

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

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

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2562

Volume 3 No.1 Jan – Jun 2019 ISSN : 2539-6676

หน้า / Page

สารบัญ / นิพนธ์ต้นฉบับ

การจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยกระบวนการบ้าน
สะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์จังหวัดนครปฐม
ศรายุทธ ลิ้มดำรงค์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน
โรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ
จังหวัดเพชรบุรี
เลอเกียรติ วิชาฤทธิ์
ถาวร มาตัน
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผลของการใช้โปรแกรมการชี้แนะต่อความรู้ด้านสุขภาพการ
ดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโป่ง
สินจง บุญถนอม
ดวงรัตน์ อินทรแสน
ยุพา พูลสวัสดิ์
ธมกร ประเสริฐสุข

ภาพสะท้อนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับการกลับมาของโรคซิฟิลิส
ชญาวภา ไตรวิญญูสกุล
สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ
โรคเรื้อรัง ในชุมชนตำบลโพพระ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
รวินันท์ นุชศิลป์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

การสอบสวนการระบาดของโรคไข่ออกผื่นในโรงเรียนมัธยม อำเภอ
ศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี วันที่ 6 มีนาคม-27 เมษายน 2561
กรรณา สุขเกษม¹ พย.ม การพยาบาลเด็ก
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จ. ราชบุรี
ชัยณรงค์ สุขขำ² วท.ม.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

Contents / Original Articles

Environmental Risk Management by Process Clean House,
Hygiene, Good Life
Nakhon Pathom
Sarayut Simadamrong
Nakhon Pathom Provincial Health Office

The Factors Related to Population's Behaviors of Rabies's
Protection in Huai Sai Tai Community, Cha-am District,
Phetchaburi Province
Lerkiat Wicharit
Tavorn Maton
The Office of Disease Prevention and Control 5 Ratchaburi
Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University

The Effects of Coaching Program on Health literacy
Self care at Home of Elderly Caregivers in Ban Pong District
Linjong boonthanom
Tuangrat Intarasan
Yupa Poonsawas
Tamakorn Prasertsuk

Mirror Image Awareness as Sexual Transmitted Infection
of Model Occurs Recurrent Syphilis.
Chayapa Triwisakun
Bureau of AIDS and STIs

Development of Continuing Care Programs for Elderly
Patients with Chronic Diseases in Community Tambon
Phopra, Meung District, Petchaburi Province.
Ravinun Nuchasilp M.Sc.(Public Health)
Petchaburi Rajabhat University

Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) for Measles
and Rash in the high Schools, Si Prachan District,
SuphanBuri Province from 6 March to 27 April, 2018
Karuna Sukasem¹, MNS. Pediatrics Nursin
Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi
Province
Chainarong Sukkham², M.Sc.
SuphanBuri Provincial Health Office et al.

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี
เป็นวารสารทางวิชาการในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

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

คณะที่ปรึกษา

- | | | |
|---|-------------|-----------|
| 1. นายแพทย์อรรถพล | ชีพัสต์ยากร | ที่ปรึกษา |
| 2. นายแพทย์สมาน | พุตระกูล | ที่ปรึกษา |
| ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี | | |
| 3. นายแพทย์โอภาส | พูลพัฒน์ | ที่ปรึกษา |
| 4. นายแพทย์พงศ์ธร | ชาติพิทักษ์ | ที่ปรึกษา |

บรรณาธิการ

นายแพทย์พราน	ไพรสวรรณ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สคร.5
--------------	-----------	-------------------------

คณะบรรณาธิการ

- | | | |
|-------------------|---------------|--|
| 1. นายนิคม | กสิวิทย์อำนาจ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สคร.5 |
| 2. นางสาวโสภภาพรณ | จิรนิติศัย | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สคร.5 |
| 3. รศ.ดร.โยธิน | แสงวงศ์ | รองศาสตราจารย์ สาขาวิจัยประชากร และสังคม
คณะประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รศ.ดร.สุคนธา | คงศีล | รองศาสตราจารย์ สาขาเศรษฐศาสตร์
สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รศ.ดร.มธุรส | ทิพย์มงคลกุล | รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |

