องการการดูแล และ การจัดการบริการช่วยเหลือดูแลที่สังคมควรจัดให้มากขึ้น

- ภาวะพึ่งพิงทางด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ ลำพา(2004) นิยามว่า ภาวะเปราะบาง หมายถึง สถานการณ์ที่ภาระของบุคคลที่มีความหนักอึ้งเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถของบุคคลที่จะแบกรับ

- ภาวะพึ่งพิงทางด้านสุขภาพ คือ การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้ (นิยามว่า เป็นผู้ที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองอย่างน้อยหนึ่งอย่างในสามอย่าง ได้แก่ การรับประทานอาหารใส่ส้อม และการอาบน้ำ/เข้าห้องสุขา) (การประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ “ทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย”)⁽⁸⁾

5. ผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึง บุคคลผู้จัดให้การดูแลซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่น โดยมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ดูแลให้ผู้อื่นที่ต้องได้รับการดูแล สามารถส่งเสริมดูแลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและผู้พิการที่อยู่ในที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุข แบบยั่งยืน

วิธีการศึกษา

โดยใช้แบบสำรวจสภาวะสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น ข้อมูลทั่วไป สภาวะสุขภาพ ปัจจุบัน สิทธิการรักษาและประเภทของการได้รับเงินช่วยเหลือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กลุ่มเป้าหมาย ผู้พิการและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร จำนวน 90 คน ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนตุลาคม 2559 – เดือนกันยายน 2560

แนวคิดและทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้

1. แนวคิด Continuing Care มุ่งพัฒนาระบบให้มีความต่อเนื่อง มีการส่งต่อ Care Provider ระหว่างพยาบาลกับคนในพื้นที่ มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นระบบตามสภาวะโรคโดยการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมศักยภาพอาสาสมัครที่มีส่วนร่วมพัฒนาทักษะผู้ดูแล ทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ตลอดทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
2. แนวคิด 3 C คือ Case manager Care giver Care plan

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของ Cohen and uphoff (1981) การมีส่วนร่วม 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในภาวะตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

4. หลักการสาธารณสุขและสาธารณสุขมูลฐาน

5. แนวคิด Thailand 4.0 ด้านสารสนเทศ เข้ามาสนับสนุนการสาธารณสุข

วิธีดำเนินการ

1. ขั้นตอนวางแผนงาน
 - ร่วมกันประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เนื้อหาและรูปแบบวิธีการ ดำเนินงานโครงการ
 - แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ
 - ประสานดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ สมาชิกชมรมจิตอาสาพระราชสาขาสมาลย์ เขตคันนายาว ศูนย์บริการสาธารณสุขตำบลเจริญพัฒนา ชุมชนเขตคันนายาว สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
2. จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติ
3. ขั้นตอนการดำเนินงาน
 - จัดอาสาสำรวจข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้สูงอายุและผู้พิการเพิ่ม เพื่อจัดตารางออกเยี่ยม
 - จัดเตรียมชุดอาหารสาธิตา และอุปกรณ์ที่ใช้ในการเยี่ยม
 - ออกเยี่ยมผู้ป่วยตามตารางหรือปรับตามความเหมาะสม
 - ประเมินสภาวะสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้สูงอายุและผู้พิการ ตามแบบประเมินสุขภาพจิต
4. ประเมินผลการดำเนินงาน
5. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและผู้พิการ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลโดยภาครัฐ เอกชน และชุมชนอย่างมีส่วนร่วม สร้างพลังชุมชน และชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมพัฒนาให้ตรงกับปัญหา ความต้องการของวิถีชีวิตคนเมือง เพื่อส่งเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนในการ

ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงและผู้พิการ ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงทุพพลภาพเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้ตามอัตภาพ โดยได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือมีผู้ช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน สังคม ตามความต้องการ และไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้พิการและผู้สูงอายุติดเตียง เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร (n=90)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	36	40
หญิง	54	60
อายุ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) อายุเฉลี่ย 65.5 ± 21.4 ปี		
สถานะ		
โสด	24	26.7
สมรส	22	24.4
หม้าย	38	42.2
หย่า	1	1.1
แยก	5	5.5
ศาสนา		
พุทธ	69	76.67
อิสลาม	21	23.33
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	31	34.4
ประถมศึกษา	40	44.4
มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า	9	10.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	7	7.8
อนุปริญญา/เทียบเท่า	3	3.3
เคยประกอบอาชีพ		
นายจ้าง/เจ้าของบริษัท	3	3.3
ผู้จัดการ/ผู้บริหาร	2	2.2
ข้าราชการ	4	4.4

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้พิการและผู้สูงอายุติดเตียง เขตคั่นนายาว กรุงเทพมหานคร (n=90) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เคยประกอบอาชีพ (ต่อ)		
ลูกจ้างรัฐบาล	8	8.9
ลูกจ้างเอกชน	53	58.9
ทำงานส่วนตัว	1	1.1
ว่างงาน	12	13.3
พนักงานโรงแรม	7	7.8
รายได้ (ครอบครัว)		
ต่ำกว่า10,000บาท	87	96.7
10,000 – 20,000	1	1.1
20,001– 30,000	1	1.1
30,001– 40,000	1	1.1

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 45 ราย (ร้อยละ60.0) มีอายุเฉลี่ย 65.50 ปี โดยส่วนมากมีสถานภาพหม้าย จำนวน 38 ราย (42.2%) รองลงมาโสด จำนวน 24 คน (ร้อยละ 26.7) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 69 คน (ร้อยละ 76.67) รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 21 คน (ร้อยละ 23.33) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 40 ราย (ร้อยละ44.4) รองลงมา มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา จำนวน 31 คน (ร้อยละ 34.4) ส่วนมากเคยประกอบอาชีพลูกจ้างบริษัทเอกชน จำนวน 53 คน (ร้อยละ 58.9) รองลงมา ว่างงาน จำนวน 12 คน(ร้อยละ 13.3) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 87 คน (ร้อยละ 96.7)

ตารางที่ 2 สภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้พิการและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เขตคั่นนายาว กรุงเทพมหานคร (n=90)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	6	6.7
ไม่มีผู้ดูแล	84	93.3
ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว		
มี	16	17.8
ไม่มี	74	82.2
สภาวะสุขภาพปัจจุบัน		
ช่วยเหลือตัวเองได้	13	14.4
ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง	37	41.1
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย	40	44.4

สภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้พิการและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง พบว่าส่วนมากไม่มีผู้ดูแล จำนวน 84 คน (ร้อยละ 93.3) ด้านโรคประจำตัว ส่วนมากผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 74 ราย (82.2) สภาวะสุขภาพปัจจุบัน ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 44.4) รองลงมาพบว่าสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 41.1)

ตารางที่ 3 แหล่งรายได้และสิทธิการรักษาของผู้พิการและผู้สูงอายุติดเตียง เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร (n=90)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับเงินช่วยเหลือ(ประเภท)		
เบี้ยผู้พิการ	34	37.8
เงินผู้สูงอายุ	21	23.3
เงินผู้สูงอายุ และเบี้ยผู้พิการ	1	1.1
อื่นๆ	34	37.8
สิทธิการรักษา		
สิทธิข้าราชการ	2	2.2
บัตรทอง	64	71.1
ประกันสังคม	2	2.2
มีสิทธิ์มากกว่า 1 สิทธิ์	11	12.2
อื่นๆ	9	10.0

แหล่งรายได้และสิทธิการรักษาของผู้พิการและผู้สูงอายุติดเตียง พบว่าได้รับเงินช่วยเหลือ (ประเภท) เบี้ยผู้พิการ และเงินช่วยเหลือ(ประเภท)อื่นๆ ในจำนวน 34 คนเท่ากัน รองลงมาได้รับเงินผู้สูงอายุ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 23.3)

ตารางที่ 4 ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้พิการและผู้สูงอายุติดเตียง เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร (n=90)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่พักอาศัย		
เจ้าของบ้าน	14	15.6
ผู้เช่า	8	8.9
ผู้อาศัย	66	73.3
อื่นๆ	1	1.1
ระยะเวลาที่พักอาศัย	Mean $\pm$ S.D.	18.26 $\pm$ 13.75
	Median(min, max)	15(1.83)
ระยะเวลาที่นอนติดเตียง	Mean $\pm$ S.D.	4.66 $\pm$ 4.19)
	Median(min, max)	3(1.26)

ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้พิการและผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ส่วนมากมีสถานะผู้พักอาศัย จำนวน 66 คน (ร้อยละ 73.3) รองลงมา มีสถานะเป็นเจ้าของบ้าน จำนวน 14 คน (ร้อยละ 15.6) โดยระยะเวลาที่พักอาศัย Mean $\pm$ S.D. (18.26 $\pm$ 13.75) Median 15 (1.83) ส่วนระยะเวลาที่นอนติดเตียง Mean $\pm$ S.D. (4.66 $\pm$ 4.19) Median 3 (26)

ตารางที่ 5 ภาวะสุขภาพและการต้องการความช่วยเหลือ ของผู้พิการและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร (n=90)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
โรคที่เป็น		
โรคไม่ติดต่อ	19	21.9
พิการ/ อัมพาต	44	53.0
ข้อเข่า	11	13.3
ออทิสติก	2	2.4
อื่นๆ	7	8.4
ความต้องการได้รับการช่วยเหลือ		
เงินทุนเลี้ยงชีพ	76	89.4
อุปโภค/ บริโภค	5	5.9
ที่อยู่อาศัย	1	1.2
อื่นๆ	3	3.5

ภาวะสุขภาพและความต้องการรับความช่วยเหลือ ของผู้พิการและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ด้านความช่วยเหลือ พบว่า ส่วนใหญ่มีความประสงค์ขอรับเงินทุนเลี้ยงชีพ จำนวน 76 ราย (ร้อยละ 89.4) รองลงมา ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับเครื่องอุปโภค บริโภค จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 5.9) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพและภาวะโรคที่เป็นเกี่ยวกับความพิการ/ อัมพาต จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 53.0) รองลงมาคือ โรคไม่ติดต่อ จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 21.9)

อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการพยาบาลชุมชน ศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุติดเตียง เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลโดยทีมหมอครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยส่งเสริมและปรับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้า มีระบบบริการที่มีคุณภาพ โดยทีมหมอครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็น

แนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ ที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุขแบบยั่งยืน โดยใช้แบบสำรวจสภาวะสุขภาพกับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและผู้พิการ ในเขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไปจากการศึกษาผู้พิการและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง พบว่า จำนวนผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน

45 ราย (ร้อยละ 60.0) มีอายุเฉลี่ย 65.50 ปีและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สอดคล้องกับ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557⁽⁹⁾ จากผล การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ผลการสำรวจประชากร ผู้สูงอายุ จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,705 คน เป็นชาย 4,514,815 และหญิง 5,499,890 คน คิด เป็นชาย ร้อยละ 45.1 และหญิง ร้อยละ 54.9 ของ ผู้สูงอายุทั้งหมด สอดคล้องกับ การคาดประมาณ ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553 - พ.ศ. 2583⁽¹⁰⁾ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ พบว่า จำนวนและสัดส่วนของ ประชากรสูงอายุในเขตเมือง จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยในเขตเมือง พ.ศ.2553-2583 และในทุก 10 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2553-2583 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เรื่อย ๆ จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด(พันคน) 3,333.9 (39.7%), 6,283.9 (49.8%), 10,422.2 (59.3%), 11,586.0 (59.8%) ดังนั้นในการเตรียมความพร้อม การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ และสังคมที่บ้าน การเพิ่มบริการสนับสนุนบริการใน ครอบครัว และการสร้างระบบบริหารการดูแล การ ปฏิบัติงาน ควรมีการพัฒนา รูปแบบการให้บริการ ระดับท้องถิ่น โดยสร้างทีมการดูแลที่สามารถให้บริการ ดูแลระยะยาวอย่างมีคุณภาพ ระดับครอบครัว ควรการพัฒนาทักษะผู้ดูแลโดย การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลของชุมชนอย่างบูรณาการ

2. สถานภาพสมรส

ส่วนมากผู้พิการและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมี สถานภาพเป็นหม้ายจำนวน 38 ราย (42.2%) รองลง มาโสดจำนวน 24 คน (ร้อยละ 26.7) ส่วนใหญ่นับถือ ศาสนาพุทธ จำนวน 69 คน (ร้อยละ 76.67) รองลง มานับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 21 คน (ร้อยละ 23.33)

3. ระดับการศึกษา

ส่วนมากผู้พิการและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 44.4) รองลงมามีการศึกษาต่ำกว่าระดับ ประถมศึกษาจำนวน 31 คน (ร้อยละ 34.4) ส่วนมาก เคยประกอบอาชีพลูกจ้างบริษัทเอกชนจำนวน 53 คน (ร้อยละ 58.9) ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 87 คน (ร้อยละ 96.7)

4. สภาวะสุขภาพโดยรวม

สภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้พิการและผู้สูงอายุ กลุ่มติดเตียง พบว่าส่วนมากไม่มีผู้ดูแลจำนวน 84 คน (ร้อยละ 93.3) สอดคล้องกับผลการวิจัย ของ เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล⁽¹²⁾ พบว่า รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงแบ่งออกเป็น 8 รูปแบบ คือ การดูแล ตนเอง ดูแลโดยครอบครัว ดูแลโดยเพื่อนบ้าน ดูแล โดยผู้นำในชุมชน ดูแลโดยชมรมผู้สูงอายุ ดูแลโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในกรณี ที่ไม่มีผู้ดูแล มีผู้ดูแลแต่ไม่ยอมดูแล การดูแล โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และการดูแล โดยสถานบริการสุขภาพ พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่พบ คือ อาจจะมีผู้ดูแลแต่ไม่มีเวลา และรู้สึกเหนื่อยท้อแท้ จึงควรมีการอบรมให้ความรู้กับผู้ดูแล/อสม. ด้านโรค ประจำตัว ส่วนมากผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 74 ราย (ร้อยละ 82.2) สภาวะสุขภาพปัจจุบัน ส่วนใหญ่ ช่วยตัวเองไม่ได้เลย จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 44.4) รองลงมาพบว่าสามารถช่วยตัวเองได้บ้าง จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 41.1) ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสภาวะที่ สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ต้องมีระบบการ ดูแล การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความ เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ทั้งทางด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

5. แหล่งรายได้และสิทธิการรักษา

แหล่งรายได้และสิทธิการรักษาของผู้พิการ และผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ได้รับเงินช่วยเหลือ (ประเภท) เบี้ยผู้พิการ และเงินช่วยเหลือ(ประเภท)

อื่นๆ ในจำนวน 34 คนเท่ากัน รองลงมาได้รับเงินผู้สูงอายุ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 23.3)

6. ลักษณะการอยู่อาศัย

ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้พิการและผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ส่วนมากมีสถานะผู้พักอาศัย จำนวน 66 คน (ร้อยละ 73.3) รองลงมา มีสถานะเป็นเจ้าของบ้านจำนวน 14 คน (ร้อยละ 15.6) โดยระยะเวลาที่พักอาศัย Mean $\pm$ S.D. (18.26 $\pm$ 13.75) Median 15 (1.83) ส่วนระยะเวลาที่นอนติดเตียง Mean $\pm$ S.D. (4.66 $\pm$ 4.19) Median 3 (26)

7. ภาวะสุขภาพและความต้องการรับความช่วยเหลือ

ภาวะสุขภาพ ภาวะโรค และความต้องการรับความช่วยเหลือของผู้พิการและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงด้านความช่วยเหลือ พบว่า ส่วนใหญ่มีความประสงค์ขอรับเงินทุนเลี้ยงชีพ จำนวน 76 ราย (ร้อยละ 89.4) รองลงมา ต้องการรับความช่วยเหลือเกี่ยวกับเครื่องอุปโภค บริโภค จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 5.9) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพ และภาวะโรค ที่เกี่ยวข้องกับภาวะพิการ/ อัมพาต จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 53.0) รองลงมาคือ โรคไม่ติดต่อ จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 21.9) สอดคล้องกับผลการวิจัย ของ เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล⁽¹²⁾ พบว่า เรื่องการรักษาพยาบาล การทำกายภาพบำบัด การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและดูแลผู้พิการในชุมชน และการให้องค์กรต่างๆ ในชุมชนลงพื้นที่ร่วมกัน เพื่อช่วยเหลือดูแลสุขภาพ มอบอาหารยา เงิน และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ ควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เน้นการดูแลจากครอบครัวเป็นหลัก โดยต้องอบรมให้ความรู้ในการดูแล ทำกายภาพบำบัด ร่วมกับให้อาหาร เยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ ดูแลสุขภาพ มีการประสานส่งต่อกรณีฉุกเฉิน

ปัญหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ปัจจุบันเป็นปัญหาใหญ่ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” มาแล้ว ตั้งแต่ปี 2548 โดยเกณฑ์ที่สหประชาชาติกำหนด คือ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 10 หรือมีผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

ไปเกินกว่าร้อยละ 7 ถึงปี 2560 สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยเกินกว่าร้อยละ 17 กล่าวคือ มีผู้สูงอายุมากกว่า 10 ล้านคน จากประชากรของประเทศราว 65 ล้านคน ส่วนหนึ่งที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง (Dependent) จากความเสื่อมสภาพของร่างกายและจากโรคภัยไข้เจ็บ ที่ทำให้เกิดความพิการ เช่น จากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต หรือจากอุบัติเหตุต่าง ๆ จากการสำรวจเป็นระยะ ๆ พบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงราวร้อยละ 10 หรือราว 1 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงบางส่วนหรือเป็นประเภท “ติดบ้าน” ออกไปไหนไม่ได้ราวร้อยละ 85 หรือราว 8.5 แสนคน และต้องพึ่งพิงทั้งหมดหรือเป็นประเภท “ติดเตียง” ราวร้อยละ 15 หรือราว 1.5 แสนคน จำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงมีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และจากสัดส่วนผู้สูงอายุ “วัยปลาย” ที่มากขึ้น เพราะอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็นลำดับ

การพยาบาลชุมชน เป็นอีกบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานโครงการการพยาบาลชุมชน ศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุติดเตียง เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร ในครั้งนี้ มีทีมพยาบาลจากสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และศูนย์บริการสาธารณสุขสุขทัยเจริญ พัฒนาชุมชนเขตคันนายาว สมาชิกชมรมจิตอาสาพระราชสาส์นเขตคันนายาว ได้ร่วมกันสำรวจข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลร่วมประชุมวางแผนและกำหนดเป้าหมาย โดยใช้แนวคิด Continuing Care มุ่งพัฒนาระบบให้มีความต่อเนื่อง มีการส่งต่อ Care Provider ระหว่างพยาบาลกับคนในพื้นที่ มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นระบบตามสภาวะโรค โดยการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พร้อมศักยภาพอาสาสมัครที่มีส่วนร่วมพัฒนาทักษะผู้ดูแล ทักษะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ตลอดทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ นำแนวคิด 3 C คือ

Case manager Care giver Care plan มาใช้ในการร่วมกันวางแผน โดยแนวคิดการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ครอบครัว เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง (ทีมสหสาขาวิชาชีพ) ชุมรมจิตอาสาประชาชนอาสาสมัคร เขตคันทนาเยาว กรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1981) การมีส่วนร่วม 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในภาวะตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อีกทั้งการนำหลักการสาธารณสุข และสาธารณสุขมูลฐาน และแนวคิด Thailand 4.0 ด้านสารสนเทศเข้ามาสนับสนุนการสาธารณสุข มาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมป้องกัน ดูแล รักษา นับได้ว่าเป็นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น การนำนโยบายเพื่อสุขภาพมาสู่การปฏิบัติ การที่ร่วมกับผู้นำในชุมชนร่วมกันพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้พิการ มีสุขภาพที่ดี อีกทั้งยังช่วยในการพัฒนาทักษะให้กับญาติ ผู้ดูแล สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพในการบริการพยาบาล อีกทั้งช่วยลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้พิการได้อีกด้วย

การดูแลในชุมชนและที่บ้านจะต้องมีการจัดระบบบริการเพื่อสนับสนุน ได้แก่ (1) การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลด้านการพยาบาล (Home-visit nursing) (2) การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลทั่วไป (Home-visit nursing) (3) สถานดูแลกลางวัน (Day Care) (4) การบริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก (Out patient Rehabilitation) และ (5) การดูแลระยะสั้น (Short team Care) ปัจจุบันมีระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นหลากหลาย เช่น (1) โรงพยาบาลบางแห่งเปิดแผนกบริการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงขึ้นเป็นการเฉพาะ (2) มีสถานรับเลี้ยงดูผู้สูงอายุร่วมกับผู้ป่วยติดเตียงอื่น (Nursing Home) (3) มีบริการส่งพนักงานไปดูแลประจำตามบ้าน เป็นต้น บริการเหล่านี้ยังต้องมีการพัฒนามาตรฐาน ระบบการกำกับดูแลระบบการสนับสนุนอีกมาก โดยบริการเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายสูงทั้งสิ้นรวมทั้งที่แต่ละบ้านใช้ญาติดูแล