- | | | |
|---------------------|--------------|---|
| 6. ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ | อุทิศ | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 7. ดร.ทัศนินทร์ | รัชดาธนรัชต์ | ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบ
ถ่ายทอดอ่าวไทย และอันดามัน |
| 8. ดร.วรุณช | นาคอ้าย | วิทยาจารย์ชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดชลบุรี |
| 9. นางสาวทิพสุคนธ์ | บำรุงวงศ์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักโรคเอดส์ วัณโรค
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |

ผู้จัดการ

- | | | |
|--------------------|----------|----------------------------|
| 1. นางสาวศุภลักษณ์ | แย้มสกุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
|--------------------|----------|----------------------------|

ฝ่ายจัดการ

- | | | |
|-----------------------|--------------|----------------------------------|
| 1. นางสาวกฤตยา | โยธาประเสริฐ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 2. นางสาวศรินทร์รัตน์ | วิริยสุนทร | นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ |
| 3. นางสาวอาชิรญาณ์ | ใจจง | นักวิชาการพัสดุชำนาญการ |

คณะผู้จัดทำวารสาร

- | | | |
|-------------------------|--------------|----------------------------------|
| 1. นางสาวกฤตยา | โยธาประเสริฐ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 2. นายไกรฤกษ์ | สุธรรม | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 3. นายธีรเนตร | พานิชเจริญ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 4. ว่าที่ร้อยตรีอนุสรณ์ | ภวภูตานันท์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 5. นางจตุพร | กุลสง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 6. นางปิยนุช | เทพยสุวรรณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 7. นางพรวินท์ | ชำนาญกิจ | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน |
| 8. นางกันยา | เอกอัคร | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 9. นางจอมสุดา | อินทรกุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 10. นางนิภา | สอสะอาด | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 11. นางสาวกรณา | สุขเกษม | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

กำหนดออก ปีละ 2 ครั้ง มกราคม , กรกฎาคม

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

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ยินดีรับบทความทางวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพหรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือรอการตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

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

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

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

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

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

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

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

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

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

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

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

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

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

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

ก. วารสารภาษาไทย

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

ข. วารสารภาษาอังกฤษ

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

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

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

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

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

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

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

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

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม หรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

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

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

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

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

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

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

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

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

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

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

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

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

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

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

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

4. การส่งต้นฉบับ

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

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร พร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 2 ท่านร่วมพิจารณา

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 5 เล่ม

ความรับผิดชอบ

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

ใบสมัครส่งบทความ/ผลงานวิชาการลงตีพิมพ์
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

1. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)

.....
.....

2. ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)

.....
.....

3. ผู้นิพนธ์

.....

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

4. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....

..... วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....

..... วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

6. สิ่งที่ส่งมาด้วย แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล

เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความ/ผลงานวิชาการนี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่นหากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงชื่อ..... เจ้าของบทความ/ผลงานวิชาการ

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

7. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ

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

2. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ ให้ส่งเอกสารต้นฉบับ 1 ชุดพร้อม Electronics File โดย

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

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

สารจากบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ฉบับนี้ ได้ดำเนินการมาเป็นปีที่ 3 ฉบับที่ 1 ของปี พ.ศ.2562 เริ่มตั้งแต่เดือนมกราคม-มิถุนายน 2562 โดยคณะบรรณาธิการ ได้ประมวลเอาเนื้อหาสาระทางวิชาการที่หลากหลายให้กับผู้อ่านทุกๆ ท่านได้นำเอาองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางานทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้มากยิ่งขึ้นคณะบรรณาธิการและคณะผู้เชี่ยวชาญ จึงได้กลั่นกรองเนื้อหาวิชาการอย่างเข้มข้น และดำเนินการผลิตเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ การจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยกระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบูรณป์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรีจังหวัดนครปฐม ผลของการใช้โปรแกรมการชี้แนะต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโป่ง ภาพสะท้อนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับการกลับมาของโรคซิฟิลิส การพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนตำบลโพพระ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี และการสอบสวนการระบาดของโรคไข่ออกฝิ่นในโรงเรียนมัธยม อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรีวันที่ 6 มีนาคม - 27 เมษายน 2561ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานต่อไป