กันเอง โดยบางคนต้องลาออกจากงานมาดูแลและจำนวนมากที่จ้างแรงงานต่างชาติมาช่วยดูแล ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่และยากสำหรับแต่ละครอบครัวแบกรับและแก้ปัญหาด้วยตนเอง เพราะปัจจุบันครอบครัวไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แต่ละครอบครัวมีลูกน้อยลง แม่บ้านต้องไปทำงานประจำนอกบ้านมากขึ้น พ่อแม่พึ่งพาลูกได้น้อยลง คนรับใช้ในบ้านหายากมากขึ้น ๆ ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพังมีราว 6 - 7 แสนคน สอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กรมอนามัย⁽¹¹⁾ ที่ได้กล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็น”สังคมผู้สูงอายุ อย่างสมบูรณ์: Aged Society” ฉะนั้นปัญหาและสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก ส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม โดยรวม ฉะนั้นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงแก้ปัญหาโดย มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เสียค่าใช้จ่ายโดยประหยัดและไม่สร้างภาระที่เกินกำลังในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้พิการที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงแก้ปัญหาโดย มุ่งเน้นการสร้าง ความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เสียค่าใช้จ่ายโดยประหยัดและไม่สร้างภาระที่เกินกำลังในระยะยาว

2. การดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการพัฒนาหลายรูปแบบ การดูแลโดยกลไก ชุมรมจิตอาสาประชาชนอาสาสมัคร ชุมรมนี้ตั้งขึ้นเพื่อสนองพระราชดำริสมเด็จพระเทพฯและสนับสนุนรัฐบาลในการปฏิรูปคุณธรรม, สุขภาพ, สังคม, สิ่งแวดล้อม และความมั่นคงในพื้นที่ นับว่าเป็นอีก รูปแบบหนึ่งที่ช่วยในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ผู้พิการให้มีสุขภาพดี แข็งแรง เพื่อยืดเวลาที่จะเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังออกไป ที่เจ็บป่วยก็ให้หายหรือทุเลาไม่เกิดความพิการ หรือทุพพลภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 ทับเจริญ เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร. ครรชิต ทองปี่โชติ คุณสุลัยมัล แสงศรี และสมาชิกชมรมจิตอาสาประชาสัมพันธ์ เขตคันนายาว ตลอดจนชุมชนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

แนะนำการอ้างอิงจากบทความนี้

อรนงค์ คงเรือง. การพยาบาลชุมชน ศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุติดเตียง เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร, วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(3) : หน้า 51-63.

Suggested Citation for this Article

Kongruang O. Community Nursing study situation health status of the disabled And the elderly are attached to the bed Kannayao District Bangkok. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2017; page 51-63.

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation World Population Aging เข้าถึงได้เมื่อ 15 พฤศจิกายน 2560 www.un.org/en/development/desa/population/.../pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf.
2. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - พ.ศ.2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
3. ข้อมูลประชากรเขตคันนายาว กันยายน 2559 เข้าถึงได้เมื่อ 15 พฤศจิกายน 2560 <https://th.wikipedia.org/wiki/เขตคันนายาว>.
4. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 เข้าถึงได้เมื่อ 15 พฤศจิกายน 2560 https://th.wikipedia.org/wiki/พจนานุกรม_ฉบับราชบัณฑิตยสถาน_พ.ศ._2542.
5. องค์การอนามัยโลก(World Health Organization, WHO) เข้าถึงได้เมื่อ 15 พฤศจิกายน 2560 [https://www.google.co.th/search?q=องค์การอนามัยโลก\(World+Health+Organization%2C+WHO\)&rlz](https://www.google.co.th/search?q=องค์การอนามัยโลก(World+Health+Organization%2C+WHO)&rlz).
6. องค์การสหประชาชาติ (United Nation, UN) เข้าถึงได้เมื่อ 15 พฤศจิกายน 2560 [https://www.google.co.thsearch?q=องค์การสหประชาชาติ+\(United+Nation%2C+UN\)&rlz=1C1CHHM_enTH751TH751&oq](https://www.google.co.thsearch?q=องค์การสหประชาชาติ+(United+Nation%2C+UN)&rlz=1C1CHHM_enTH751TH751&oq).
7. กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร คู่มือผู้ดูแลผู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพพื้นฐานด้วยตนเองได้, โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนา: 2558.
8. ภาวะพึ่งพิงทางด้านสุขภาพ : เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ “ทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย” 20 สิงหาคม 2551 ห้องประชุมสโมสรทหารบก วิทยาวีรสิงห์.
9. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2557.
10. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เข้าถึงได้เมื่อ 15 พฤศจิกายน 2560 social.nesdb.go.th/social/Portals/0/Documents/การคาดประมาณ%20e-book.pdf.
11. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สำนักอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก พิมพ์ครั้งที่ 2 ; ตุลาคม 2557.
12. เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพลและคณะ รูปแบบการจัดการดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยชุมชน วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการศึกษาและพัฒนาคนพิการ ปีที่ 8 เข้าถึงได้เมื่อ 15 พฤศจิกายน 2560 http://www.rs.mahidol.ac.th/thai/research/journal_t/book8_1/8_2.html.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

**สถานการณ์การละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ
และกฎหมายคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
Situation Violation of Alcohol Control Law Tobacco Products Control Law
And the law protects the health of non-smokers. In Bangkok area**

ณัฐวุฒิ แดงสวัสดิ์¹, กรรณิกา อุปเสน¹, สุเมธ วิไลกิจวัฒน์¹, วัชรีย์ บุญศรี¹

¹สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Nuttawut Daengsawat¹, Kannika Oupasan¹, Sumate Wilaikitwat¹, Watcharee Boonsorn¹

¹Institute for Urban Disease Control and Prevention

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติ (พรบ.) ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551⁽¹⁾ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบปีพ.ศ. 2535⁽²⁾ และ พรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2535⁽³⁾ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้มีการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว แต่ยังไม่ข้อมูลการรายงานผลการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการละเมิดกฎหมาย และลักษณะการกระทำความผิดตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบในกรุงเทพมหานคร รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบตรวจตาม พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ พรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ตั้งแต่ปีพ.ศ.2558 – 2560 จำนวน 760 แห่ง พบการละเมิดตาม พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.3 ประเภทของการละเมิดตาม พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 อันดับแรก ได้แก่ อันดับ 1 มาตรา 32 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันเป็นการอวดอ้างสรรพคุณ หรือชักจูงใจให้ผู้อื่นดื่ม โดยตรง หรือโดยอ้อม อันดับ 2 มาตรา 27⁽²⁾ ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่หรือบริเวณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และร้านขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา และอันดับ 3 มาตรา 30⁽³⁾ ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือในลักษณะดังต่อไปนี้ การลดราคาเพื่อประโยชน์ ในการส่งเสริมการขาย การละเมิด พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ร้อยละ 29.8 ประเภทของการละเมิด พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ อันดับ 1 มาตรา 13 ห้ามมิให้ผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีได้แสดงฉลากตามที่กำหนด อันดับ 2 มาตรา 9 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาสินค้าที่ใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นเครื่องหมายของสินค้านั้นในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าหมายถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ และอันดับ 3 มาตรา 4 ห้ามมิให้ผู้ใดจำหน่าย ขาย แลกเปลี่ยนหรือให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลซึ่งตนรู้หรือผู้ซื้อหรือผู้รับเป็นผู้มีอายุไม่ครบสิบแปดปีบริบูรณ์ และการละเมิด พรบ.คุ้มครองสุขภาพ ผู้ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 78.7 ตาม มาตรา 4⁽⁴⁾ กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการแสดงเครื่องหมายในเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ และ มาตรา 5⁽³⁾ จัดให้มีเครื่องหมายในเขตปลอดบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตาม หลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีกำหนด อันดับ 1 ข้อความคำเตือนเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ไม่ถูกต้อง อันดับ 2 ไม่แสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ทุกทางเข้าออก และอันดับ 3 แสดงขนาด สี รูปภาพเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ไม่ถูกต้อง

ในการประชาสัมพันธ์ ตรวจเตือน เฝ้าระวัง และบังคับใช้กฎหมาย ภาควิชาที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ควรมีการดำเนินงานร่วมกันอย่างจริงจัง ในการให้ความรู้ พรบ.ทั้ง 3 ฉบับ กับพนักงานเจ้าหน้าที่ ผู้ประกอบการ และผู้เกี่ยวข้อง จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ ลักษณะ การกระทำความผิดตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบในกรุงเทพมหานคร เพื่อประโยชน์ ต่อการผลักดันนโยบาย มาตรการ และข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นให้เกิด ความชัดเจน และครอบคลุมในทุกมิติของการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ นับว่าเป็นการเฝ้าระวังปัจจัยต้นเหตุ ที่ทำให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ

คำสำคัญ: การตรวจเตือน, การบังคับใช้กฎหมาย, พนักงานเจ้าหน้าที่

Abstract

Thailand has been promulgated the Tobacco Products Control Act 1992, Alcohol Control Act 2008 and Non-Smokers Health Protection Act 1992 in Bangkok areas. The law has been enforced but there are no reports of violate the Tobacco Products Control Act, Alcohol Control Act. This research aims to study the violation of Tobacco Products Control Act and Alcohol Control Act in Bangkok area. This research methodology is cross-sectional study by using secondary data from the questionnaire of Tobacco Products Control Act, Alcohol Control Act and Non-Smokes Health Protection Act since 2558 – 2560, 760 place. According to statistics, the violation of Alcohol Control Act is 9.3 % as following ; First, Section 32. No person shall advertise or display names or trademarks of alcoholic beverage deemed to exaggerate their qualifications or induce people to drink such alcoholic beverage either directly or indirectly. Second, Section 27⁽²⁾ No person shall sell alcoholic beverage in public health service places, medical services places under the Law on Medical Services and drugstores under the Law on Drug and Third, Section 30⁽³⁾ No person shall sell alcoholic beverage by procedures or characteristics to discount for sale promotion purpose. According to statistics, the violation of Tobacco Control Act is 29.8 % as following ; First, Section 13. No person shall be allowed to sell the tobacco products without exhibition of the labels on the packages of such tobacco products. Second, Section 9. No person shall be allowed to advertise the goods using the name or mark of the tobacco products as a mark of such goods in such a manner as to make such a mark to be understood as that of the tobacco products. Third, Section 4. No person shall be allowed to dispose of, sell, exchange or give the tobacco products to a person whom in know to the former that the buyer or receiver does not attain eighteen full years of age. According to statistics, the violation of Non-Smokers Health Protection Act is 78.7% as following ; Section 5⁽³⁾. After publication by the Minister, the operator shall have the duty to arrange for the signs in the smoking or non-smoking areas in accordance with the criteria and procedures designated by the Minister. First, Smoking Prohibited Signs is incorrect. Second, No Smoking Prohibited Signs in entrance and Third, Size colors and image is incorrect.

Duties of agent and principal in all public office sectors are promoting, observing, and enforcing the law. In public relations, surveillance, monitoring and enforcement. Relevant network partners in all sectors. Should work together seriously. In the provision of knowledge of the three acts, with the competent officials, operators and related persons. There is a need to study the violation of the Alcohol and Tobacco Control Act, the nature of the offense under the Alcohol Control Act. And tobacco in Bangkok For the benefit of policy advocacy, measures and recommendations for effective tobacco control. Focus on clarity. It covers all dimensions of surveillance for tobacco control. This is a precautionary measure that causes access to alcohol and tobacco.

Keywords: Warnings, law enforcement, competent officials

บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่า บุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้มากที่สุด โดยปี พ.ศ. 2551 บุหรี่คร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกมากกว่า 5 ล้านคน ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่มากกว่าผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ โรคเอดส์ และไข้มาลาเรีย รวมกัน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 หากยังไม่มีมาตรการใดๆ จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทั้งหมด 8 ล้านคนต่อปี อีกทั้งบุหรี่เป็นสินค้าชนิดเดียวที่ถูกกฎหมาย แต่เป็นอันตรายต่อทุกคนทั้งที่เป็นผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่ที่ได้รับควันบุหรี่ ซึ่งผลการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2558 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) พบว่า ในจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 55.2 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.9 ล้านคน (ร้อยละ 19.9) โดยในภาพรวม พบว่าในช่วงปี พ.ศ.2547-2552 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง (จากร้อยละ 23.0 เป็น ร้อยละ 20.7 ตามลำดับ) แต่กลับเพิ่มขึ้นใน ปี พ.ศ.2554 เป็นร้อยละ 21.4 และลดลงเหลือร้อยละ 19.9 ในปี 2556 และกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 ในปี 2557 แต่ในปีล่าสุด 2558 กลับลดลงเล็กน้อย เป็นร้อยละ 39.3 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรี่ ปี 2558 กับปี 2557 พบว่า ทั้งเพศชายและหญิง มีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงเล็กน้อยแต่ยังคงพบการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะต่างๆ ทั้งที่เป็นเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย สถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2559

ดังนั้นการเฝ้าระวังยาสูบ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังปัจจัยต้นเหตุที่ทำให้คนสูบบุหรี่ เช่น กลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ สื่อ รวมถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง (ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ค่านิยม ทศนคติและปัจจัยทางสังคมอื่นๆ) จึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบในหลากหลายประเด็น ที่นอกเหนือจากจำนวนผู้บริโภคยาสูบ ใครคือผู้บริโภค ยาสูบ รวมถึงแนวโน้มการบริโภคยาสูบเปลี่ยนแปลงไปเพื่อประโยชน์ต่อการผลักดันนโยบายมาตรการ และข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นให้เกิดความชัดเจนและครอบคลุมในทุกมิติของการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ ที่สอดคล้องกับกฎหมายควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2560 ตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) อันจะนำมาซึ่งการเพิ่ม ประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่และการสื่อสารข้อมูลเตือนภัยยาสูบ ในประเด็นที่อยู่นอกเหนือ หรือยังมิได้ครอบคลุมตามกฎหมายที่มี

ในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมา การเพิ่มอัตราภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผลักดันให้ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น แต่ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ลดลง⁽⁴⁾ เพื่อการแก้ปัญหาดังกล่าว จึงมีการจัดทำพรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 กำหนดสถานที่ห้ามขาย ห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และห้ามมิให้สถานที่ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งอยู่ในบริเวณใกล้เคียงสถานศึกษา หรือ

หอพักบริเวณใกล้เคียงสถานศึกษา เนื่องด้วยเป็นแหล่งที่เยาวชนรวมตัวกันอยู่เป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ จากผลการสำรวจของศูนย์วิจัยปัญหาสุราพบว่า กรุงเทพมหานครมีนักดื่มในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 17.0 วัยทำงานอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 35.2 และสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2557 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าอัตราการดื่มเพิ่มเป็นร้อยละ 32.3⁽⁶⁾ โดยส่วนใหญ่จะมีการฝ่าฝืนกฎหมายฯ เรื่องการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽⁷⁾ การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการลดราคาเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการขาย และการขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ห้ามขายและในวันห้ามขาย เช่น วันพระใหญ่⁽⁸⁾ ในการสร้างความร่วมมือและสนับสนุนเครือข่ายการดำเนินงานในกรุงเทพมหานคร เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์ และผลักดันการบังคับใช้กฎหมาย ต่อไป

สถานการณ์การการบริโภคยาสูบของประเทศไทยล่าสุด (พ.ศ. 2558) พบว่าประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในกรุงเทพมหานคร มีอัตราการบริโภทยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.65 ซึ่งปัจจัยสำคัญ คือ มีการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบและการโฆษณาและการส่งเสริมการขายที่มุ่งใจให้เยาวชนเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ดังกล่าว อีกทั้งการจากข้อมูลการได้พบเห็น/ได้กลิ่น/เห็นกันบุหรี่ภายในสถานที่สาธารณะ ร้อยละ 77.8 สถานการณ์การการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย ล่าสุด (พ.ศ.2558) พบว่าประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในกรุงเทพมหานคร มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 30.2 ซึ่งปัจจัยสำคัญ คือ สภาพแวดล้อมรอบตัวที่ล่อแหลม ไม่ว่าจะเป็นการจัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อยู่รอบสถานศึกษา การโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ รวมถึงการหาซื้อได้ง่ายและสะดวก โดยเฉพาะการเฝ้าระวังปัจจัยต้นเหตุที่ทำให้คนสูบบุหรี่ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้มีการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การรณรงค์ผลการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ จากประเด็นดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษา

การละเมิดกฎหมาย และลักษณะการกระทำความผิดตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบในกรุงเทพมหานคร เพื่อประโยชน์ต่อการผลักดันนโยบาย มาตรการ และข้อเสนอแนะเพื่อดำเนินการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นให้เกิดความชัดเจน และครอบคลุมในทุกมิติของการเฝ้าระวังเพื่อควบคุมยาสูบ นับว่าเป็นการเฝ้าระวังปัจจัยต้นเหตุที่ทำให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาการละเมิดกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบในกรุงเทพมหานคร
2. ศึกษาลักษณะการกระทำความผิดตามกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบในกรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ วิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytic Studies) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบตรวจตามพรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ พรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ตั้งแต่พ.ศ. 2558 – 2560 กลุ่มประชากรจำนวนสถานที่ที่ลงพื้นที่ ประกอบด้วย วัด/ ศาสนสถาน จำนวน 8 แห่ง สถานบริการสาธารณสุข/ร้านขายยา จำนวน 12 แห่ง สถานที่ราชการ จำนวน 1 แห่ง สถานศึกษา จำนวน 255 แห่ง สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง/แก๊ส จำนวน 11 แห่ง สถานที่อื่นที่รุ่มต.ประกาศกำหนดจำนวน 1 แห่ง ร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ร้านค้า/ร้านชำ จำนวน 149 แห่ง ร้านสะดวกซื้อ (เซเว่น/มินิมาร์ท) จำนวน 106 แห่ง ร้านอาหาร จำนวน 169 แห่ง ห้างสรรพสินค้า จำนวน 23 แห่ง ตลาด จำนวน 90 แห่ง สถานีขนส่ง จำนวน 33 แห่ง และอื่นๆ จำนวน 2 แห่ง วิธีการ โดยใช้ แบบตรวจตาม พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปี พ.ศ. 2551 พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบปี พ.ศ. 2535 และ พรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ปี พ.ศ. 2535

ผลการศึกษา

ประเภทของสถานที่ที่ลงพื้นที่ตรวจ 3 ลำดับแรก ตาม พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปีพ.ศ. 2551 พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ พรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ปีพ.ศ.2535 ได้แก่ สถานศึกษา ร้อยละ 33.6 ร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ร้านค้า/ร้านขายของชำ ร้อยละ 19.6 และร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 13.9 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 760)

ประเภท	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
วัด/ศาสนสถาน	8	1.05
สถานบริการสาธารณสุข/ร้านขายยา	12	1.58
สถานที่ราชการ	1	0.13
สถานศึกษา	255	33.55
สถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิง/แก๊ส	11	1.45
สถานที่อื่นที่รมต.ประกาศกำหนด	1	0.13
ร้านขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ร้านค้า/ร้านชำ	149	19.61
ร้านสะดวกซื้อ (เซเว่น/มินิมาร์ท)	106	13.95
ร้านอาหาร	69	9.08
ห้างสรรพสินค้า	23	3.03
ตลาด	90	11.84
สถานีขนส่ง	33	4.34
อื่นๆ	2	0.26

พบลักษณะการกระทำความผิดตาม พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ การโฆษณา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 89.75 ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในที่ห้ามขาย ร้อยละ 7.69 และขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการลดราคาและส่งเสริมการขาย ร้อยละ 2.56 พบลักษณะการกระทำความผิดตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ 3 ลำดับแรก ได้แก่ โฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ร้อยละ 47.84 ขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดยไม่แสดงฉลาก ร้อยละ 34.78 และขายผลิตภัณฑ์ยาสูบให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ร้อยละ 6.53 พบลักษณะ การกระทำความผิดตามพรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่ สูบบุหรี่ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ข้อความคำเตือนเครื่องหมาย เขตปลอดบุหรี่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 20.76 ไม่แสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ทุกทางเข้าออก ร้อยละ 17.94 และขนาด สี รูปภาพเขตปลอดบุหรี่ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 15.78 (ตารางที่ 2-4)

ตารางที่ 2 ลักษณะการกระทำความผิดตามพรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=39)

ฐานความผิด	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
ขายในที่ห้ามขาย	3	7.69
ขายโดยลดราคาส่งเสริมการขาย	1	2.56
โฆษณาเครื่องดื่มแอลฯ	35	89.75

ตารางที่ 3 ลักษณะการกระทำความผิดตามพรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ (n=46)

ฐานความผิด	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
ขายให้เด็ก	3	6.53
ขายโดยเครื่อง	1	2.17
ขายสินค้าอื่นแถมยาสูบ	1	2.17
ขายยาสูบแถมสินค้าอื่น	1	2.17
ขายโดยเสนอให้สิทธิตอบแทน	1	2.17
แจก	1	2.17
โฆษณาขายยาสูบ	22	47.84
ขายยาสูบที่ไม่แสดงฉลาก	16	34.78

ตารางที่ 4 ลักษณะการกระทำความผิดตามพรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ (n=602)

ฐานความผิด	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
แสดงเครื่อง หมายเขตปลอด	59	9.80
ไม่มีผู้สูบบุหรี่ในเขตปลอด	21	3.49
ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบ	16	2.66
ขนาด/สี/รูปภาพเครื่อง หมายเขตปลอด	95	15.78
ข้อความคำเตือนเครื่อง หมายเขตปลอด	125	20.76
แสดงเครื่อง หมายเขตปลอดทุกทางเข้า-ออก	108	17.94
แสดงเครื่อง หมายเขตปลอดภายในสถานที่	38	6.31
แสดงเครื่อง หมายเขตปลอดให้เปิดเผยชัดเจน	24	3.99
สูบบุหรี่ในเขตปลอด	7	1.16
จัดเขตสูบในเขตปลอด	4	0.66
จัดเขตสูบไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญ	4	0.66
จัดเขตสูบไม่อยู่ทางเข้า-ออก	5	0.83
จัดเขตสูบไม่อยู่ในบริเวณที่เปิดเผยเห็นชัด	4	0.66
ขนาด/สี/รูปภาพเครื่อง หมายเขตสูบ	25	4.15
ข้อความคำเตือนเครื่อง หมายเขตสูบ	24	3.99
แสดงเครื่อง หมายเขตสูบทุกทางเข้า-ออก	22	3.65
แสดงเครื่อง หมายเขตสูบภายในสถานที่	14	2.33
แสดงเครื่อง หมายเขตสูบให้เปิดเผยชัดเจน	7	1.16