บรรณาธิการ

การจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยกระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์
จังหวัดนครปฐม

Environmental Risk Management by ProcessClean House, Hygiene, Good Life
Nakhon Pathom

ศรายุทธ สิมะดำรง, ส.บ.

Sarayut Simadamrong, B.P.H.

(อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)

(Occupational Health and Safety)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

Nakhon Pathom Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ หมู่บ้าน อย่างน้อย 1 หมู่บ้านต่อ 1 ตำบล จากจำนวนตำบลทั้งหมดในจังหวัดนครปฐม 106 ตำบล เป้าหมายหมู่บ้านที่ศึกษาใช้การคัดเลือกแบบเจาะจงหน่วยงานในพื้นที่โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ค่าไคสแควร์ จากนั้นคัดเลือกหมู่บ้านเพื่อดำเนินการการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยกระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์

ผลการศึกษา หมู่บ้านเป้าหมายที่ตอบแบบประเมินจำนวน 116 แห่ง จาก 95 ตำบล คิดเป็น 89.62% ของตำบลทั้งหมดมีจำนวนครัวเรือน น้อยกว่า 1,000 ครัวเรือน (ร้อยละ40.00) และมีจำนวนประชากร ระหว่าง 3,500–6,000 คน (ร้อยละ 40.50)หมู่บ้านส่วนใหญ่มีผลการประเมินตำบลจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดี ร้อยละ 45.70 รองลงมาคือผ่านพื้นฐาน ร้อยละ 32.80 มีกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน ร้อยละ 94.00 มีระบบกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 83.60 การจัดการบ้านเรือนสะอาด มีระเบียบ ร้อยละ 73.30 การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 54.30ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพต้องเร่งจัดการมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1.การจัดการขยะมูลฝอยในหมู่บ้าน (ร้อยละ 31.00) 2.การจัดการที่พังกาอาศัย เพื่อป้องกันโรคติดต่อและสัตว์แมลงนำโรค (ร้อยละ22.4) 3.พฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ เช่น การใช้สารเคมีต่างๆ (ร้อยละ 21.60) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ จำนวนประชากร จำนวนครัวเรือน ระดับของตำบลจัดการสุขภาพ และการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน ผลการการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยกระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์ พบว่า หมู่บ้านมีการจัดการขยะในครัวเรือน เพิ่มรายได้ครัวเรือน ลดการเกิดโรคไข้เลือดออกโดยการจัดการแหล่งเพาะพันธุ์ในบ้าน มีความรู้และเข้าใจในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมชุมชนข้อเสนอแนะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ควรนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนและกระบวนการแก้ไขความเสี่ยงตามบริบทของพื้นที่ มาใช้เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนขยายผลต่อไป

Abstract

The objective is to study the situation and factors related to risk management. Environmental Health in Nakhon Pathom province a cross-sectional survey research. The sample group studied was at least 1 village per 1 sub-district, from the total number of sub-districts in Nakhon Pathom province, 106 target districts. Local authorities by using questionnaires as a tool to collected data between January to March 2017, data were analyzed by using descriptive statistics and Chi-square analysis. Then selected the village to proceed. Environmental risk management by a clean, hygienic, and healthy home process.