พื้นที่แบ่งตามโซน ตามคำสั่ง สภากทม.ที่ 44/2557 เรื่องการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบประจำกลุ่มปฏิบัติงานของสำนักงานเขต ในการตรวจสอบติดตามและศึกษาในพื้นที่ต่าง ๆ ของกทม. (10) ที่พบการละเมิดตามพรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ โซนกรุงเทพเหนือ ร้อยละ 28.4 โซนกรุงเทพกลาง ร้อยละ 7.4 และกรุงธนใต้ ร้อยละ 5.5 ($p\text{-value} < 0.001$) 3 ลำดับแรกตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ได้แก่ โซนกรุงเทพตะวันออก ร้อยละ 85.7 โซนกรุงเทพเหนือ ร้อยละ 36.4 และโซนกรุงเทพใต้ 33.3 ($p\text{-value} < 0.01$) และ 3 ลำดับแรกตามพรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ โซนกรุงเทพตะวันออก ร้อยละ 96.6 โซนกรุงเทพเหนือ ร้อยละ 84.9 และโซนกรุงเทพใต้ ร้อยละ 81.1 ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงพื้นที่ที่พบการละเมิดตามพรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และพรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ (n=760)

พื้นที่ กทม.	ละเมิดตาม		p-value	ละเมิดตาม		p-value	ละเมิดตาม		p-value
	พรบ.ควบคุม เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์			พรบ.ควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ			พรบ.คุ้มครอง สุขภาพ ผู้ไม่สูบ บุหรี่		
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	
โซน 1 เหนือ	25	28.4	<0.001	8	36.4	<0.01*	45	84.9	<0.001
โซน 2 ใต้	4	5.3		8	33.3		60	81.1	
โซน 3 กลาง	5	7.4		3	23.1		27	56.2	
โซน 4 ตะวันออก	0	0		6	85.7		28	96.6	
โซน 5 กรุงธนเหนือ	0	0		6	31.6		45	75	
โซน 6 กรุงธนใต้	4	5.5		5	13.9		54	83.1	

*fisher exact

อภิปรายผล

จากการลงพื้นที่ตรวจสอบตาม พรบ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ พรบ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ โดย สปกม.พบว่า ลักษณะการกระทำความผิดตามพรบ.ทั้ง 2 ฉบับ ได้แก่ ฐานความผิดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ยาสูบ มีการกระทำความผิดมากที่สุด ซึ่งส่งผลให้เกิดการบริโภคสุราและยาสูบมากยิ่งขึ้น⁽¹¹⁾ ฐานความผิดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในที่ห้ามขาย ซึ่งผู้ประกอบการและผู้บริโภคขาดความรู้⁽¹²⁾ และฐานความผิดตามพรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ ฐานความผิดข้อความคำเตือนเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่มีอิทธิพลต่อการ

สูบบุหรี่ของผู้มาใช้บริการในสถานประกอบการ⁽¹³⁾

พื้นที่ที่พบการละเมิดมากที่สุด ตาม พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรา 32 ฐานความผิดการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^(1,14) ได้แก่ โซน 1 กรุงเทพเหนือ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา 8 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบหรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรา 9 ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาสินค้าที่ใช้ชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบ และมาตรา 13 ห้ามมิให้ผู้ใดขายผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ไม่ได้แสดงฉลากตามที่กำหนด^(2,15) และ พรบ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ มาตรา 4⁽⁴⁾ กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการ

แสดงเครื่องหมาย และมาตรา 5⁽³⁾ จัดให้มีเครื่องหมาย เขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่^(3,16) คือโซน 4 กรุงเทพมหานคร พบการละเมิดมากที่สุด ทั้ง 2 พรบ. เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์และความเข้าใจ อีกทั้งขาดความร่วมมือของผู้นำชุมชนที่จะเป็น ตัวกลางในการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้กับ ประชาชนในพื้นที่ ประกอบกับบทลงโทษใน พรบ. ไม่ ปฏิบัติอย่างจริงจัง ทำให้เด็กและเยาวชน เข้าถึงการซื้อ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบได้ง่าย

ข้อเสนอแนะ

การตีความกฎหมายยังให้ชัดเจน มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมและสนับสนุน ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ ผู้ประกอบการและประชาชน ทั่วไปมีความรู้ ทศนคติ รวมถึงการปฏิบัติ ตาม พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พรบ.ควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และพรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ รวมถึงด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์อย่างมี ประสิทธิภาพ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย ชัดเจน และตรงประเด็น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เนื่องจาก งบประมาณและกำลังคนมีจำกัด จึงไม่สามารถลง ดำเนินการตรวจเตือนได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ควรมี การศึกษาสาเหตุที่ผู้ประกอบการละเมิดกฎหมาย

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ณัฐวุฒิ แดงสวัสดิ์. สถานการณ์การละเมิด กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมาย ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและกฎหมายคุ้มครองสุขภาพ ผู้ไม่สูบบุหรี่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร.วารสารสถาบัน ป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(3): หน้า 64-72.

Suggested Citation for this Article

Daengsawat N. Situation Violation of Alcohol Control Law Tobacco Products Control Law And the law protects the health of non-smokers. In Bangkok area. Institute for Urban Disease Control and prevention Journal 2017; 2(3): page 64-72.

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. พระราช บัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: หจก.บางกอกบลิ๊ก; 2557.
2. ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบ. กรุงเทพฯ: หจก.บางกอกบลิ๊ก; 2558.
3. ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพ ผู้ไม่สูบบุหรี่. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2559.
4. ภากร อรุณศรีโสภณ. ผลกระทบของการเพิ่ม อัตราภาษีสุราต่อการบริโภคสุรา; 2554.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร ปี 2554; 2554
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปสำหรับผู้บริหารการ สำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของ ประชากรปี 2557 2557. Available from: https://www.m-society.go.th/article_attach/13207/17336.pdf.
7. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์. มาตราที่ 32 การโฆษณาจะสามารถ ทำได้อย่างไรบ้าง.
8. Thailand Tourist Information: A Guide to Laws in Thailand [press release].

9. คำสั่งคสช.ที่22/2558. มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการแข่งรถยนต์และรถจักรยานยนต์ในทางและการควบคุมสถานบริการหรือสถานประกอบการที่เปิดให้บริการในลักษณะที่คล้ายกับสถานบริการ 2558 [cited 2016 21072016]. Available from: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2558/E/171/7.PDF>.
10. ศูนย์ข้อมูล กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯปัจจุบัน. Available from: <http://203.155.220.230/m.info/nowbma/>.
11. เอี่ยมสำอางค์และคณะ น. ความพึงพอใจของประชาชนเกี่ยวกับกฎหมายสุราและเบียร์ปี 2548. 2548: มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม; 2548.
12. รัชดาพรณานิกุลสรแ. การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี. 2553;ปีที่ 2 ฉบับที่ 3.
13. โชคทวีพาณิชย์ การดำเนินงานและประสิทธิผลของนโยบายการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2544.
14. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรา 32 การโฆษณาจะทำได้อย่างไรบ้าง 2560. Available from: <http://www.thaiantialcohol.com/faqs/view/18>.
15. ปานทิพย์ โชติเบญจมาภรณ์ ผอ.สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. “ใครรับ ใครสนับสนุนโฆษณายาสูบ”. Available from: [http://www.trc.or.th/th/images/upload/files/data/nationconference/12/PPT/trccon12%20\(1\).pdf](http://www.trc.or.th/th/images/upload/files/data/nationconference/12/PPT/trccon12%20(1).pdf).
16. (สสม.) เครื่องหมายของเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่. Available from: http://www.muslim4health.or.th/2014/index.php?op=-calendar-detail&id=330#.WhYsQkpl_IU.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

**ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยัก
ในกลุ่มเป้าหมายอายุ 20-50 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ.2558**

**Factors Associated with the uptake of diphtheria and tetanus vaccination
the target group 20-50 year old in Bangkok. Since 2558**

รุจิรา ตระกูลพัฑ¹, ศุภรัตน์ บุญนา¹, ศรีนทร วิสุทธิศิริกฤตย์¹, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร²

Rujira Tragoolpua¹, Supparat Boonnak¹, Sarinthorn Sontisirikit¹, Sapon Iamsirithaworn²

¹สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, ²สำนักโรคติดต่อทั่วไป

¹Institute for Urban Disease Control and Prevention, ²Department of Disease Control.

บทคัดย่อ

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ส่วนบุคคลทัศนคติ ความรู้ การรับรู้ที่สัมพันธ์ต่อการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยัก ในกลุ่มเป้าหมาย อายุ 20 - 50 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร การศึกษาเชิงสำรวจแบบ Cross sectional study ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2558 จำนวนผู้ได้รับวัคซีนที่ให้ข้อมูล จำนวน 2,117 ราย จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ การทดสอบค่า Pearson Chi-Square, Multiple regression

ผลการศึกษา ปัจจัยความรู้ การรับรู้มีผลต่อการยอมรับการฉีดวัคซีน ร้อยละ 44.9 ซึ่งสูงกว่าปัจจัยอื่น รองลงมาปัจจัยด้านทัศนคติ สามารถอธิบายความผันแปรของการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ได้ร้อยละ 15.9 สำหรับ ปัจจัยส่วนบุคคลคือระดับการศึกษา รายได้ และศาสนา มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก สามารถอธิบายความผันแปรของการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ได้เพียงร้อยละ 1.1 แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักมากที่สุดคือ จากวิทยุชุมชน ร้อยละ 22.7 รองลงมาจาก ญาติ/เพื่อน ร้อยละ 20.1 หน่วยงานต้นสังกัด 17.6 สื่อโทรทัศน์ 14.4 อินเทอร์เน็ต / เว็บไซต์ร้อยละ 10.7 ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรับข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ไม่แตกต่างกันมาก

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ มีผลต่อการยอมรับการฉีดวัคซีนน้อยกว่าความรู้ การรับรู้ ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยมาใช้โดยส่งเสริมกลุ่มเป้าหมายให้มีความรู้ รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการโรค การรับรู้อุปสรรคและให้คำแนะนำข้อมูลทางวิชาการที่ถูกต้องเพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของการฉีดวัคซีน และแหล่งข้อมูลควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึงโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ควรกระจายไปหลาย ๆ ช่องทางเพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการยอมรับ ต่อไป

คำสำคัญ: โรคคอตีบ, วัคซีนคอตีบและบาดทะยัก, การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

Abstract

The objective of to study the relationship between personal factors, attitudes, perceptions, perceptions regarding diphtheria vaccination and tetanus vaccination. Target group 20–50 years old in Bangkok area. A cross-sectional study was conducted between January and April 2015, with 2,117 vaccinated participants receiving simple random sampling. Pearson Chi-Square, Multiple regression

The study results of knowledge factors. Perception of admission was 44.9 percent higher than other factors. Second, the attitude factor. The variation in acceptability of diphtheria-tetanus vaccines was explained in terms of personal factors, ie, education, income, and religion were related to acceptance of diphtheria-tetanus vaccination. The describe variability of diphtheria-tetanus vaccination acceptance. Only 1.1 percent of diphtheria and Tetanus vaccination received information from community radio, 22.7 percent from relatives/ friends, 17.1 percent from agencies, 17.6 from television, 14.4 from internet. 10.7 percent. It is evident that the data received from different sources is not very different.

The conclusion showed that personal factors were educational level. Income and religion Attitude factor Effectiveness of diphtheria-tetanus vaccination was less than knowledge of perception, which could be used to promote the target population. Perception of the severity of the disease. Perception of the benefits of vaccination to prevent disease. Recognize obstacles and provide accurate academic advice to reduce barriers to vaccination. The information should be publicized thoroughly, especially the risk. Should spread to many channels to achieve acceptance in the next.

Keywords: Diphtheria, diphtheria and tetanus vaccines, immunization

บทนำ

โรคคอตีบเป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน ในอดีตเคยเป็นโรคที่มีอัตราป่วยและอัตราตายสูง แต่หลังจากที่ประเทศไทยนำวัคซีนป้องกันโรคคอตีบเมื่อปี 2520 อัตราการได้รับวัคซีนในเด็กกลุ่มเป้าหมายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนมากกว่าร้อยละ 90 ทำให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยลงอย่างต่อเนื่องจนเหลือไม่เกิน 10 รายต่อปี ในช่วงปี 2546 – 2551 ต่อมาปี 2552 โรคคอตีบเริ่มมีสัญญาณการกลับมาระบาดอีกครั้ง โดยพบผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จากนั้นในปี 2555 ได้มีการระบาดของโรคคอตีบเกิดขึ้นในผู้ใหญ่ ในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือและขยายไปยังจังหวัดอื่น ๆ พบผู้ป่วยรวมจำนวน 63 ราย เสียชีวิต 10 ราย ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ใหญ่ ที่เกิดก่อนหรือเกิด

ในช่วงต้นของการบรรจุวัคซีนป้องกันโรคคอตีบเข้าในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สอดคล้องกับผลการศึกษาของหลายสถาบันที่พบว่า ระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคคอตีบในประชากรไทยมีแนวโน้มลดลงในกลุ่มอายุที่มากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มอายุ 20 – 50 ปี

กรมควบคุมโรค ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้กำหนดให้รณรงค์วัคซีน dT แก่ผู้ใหญ่อายุ 20 – 50 ปี ทั่วประเทศ ในปี 2557 กรมควบคุมโรคได้วางแผนรณรงค์ให้วัคซีน dT ในผู้ใหญ่อายุ 20 – 50 ปี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดการรณรงค์ที่เน้นการให้บริการเชิงรุกในชุมชน จากการเรียนรู้ผลความสำเร็จของการดำเนินการดังกล่าว เพื่อเป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2560)⁽¹⁾ ทำได้

2 แบบ คือแบบ active (กระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นเอง) และแบบ passive (ให้ภูมิคุ้มกันของคนหรือสัตว์ที่เกิดขึ้นแล้วฉีดเข้าไปในร่างกาย) โดยการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแบบ active ได้แก่ การให้วัคซีน ซึ่งวัคซีนที่ใช้ในประเทศไทย กลุ่มที่ออกซอยด์ (toxoid) ใช้ป้องกันโรคที่เกิดขึ้นเป็นผลจากพิษหรือท็อกซินของแบคทีเรีย ไม่ได้เกิดจากตัวแบคทีเรียโดยตรง เช่น โรคคอตีบหรือโรคบาดทะยัก ทำได้โดยทำให้พิษของแบคทีเรียหมดไป แต่ความสามารถให้การกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันยังมีอยู่ เช่น วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก โดยทั่วไปเมื่อฉีดพวกนี้เข้าไปจะไม่มีไข้หรือปฏิกิริยาเฉพาะที่ นอกจากเคยฉีดมาแล้วหลายครั้ง หรือร่างกายมีภูมิคุ้มกันสูงอยู่ก่อนแล้ว

จึงได้ขยายการดำเนินการรณรงค์ไปยังภาคเหนือ ภาคใต้และภาคกลางในปี 2558 ต่อไป กรมควบคุมโรคจึงเห็นสมควรจัดทำ “โครงการรณรงค์ให้วัคซีน dT แก่ประชากรกลุ่มอายุ 20 - 50 ปีในพื้นที่ภาคกลาง” ซึ่งกรุงเทพมหานคร เป็นหนึ่งในพื้นที่เป้าหมาย ภายใต้โครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี พระชนมายุครบ 60 พรรษา คุ่มครองคนไทยจากโรคภัยด้วยวัคซีนปี 2557 - 2558 เพื่อเทิดพระเกียรติและถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระองค์ท่าน ในวันที่ 2 เมษายน 2558 แก่ประชากรกลุ่มอายุ 20 - 50 ปี ระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2558 (สำนักโรคติดต่อทั่วไป)⁽¹⁾ โดยการรณรงค์เน้นการให้บริการทั้งเชิงรุกและตั้งรับในชุมชนให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุด ตามบริบทของพื้นที่ มีการติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มารับวัคซีนโดยกำหนดตัวชี้วัดให้ได้ร้อยละ 85

ในพื้นที่กรุงเทพมหานครซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายถึง 2.6 ล้านคนในกลุ่มที่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 50 ปี

จะเห็นได้ว่ามีกลุ่มเป้าหมายที่จำนวนมาก ผู้วิจัยจึงได้สนใจในการศึกษาว่าปัจจัยอะไรที่มีผลต่อการยอมรับการฉีดวัคซีนในกลุ่มผู้ใหญ่เพื่อนำผลการศึกษามาปรับกลวิธีในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยัก ในกลุ่มเป้าหมาย อายุ 20-50 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตการศึกษา การศึกษาเชิงสำรวจ Survey Research แบบภาพตัดขวาง (Cross sectional study) สถานที่ทำการศึกษาคือ กรุงเทพมหานคร ประชากรศึกษาคือประชาชนที่มีอายุระหว่าง 20-50 ปี ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2558 จำนวนผู้ได้รับวัคซีนที่ให้ข้อมูล จำนวน 2,117 ราย จากจำนวนผู้รับวัคซีนในช่วงเวลาเดียวกันจำนวน 249,530 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนในการศึกษาคั้งนี้จะได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือแบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ทศนคติ ความรู้ต่อการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยัก การรับรู้ข่าวสาร ความต้องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยัก และข้อคิดเห็นอื่น ๆ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคณะผู้วิจัยและมีการซัก ส้อมทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูล ทำการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ การทดสอบค่า Pearson Chi-Square, Multiple regression

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล
ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=2117)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	559	26.4
หญิง	1558	73.6
อายุ		
20-30	456	21.5
31-40	694	32.8
41-50	609	28.8
>50	358	16.9
Mean $\pm$ S.D. = 39.70 $\pm$ 10.18		
ศาสนา		
พุทธ	1954	92.3
คริสต์	46	2.2
อิสลาม	89	4.2
อื่นๆ	27	1.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	279	13.2
มัธยมศึกษา	340	16.1
อนุปริญญา/ปวช.	1026	48.5
ปริญญาตรี	468	22.1
สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5000 บาท	8	.4
50,001-10,000 บาท	192	9.1
10,001-20,000 บาท	685	32.4
20,001-30,000 บาท	409	19.3
มากกว่า 30,000 บาท	622	29.4
ไม่ให้ข้อมูล	201	9.5
รายได้เฉลี่ย = 25,931 (รายได้สูงสุด = 62,000 รายได้ต่ำสุด = 1,500)		
ประวัติการรับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก		
เคยรับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก	98	4.6
ไม่เคยรับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก	2019	95.4
รวม	2117	100

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 20-50 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 39 ปี มีระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อนุปริญญาหรือ ปวช. มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.5 รองลงมาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 22.1 และมีมัธยมศึกษา ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 16.1, 13.5 ตามลำดับ มีรายได้โดยเฉลี่ย 25,931 บาท ซึ่งร้อยละ 95.4 ไม่เคยฉีดวัคซีน คอตีบ-บาดทะยักมาก่อน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

แหล่งข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
✓ สื่อโทรทัศน์	428	14.4
✓ วิทยุชุมชน	672	22.7
✓ แผ่นพับ/โปสเตอร์	242	8.2
✓ ญาติ /เพื่อน	596	20.1
✓ อินเทอร์เน็ต / เว็บไซต์	290	10.7
✓ หน่วยงานต้นสังกัด	547	17.5
✓ อื่น ๆ ระบุ	190	6.4
รวม	2,965	100

ผลการศึกษา พบว่า แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักมากที่สุดคือ จากวิทยุชุมชน ร้อยละ 22.7 รองลงมาจาก ญาติ/เพื่อน ร้อยละ 20.1 หน่วยงานต้นสังกัด 17.6 สื่อโทรทัศน์ 14.4 อินเทอร์เน็ต / เว็บไซต์ ร้อยละ 10.7

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ทศนคติต่อการฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยัก ในกลุ่มเป้าหมาย อายุ 20 – 50 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด 5 (ร้อยละ)	เห็นด้วยมาก 4 (ร้อยละ)	เห็นด้วยปานกลาง 3 (ร้อยละ)	เห็นด้วยน้อย 2 (ร้อยละ)	เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 (ร้อยละ)
1. เห็นด้วยกับนโยบาย ในการฉีด วัคซีนคอตีบ	1,346(63.6)	420(19.8)	147(6.9)	192(9.1)	12(0.6)
2. ประโยชน์ของการได้รับการฉีด วัคซีนคอตีบทำให้มีภูมิคุ้มกัน ทนทาน ต่อตนเองและคนรอบข้าง	1,341(63.3)	512(24.2)	171(8.1)	77(3.6)	15(0.7)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมายเห็นด้วยกับนโยบาย มากที่สุด ร้อยละ 63.6 รองลงมาเห็นด้วยมาก ร้อยละ 19.8 และประโยชน์ของการได้รับการฉีดวัคซีนคอตีบทำให้มีภูมิคุ้มกันต่อตนเองและคนรอบข้าง มากที่สุด ร้อยละ 63.3 รองลงมาเห็นด้วยมาก ร้อยละ 24.2 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการรับรู้ต่อการฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยักในกลุ่มเป้าหมาย อายุ 20-50 ปี ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