The results the target villages that responded to the assessment form of 116 answers from 95 sub-districts (89.62%). There were fewer than 1,000 households (40.0%) with a population of 3,500–6,000.(40.50%). Most villages had assessment result of health management district through good criteria of 45.70%, followed by basic through 32.80%, 94.00% of the environmental health operation in the village, there were garbage and sewage disposal systems (83.60 %), arrangement of houses (73.30%), organized environmental condition to change behavior (54.30%). The highest environmental health risk that need to be handle in the top three were garbage disposal (31.00%), arrangement of shelter to prevent contagious disease and insect-infested(22.40%) and environmental health behavior for health such as the use of various chemicals(21.60%). The factors related at statistical significance at 0.5 level were the strength of environmental health risk management were population, number of households level of health management district and good environmental activities in the community, were the population, number of households and the management of good environmental activities in the community. The results of environmental risk management by the clean, hygienic and healthy home process showed that the village had household waste management could Increase income and reduce dengue fever by managing breeding sources with knowledge and understanding of community environmental risk management. The suggestion :Agencies involved in promoting health and the environmen variables that should be relate to the strength of community environmental health risk management and the process of resolving risks in the context of the area to be use as information in planning further expansion

ประเด็นสำคัญ

การจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม/
กระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์

Key words :

Environmental Risk Management/
Process Clean House, Hygiene, Good Life

บทนำ

จากสถานการณ์ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมของประเทศไทยในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง การพัฒนา โครงการพื้นฐาน ระบบการก่อสร้าง การขยายตัวของโรงงานอุตสาหกรรม รวมทั้ง การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาทดแทนเทคโนโลยีเก่า ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนสะดวก รวดเร็วมากขึ้น รัฐบาลในปัจจุบัน ได้กำหนดนโยบายให้ใช้แนวทางการดำเนินงานประสานพลังประชารัฐเพื่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานรากในระดับพื้นที่และนโยบายส่งเสริมสนับสนุนความเข้มแข็งของชุมชน และท้องถิ่นให้ประชาชนในชุมชนสามารถรู้ เข้าใจ สภาพปัญหาที่เกิดในชุมชน พร้อมทั้ง สามารถร่วมกันจัดการปัญหาและร่วมพัฒนาชุมชนของตนเองในด้านต่างๆ ตามแนวทางประชารัฐอันจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน การสนับสนุนให้ประชาชนรู้ เข้าใจ ตระหนัก และร่วมกันวิเคราะห์ ค้นหา สาเหตุที่มาของปัญหา ร่วมวางแผน กำหนดมาตรการการแก้ไขปัญหาและเห็นพร้อมกันดำเนินการโดยมีหน่วยงานรัฐ เอกชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้การสนับสนุน จะทำให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการความเสี่ยงที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง จนสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีและเกิดเป็น Healthy Community รวมทั้งยังเป็นพื้นฐานให้ชุมชนสามารถจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม และเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนา ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมด้านอื่นๆ เป็นภูมิคุ้มกันให้ชุมชนสามารถอยู่ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาเศรษฐกิจในอนาคตได้อย่างสมดุล⁽¹⁾

จังหวัดนครปฐม แบ่งการปกครองเป็น 7 อำเภอ 106 ตำบล 998 หมู่บ้าน มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนแบ่งเป็น เทศบาลนคร 1 แห่ง เทศบาลเมือง 5 แห่ง เทศบาลตำบล 17 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 86 แห่ง มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน โดยผ่านโครงการบ้าน สะอาด อนามัยดี ชีวีสมบุญ จังหวัดนครปฐม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 โดยการนำร่องโครงการ 1 หมู่บ้านในเขตเทศบาลตำบลของจังหวัดนครปฐม พบว่าสามารถพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้านและก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างชุมชน ผู้นำชุมชน และหน่วยงานในพื้นที่ ในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมชุมชนได้ในระดับหนึ่ง ในการขยายพื้นที่ดำเนินการ ยังขาดข้อมูลสถานการณ์การพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในภาพรวมของจังหวัด ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาเรื่องการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยกระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบุญ จังหวัดนครปฐม เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนสนับสนุนและขยายผลต่อยอดการเรียนรู้ด้วยตนเองของประชาชนและชุมชน ในการปรับปรุงบ้านบริเวณบ้านและชุมชน ลดความเสี่ยงที่มีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดโรคระบาดทางด้านอาหาร โรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่จังหวัดนครปฐม
2. การจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยกระบวนการบ้านสะอาดอนามัยดี ชีวีสมบุญจังหวัดนครปฐม

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ แบบตัดขวาง (Cross sectional Survey Research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ หมู่บ้าน อย่างน้อย 1 หมู่บ้าน ต่อ 1 ตำบล จากจำนวนตำบลทั้งหมดในจังหวัด นครปฐม 106 ตำบล เป้าหมายหมู่บ้านที่ศึกษาใช้การ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้ แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการประสานหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ สาธารณสุข อำเภอ/โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ผู้นำชุมชน/ ภาควิชาหรือข่ายในพื้นที่ร่วมกันคัดเลือกหมู่บ้าน ที่เห็นว่ามี ความเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยตำบลละ 1 หมู่บ้าน เพื่อดำเนินการ เก็บข้อมูลตามแบบประเมิน จากนั้นคัดเลือกหมู่บ้าน เพื่อดำเนินการการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยกระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบประเมิน ความเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน ที่สร้างและพัฒนาโดยสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ปี พ.ศ.2560 และผ่านการทดสอบ คุณภาพของเครื่องมือแล้ว อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป : เป็นคำถามปลายเปิด ให้เลือกตอบและบางข้อเป็นปลายเปิดเพื่อให้ ขยายความ ได้แก่ ผู้ที่ให้ข้อมูล จำนวนครัวเรือน จำนวนประชากร เป็นต้น รวม 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 การประเมินความเข้มแข็งในการจัดการ สิ่งแวดล้อมชุมชน : เป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ ประกอบด้วย 3 คำตอบ คือ มี ไม่มี และไม่แน่ใจ โดยการระบุชื่อหมู่บ้านที่ทำการประเมินครอบคลุม

เนื้อหาด้านขั้นตอน ความพร้อมของชุมชน จำนวน 7 ข้อ และขั้นตอนความเข้มแข็งในการจัดการด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน จำนวน 3 ข้อ รวม 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน ชุมชน:เป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบประกอบด้วย 4 คำตอบ คือ มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ : ต้องเร่งจัดการ มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ : รอก่อนได้ ไม่มีความเสี่ยง และไม่แน่ใจ โดยครอบคลุมเนื้อหาความเสี่ยงด้านการ จัดการขยะมูลฝอยในชุมชน การจัดการที่พิกอาศัย เพื่อป้องกันโรคติดต่อ/แมลงนำโรค การจัดการ สิ่งปฏิกูล เป็นต้น รวม 9 ข้อ

ส่วนที่ 4 การจัดการความเสี่ยงด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม : เป็นคำถามปลายเปิด ให้เลือกตอบ ประกอบด้วย 2 คำตอบ คือ มี และไม่มี ครอบคลุม เนื้อหาด้านหมู่บ้าน การเฝ้าระวังความเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยง การจัดทำแผนงาน/โครงการ การดำเนินกิจกรรม และการติดตามประเมินผล ร่วมกับชุมชน รวม 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 การพัฒนาสู่ความเป็นชุมชนเข้มแข็ง ยั่งยืน : เป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ และคำถาม ปลายเปิดเพื่อขยายความ ประกอบด้วย 2 คำตอบ คือ ไม่มี มี(ระบุ) โดยครอบคลุมเนื้อหาด้านประเภท ของนวัตกรรมชุมชน ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ ด้านกระบวนการสร้างคุณค่าให้กับนวัตกรรมชุมชน รวม 8 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทางจังหวัดนครปฐม ได้ทำการประสานงาน และประชุมชี้แจงให้กับหน่วยงานและภาควิชาข่าย ในพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจแผนการดำเนินงานและ แบบประเมินฯ พร้อมคัดเลือกหมู่บ้านเป้าหมาย เพื่อเก็บข้อมูลตามแบบประเมินฯ ตรวจสอบ ความครบถ้วนของข้อมูล ระยะเวลาตั้งแต่ มกราคม-

มีนาคม 2560 และนำข้อมูลจากแบบประเมินฯ มาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง ลงรหัส ประมวลผล พร้อมการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อคำนวณค่าสถิติต่างๆ นำเสนอข้อมูลในรูปแบบการอธิบาย โดยการแจกแจงจำนวน ความถี่ ร้อยละ ประกอบตารางข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน
2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้การทดสอบไคสแควร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การดำเนินการครั้งนี้ ได้รับแบบประเมินฯ ตอบกลับจากกลุ่มเป้าหมาย หมู่บ้านจำนวน 116 แห่ง จาก 95 ตำบล คิดเป็น 89.62% ของตำบลทั้งหมด

106 ตำบล สำหรับหน่วยงานที่ให้ข้อมูล/ตอบแบบประเมินฯ ในครั้งนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 87.60 องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ร้อยละ 7.80 และเทศบาล ร้อยละ 4.60 หมู่บ้านภายใต้การดูแลของตำบลที่ให้ข้อมูล/ตอบแบบประเมิน พบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนหมู่บ้าน 1-5 หมู่บ้าน (ร้อยละ 49.10), 6-10 หมู่บ้าน (ร้อยละ 37.10) และ 11 หมู่บ้านขึ้นไป (ร้อยละ 13.80) มีจำนวนครัวเรือน น้อยกว่า 1,000 ครัวเรือน (ร้อยละ 40.00) และมีจำนวนประชากร ระหว่าง 3,500 - 6,000 คน ร้อยละ 40.50 หมู่บ้านส่วนใหญ่มีผลการประเมินตำบลจัดการสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับดี ร้อยละ 45.70 รองลงมาคือผ่านพื้นฐาน ร้อยละ 32.80 มีกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน ร้อยละ 94.00 มีระบบกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 83.60 การจัดบ้านเรือนสะอาด มีระเบียบ ร้อยละ 73.30 การจัดสภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 54.30 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหมู่บ้านที่ตอบแบบประเมิน จำแนกตามจำนวนหมู่บ้าน/หมู่บ้าน จำนวนครัวเรือน จำนวนประชากรการประเมินตำบลจัดการสุขภาพกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีในหมู่บ้าน

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (หมู่บ้าน)	ร้อยละ
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	116	100.00
จำนวนหมู่บ้าน/หมู่บ้าน		
- 1 - 5 หมู่บ้าน	57	49.10
- 6 - 10 หมู่บ้าน	43	37.10
- มากกว่า 10 หมู่บ้าน	16	13.80
จำนวนครัวเรือน		
- น้อยกว่า 1,000 ครัวเรือน	40	34.50
- 1000 - 1500 ครัวเรือน	24	20.70
- 1501 - 2500 ครัวเรือน	24	20.70
- มากกว่า 2500 ครัวเรือน	16	13.80
- ไม่ตอบ/ไม่ระบุ	12	10.30

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหมู่บ้านที่ตอบแบบประเมิน จำแนกตามจำนวนหมู่บ้าน/หมู่บ้าน จำนวนครัวเรือน จำนวนประชากรการประเมินตำบลจัดการสุขภาพกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีในหมู่บ้าน (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (หมู่บ้าน)	ร้อยละ
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	116	100.00
จำนวนประชากร		
- น้อยกว่า 3,500 คน	30	25.90
- 3,500 – 6,000 คน	47	40.50
- 6,001 – 10,000 คน	26	22.40
- มากกว่า 10,000 คน	13	11.20
การประเมินตำบลจัดการสุขภาพ		
- ยังไม่ผ่านเกณฑ์	3	2.60
- ผ่านระดับพื้นฐาน	28	