ข้อความ	รับรู้มาก (ร้อยละ)	รับรู้ปานกลาง (ร้อยละ)	รู้น้อย (ร้อยละ)
1. ท่านเห็นด้วยว่าทุกคนในกลุ่มเป้าหมายต้องเข้ารับการฉีดวัคซีนคอตีบ	1,637(77.4)	385 (18.2)	94(4.4)
2. ท่านวิตกกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนของวัคซีนคอตีบ	1,471 (69.6)	488(23.1)	156(7.4)
3. ท่านมีความเชื่อมั่นต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการเตรียมการในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการฉีดวัคซีน	1,676(79.2)	353(16.7)	86(4.1)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมาย รับรู้ต่อการฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยัก ต้องเข้ารับการฉีดวัคซีนระดับมากถึง ร้อยละ 77.4 ในขณะที่เดียวกันก็มีความวิตกกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนของวัคซีนคอตีบ สูงถึงร้อยละ 69.6 แต่มีความเชื่อมั่นต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการเตรียมการในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการฉีดวัคซีนในระดับสูงเช่นกันถึงร้อยละ 79.2 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละความรู้เรื่องโรคคอตีบ บาดทะยัก ในกลุ่มเป้าหมาย อายุ 20-50 ปี ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

ข้อความ	การรับรู้		
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)
1. โรคคอตีบสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน	1,804 (85.3)	241(11.4)	71(3.4)
2. ท่านเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อคอตีบ	1,300 (61.4)	539(25.5)	273(12.9)
3. โรคคอตีบเกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่ง	1,315(62.1)	611(28.9)	189(8.9)
4. โรคคอตีบติดต่อได้ทางการหายใจ จากการไอ จามรดกัน	1,421 (67.1)	521(24.6)	175(8.3)
5. โรคคอตีบหากเป็นระยะรุนแรงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและเส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ	1,499(70.8)	485(22.9)	162(6.2)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเป้าหมาย มีความรู้เรื่องโรคคอตีบสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน อย่างมาก เป็นลำดับแรก ร้อยละ 85.3 รองลงมา รู้ว่า โรคคอตีบหากเป็นระยะรุนแรงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และเส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ ร้อยละ 70.8 มีความรู้โรคคอตีบติดต่อได้ทางการหายใจจากการไอ จามรดกัน และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อคอตีบ โรคคอตีบเกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่ง และรู้ว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อคอตีบ อันดับสุดท้าย ร้อยละ 67.1, 62.1 และ 61.4ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ในกลุ่มเป้าหมายอายุ 20-50 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	การยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value
รายได้	.071	.001**
ระดับการศึกษา	.088	.000**

**p<.01

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับ รายได้และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ในกลุ่มเป้าหมาย อายุ 20-50 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	การยอมรับการฉีดวัคซีน คอตีบ-บาดทะยัก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value
1. เห็นด้วยกับนโยบายในการฉีดวัคซีนคอตีบ	.317	.000**
2. ประโยชน์ของการได้รับการฉีดวัคซีนคอตีบ ทำให้มีภูมิคุ้มกันต่อตนเองและคนรอบข้าง	.389	.000*

**p <.01

ผลการศึกษา พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับเห็นด้วยกับนโยบายในการฉีดวัคซีนคอตีบและ ประโยชน์ของการได้รับการฉีดวัคซีนคอตีบทำให้มีภูมิคุ้มกันต่อตนเองและคนรอบข้างมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.01 โดยมีความสัมพันธ์กับประโยชน์ของการได้รับการฉีดวัคซีนคอตีบทำให้มีภูมิคุ้มกันต่อตนเองและคนรอบข้าง และเห็นด้วยกับนโยบายในการฉีดวัคซีนคอตีบ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ในกลุ่มเป้าหมาย อายุ 20-50 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	การยอมรับ	
	การฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก	p-value
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	
1. โรคคอตีบสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน	.380	.000
2. ท่านเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อคอตีบ	.243	.000
3. โรคคอตีบเกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่ง	.462	.000
4. โรคคอตีบติดต่อได้ทางการหายใจ จากการไอ จามรดกัน	.569	.000
5. โรคคอตีบหากเป็นระยะรุนแรงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและเส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ	.675	.000

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเรียงตามลำดับความสัมพันธ์ได้แก่โรคคอตีบหากเป็นระยะรุนแรงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและเส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ โรคคอตีบติดต่อได้ทางการหายใจ จากการไอ จามรดกัน โรคคอตีบเกิดจากเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่ง โรคคอตีบสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ท่านเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อคอตีบ (ตารางที่ 8)

สรุปผล

การศึกษานี้ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 20-50 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย 39 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อนุปริญาหรือ ปวช. ร้อยละ 48.5 รายได้โดยเฉลี่ย 25,931 บาทซึ่งร้อยละ 95.4 ไม่เคยฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักมาก่อน ที่เคยฉีดร้อยละ 4.6 จากการตั้งครุฑและได้รับอุบัติเหตุฉีดพร้อมบาดทะยัก แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักมากที่สุดคือจากวิทยุชุมชน ร้อยละ 22.7 รองลงมาจากญาติ/เพื่อน ร้อยละ 20.1 ทิศนคติต่อการฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยักในกลุ่มเป้าหมาย เห็นด้วยกับนโยบายมากที่สุดถึงร้อยละ 63.6 ด้านประโยชน์ของการได้รับการฉีดวัคซีนคอตีบทำให้มีภูมิคุ้มกันต่อตนเองและคนรอบข้างมากที่สุด ร้อยละ 63.3 การรับรู้ต่อการฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยัก ต้องเข้ารับการฉีดวัคซีนถึงร้อยละ 77.4 ในขณะที่วัยนี้ก็มีความวิตกกังวล

ต่อภาวะแทรกซ้อนของวัคซีนคอตีบ สูงถึงร้อยละ 69.6 แต่มีความเชื่อมั่นต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการเตรียมการในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในการฉีดวัคซีน ในระดับสูงเช่นกันถึงร้อยละ 79.2 ด้านความรู้เรื่องโรคคอตีบสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน มีมากถึงร้อยละ 85.3 และพบว่ากลุ่มเป้าหมายรู้ว่าการฉีดวัคซีน 20-50 ปีมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อคอตีบร้อยละ 61.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทวีศักดิ์ หาญคำภา⁽³⁾ ปัจจัยที่สามารถทำนายการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกจากการติดเชื้อ HPV ในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตกรุงเทพมหานคร ที่กล่าวว่า มีปัจจัย 3 ประการที่เกี่ยวข้องคือ การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน และการรับรู้อุปสรรคของการฉีด

ปัจจัยความสัมพันธ์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับ ระดับการศึกษา รายได้

ศาสนา มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์การทำนายรายได้ศาสนาและระดับการศึกษา สามารถอธิบายความผันแปรของการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ได้ระดับต่ำเพียงร้อยละ 1.1 เท่านั้น แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เมื่อศึกษาปัจจัยทัศนคติเกี่ยวกับการเห็นด้วยกับนโยบายในการฉีดวัคซีนคอตีบและ ประโยชน์ของการได้รับการฉีดวัคซีนคอตีบทำให้ภูมิคุ้มกันของตนเองและคนรอบข้างมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.01 เมื่อศึกษาความรู้มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยรู้ว่า โรคคอตีบหากเป็นระยะรุนแรงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและเส้นประสาทส่วนปลายอักเสบ

การอภิปรายผล

อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานำเสนอตามลำดับ ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับรายได้ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก สามารถอธิบายความผันแปรของการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ได้ระดับต่ำเพียงร้อยละ 1.1 ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านทัศนคติ สามารถอธิบายความผันแปรของการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ได้ร้อยละ 15.9 ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านความรู้สามารถอธิบายความผันแปรของการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ได้ ร้อยละ 44.9 ซึ่งมากกว่าปัจจัยอื่น ผลการศึกษครั้งนี้สอดคล้องการศึกษาของ บาร์โธลินีและคณะ (Bartolini et al., 2012) ที่ศึกษาโดยการสัมภาษณ์กลุ่ม บิดา มารดาของเด็กนักเรียน ผู้หญิง คัดเลือกมาจากพื้นที่เขตเมืองและชนบท ประเทศเปรู จำนวน 48 คน พบว่า มารดาที่อยู่ในเขตเมืองจะสนับสนุนให้มีการฉีดวัคซีนเพราะจะช่วยในเรื่องการป้องกันชีวิตจากโรคให้แก่บุตรของตน

จากปัจจัยความรู้มีผลต่อการยอมรับการฉีดวัคซีนสูงกว่าปัจจัยอื่น เชื่อมโยงกับแหล่งการรับข้อมูลข่าวสารพบว่า แหล่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการรับการฉีดวัคซีนคอตีบ-บาดทะยักมากที่สุดคือจากวิทยุชุมชน ร้อยละ 22.7 รองลงมาจาก ญาติ/เพื่อน ร้อยละ 20.1 หน่วยงานต้นสังกัด 17.6 สื่อโทรทัศน์ 14.4 อินเทอร์เน็ต / เว็บไซต์ร้อยละ 10.7 ซึ่งจะเห็นได้ว่า การรับข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษา ของ ธนชัย แสนสังและคณะ⁽⁴⁾ การมีความรู้ที่เกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่และวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ทั้งนี้กลุ่มกลุ่มผู้ได้รับวัคซีน มีความต้องการวัคซีนที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน นอกจากนี้ทั้งสองกลุ่มรับรู้ข่าวสารการรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่จาก เพื่อนร่วมงาน แผ่นโปสเตอร์ และช่องทางเพิ่มที่แนะนำคือ จดหมายเวียนภายในองค์กร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดมาตรการให้วัคซีนผู้ใหญ่ในเขตเมืองโดยการส่งเสริมกลุ่มเป้าหมายได้มีการรับรู้ เรื่องความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการฉีดวัคซีน ให้คำแนะนำทางวิชาการที่ถูกต้องเพื่อลดอุปสรรคของการมารับวัคซีน และเลือกช่องทางการประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสมหลายช่องทางเพื่อให้ทั่วถึงและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ไม่ได้ศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องบริบทของพื้นที่เขตเมือง เช่น ความเป็นอยู่ วัฒนธรรม ที่คนส่วนใหญ่วัยทำงานไม่สามารถเข้าไปรับบริการได้ อย่างไรก็ตาม การให้บริการต้องมีการดำเนินการทั้งในเชิงรุกและตั้งรับโดยเน้นการเข้าถึงกลุ่มวัยทำงานในเขตเมืองที่ต้องใช้กลยุทธ์ในหลายรูปแบบ ที่เหมาะสมกับทั้งผู้ให้ และผู้รับ ในเวลาที่ตรงกันเช่นบริการนอกเวลาราชการ เช่น วันหยุดและหลังเลิกงานตอนเย็น

- ผู้ให้บริการ มาจากทั้งในภาครัฐและเอกชน

- ผู้รับบริการ เข้าถึงจุดบริการในชุมชน บริษัท ห้างร้าน สถานศึกษา สถานที่ทำงานภาครัฐและเอกชน

บทเรียนจากการดำเนินงานครั้งนี้

เป็นครั้งแรกที่มีการให้วัคซีนในผู้ใหญ่จำนวนมาก การบริหารจัดการเป็นเรื่องสำคัญ ควรมีการกำหนดนโยบาย มาตรการ วางแผน ร่วมกันจากหลายภาคส่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคเอกชน เนื่องด้วยเขตเมืองที่มีทรัพยากร ทั้ง บุคลากร งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่หลากหลาย สรรหาเครือข่ายจากหลายภาคส่วนจากการดำเนินงานได้มีการปรับในเรื่องการทำงาน จับมือกับศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ในเรื่องข้อมูลผู้ประสานเข้าถึงในหน่วยงานต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบคุณ น.พ.วงวัฒน์ ลิ่วลักษณ์ รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ดร.น.พ.โสภณ เอี่ยมศิริถาวร และศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย กองวัคซีน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

รุจิรา ตระกูลพั้ว. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการยอมรับการฉีดวัคซีนคอตีบและบาดทะยักในกลุ่มเป้าหมายอายุ 20-50 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ.2558. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2560; 2(3): หน้า 73-82.

Suggested Citation for this Article

Tragoolpua R. Factors Associated with the uptake of diphtheria and tetanus vaccination the target group 20-50 year old in Bangkok. Since 2558. Institute for Urban Disease Control and prevention Journal 2017; 2(3): page 73-82.

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันชีววัตถุ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2560 <http://biology.dmsc.moph.go.th/post-view/78>.
2. สำนักโรคติดต่อทั่วไป. โครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ในโอกาสเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา เพื่อคุ้มครองคนไทยจากโรคร้ายด้วยวัคซีน ปี 2558.
3. ทวีศักดิ์ หาญคำภาและรัตนศิริ ทาโต. ปัจจัยทำนายการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกจากการติดเชื้อ HPV ในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเขตกรุงเทพมหานคร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2014.
4. ธนชัย แสนลังและคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่ของบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2556; 28(2)
5. สำนักการบริหารทะเบียน. ระบบสถิติทางทะเบียน (<http://www.bora.dopa.go.th/index.php/th>)

UDC FORUM 1st

เสวนาโต๊ะกลม “จุดเปลี่ยนการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง” ครั้งที่ 1

เรื่อง การจัดการวัคซีนในเขตเมือง

วันที่ 8 มกราคม 2561 เวลา 08.30 – 12.00 น.

ณ ห้องประชุม BB 202 ชั้น 2 โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ



สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ร่วมกับมูลนิธิสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและมูลนิธิสถาบันเวชศาสตร์ศึกษา ได้จัดเวทีเสวนาโต๊ะกลม “จุดเปลี่ยนการป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง” ครั้งที่ 1 เรื่อง “การจัดการวัคซีนในเขตเมือง” เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นวัตกรรม การเปลี่ยนแปลง ระบบข้อมูล การจัดทำข้อมูลรายบุคคล (Personal Health Record) ระบบการจัดการ การสร้างความครอบคลุมของวัคซีนในเขตเมืองใหญ่ และกรุงเทพมหานคร ทุกกลุ่ม ทุกวัย รวมถึงประชากรต่างด้าว แรงงาน เคลื่อนย้ายและประชากรแฝง



ดำเนินการอภิปราย โดย นายแพทย์อานวย กาจิณะ ประธานคณะกรรมการฝ่ายสนับสนุนวิชาการและวิจัยสุขภาพเขตเมือง มูลนิธิสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง วิทยาการผู้อภิปราย นำประกอบด้วย

1. พญ.ปิยะนิตย์ ธรรมภรณ์พิลาศผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
2. รศ.(พิเศษ) นพ.ทวี โชติพิทยสุนนท์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



3. ภ.ก คณิศศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ
4. นพ.กิตติศักดิ์ คณาสวัสดิ์ นายกเทศมนตรีเชียงใหม่ สาธารณสุข ประสานกรรมการสาธารณสุขสันนิบาตเทศบาล
5. นพ.วรงค์ ลิ่วลักษณ์ รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กทม
6. ภ.ก.บุญรักษ์ ดาวรุ่งโรจน์ กรรมการผู้จัดการบริษัท องค์การเภสัชกรรมเมอริเตอร์ชีววัตถุ จำกัด

สาระสำคัญจากการเสวนา

1. ข้อมูลสถานการณ์โรค การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ความครอบคลุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ในกรุงเทพมหานคร ปริมาณและพื้นที่เขตเมืองใหญ่และเมืองขนาดปกติยังมีน้อยและข้อมูลไม่เชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลเดียวกันของหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน

- มีการจัดการ Data Science Management

2. หน่วยงานในเขตเมืองมีความหลากหลาย(Health care providers)และซับซ้อน มีทั้งหน่วยงานระดับชาติ มหาวิทยาลัย จนถึงระดับท้องถิ่น ทั้งภาครัฐและเอกชนจึงทำให้การบริหารจัดการและการปกครองที่แตกต่างกันอย่างมาส่งผลให้การบูรณาการการทำงานเป็นไปค่อนข้างยากและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การให้บริการและมาตรฐานคุณภาพการให้บริการไม่มีการประเมินติดตามอย่างเป็นระบบ

- มีการจัดการร่วมกันระหว่าง รัฐ เอกชน และหน่วยงาน Health Authority มี Public Private Partnership(PPP)
 - ควรมีการอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้ความเข้าใจตามมาตรฐานคุณภาพการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ และทันสมัย
 - คุณภาพระบบประกันสุขภาพที่ได้มาตรฐานมีการประเมินผล
3. บริบทในเขตเมืองมีจำนวนประชากรที่หลากหลายและหนาแน่นมีการเคลื่อนย้ายตลอดเวลา คนต่างด้าว คนจรจัด ส่งผลให้เกิดความแตกต่าง ความเหลื่อมล้ำในด้านการศึกษา เศรษฐฐานะ Life style การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากหลายแหล่ง ทำให้ขาด evidence ที่จะมา support การพัฒนา model ที่จะจูงใจให้ private provider เข้ามาร่วมให้บริการในโมเดล PP network หรือ PPnet
- ควรมี Partnership กับ คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน เพื่อปรับเข้าหาพฤติกรรมและ life style ของคนเมือง
 - มีเทคโนโลยีในการนัดหมายการให้บริการ
 - Health literacy ของโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนและวัคซีนที่สำคัญตามมาตรฐานภูมิคุ้มกันของประเทศ
 - Public Private Network
 - การเข้าไป explore โดยเฉพาะถ้าต้องการพัฒนา model ที่คาดหวัง contribution จาก private providers จะต้องเข้าใจ market landscape ของ sector ว่าความท้าทายเชิงธุรกิจของตลาดการให้บริการวัคซีนในเขตเมืองมีมากน้อยอย่างไร



4. ด้วยนโยบายระดับชาติที่ต้องผ่านการพิจารณาหลายปัจจัย จึงทำให้ นวัตกรรม การให้ Vaccine บางชนิดล่าช้า ไม่ทันสมัย แต่ในพื้นที่เขตเมือง ระดับท้องถิ่น มีการปกครองแบบพิเศษ สามารถบริหารจัดการด้วยตัวเองได้ เช่น กรุงเทพมหานคร เทศบาลเมืองหรือเทศบาลนคร สามารถพิจารณานำวัคซีน ใหม่ ๆ มาให้บริการกับประชาชนในพื้นที่ได้เอง

- Model Development of local Health Provider
- ศึกษาวิจัยความคุ้มค่าของการนำวัคซีนใหม่มาใช้
- ข้อเสนอเชิงนโยบาย (policy implication) ที่สำคัญหากมีการจัดรูปแบบใหม่ของการให้บริการวัคซีนที่พัฒนาขึ้นสำหรับเขตเมืองที่กลุ่มเป้าหมายสำคัญมีความหลากหลายมาก ควร กำหนดพื้นที่หรือละแวกชุมชนเริ่มใช้ (piloting neighborhood) เป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมและความร่วมมือสูงทั้งทางด้านชุมชน เครือข่ายผู้ให้บริการ และท้องถิ่น ก่อนประเมินผล intervention และขยายผลไปสู่พื้นที่ที่มีศักยภาพสูงในลำดับถัดไป ไม่จำเป็นต้องใช้ platform หรือ model ใหม่พร้อมกันในทุกเขตเมืองใหญ่



ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

ในการอ้างอิงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงถึงในเนื้อหาหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อเรื่อนั้น 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 ถ้าเป็นชื่อชาวต่างประเทศ ให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย , หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้แต่งมี 6 คนหรือน้อยกว่า 6 คน ให้ระบุชื่อทุกคน แต่ถ้ามีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก และตามด้วยคำว่า “et al.”

ชื่อวารสาร ให้ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus สำหรับวารสารใดไม่มีการกำหนดชื่อย่อไว้ ให้ใช้ชื่อเต็ม

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

ตัวอย่าง

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

2. หนังสือ

รูปแบบพื้นฐาน

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

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

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

ตัวอย่าง

2.1 ผู้นิพนธ์คนเดียว

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

2.2 หนังสือที่มีบรรณาธิการ ผู้รวบรวม หรือประธานเป็นผู้แต่ง

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

2.3 บทหนึ่งในหนังสือ

1. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.
2. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี 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 : อุทิศต์ เปล่งวานิช, เสี่ยง ศรีวรรณบุรณ์, มลินี มาลากุล, บรรณาธิการ. การประชุมใหญ่ทางวิชาการฉลอง 100 ปี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534. หน้า 5-7.

4. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต

รูปแบบพื้นฐาน

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

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

การเปลี่ยนแปลงชื่อวารสารเป็น “สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง”

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

1. ฉบับแรกชื่อ “วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1” ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม-ธันวาคม 2540 จนถึง ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2545
2. ครั้งที่ 2 ชื่อ “วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1” ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2546 จนถึง ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2559
3. ครั้งที่ 3 ชื่อ “วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ” ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2559 มีเพียงฉบับเดียว
4. ครั้งที่ 4 ชื่อ “วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง” ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤษภาคม-สิงหาคม 2559 จนถึงปัจจุบัน ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2560 เนื่องจากมีคำสั่งกรมควบคุมโรค ที่ 507/2559 ลงวันที่ 21 เมษายน 2559 จัดตั้งสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (เดิมคือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 13 กรุงเทพฯ) เพื่อให้การพัฒนานโยบาย ระบบและการวิจัยรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อปกป้องประชาชนในเขตเมือง

วัตถุประสงค์ในการตีพิมพ์เผยแพร่ “วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง” เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพของประชาชน เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคและองค์กรอื่นๆ และเพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างนักวิชาการหรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

กองบรรณาธิการ วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง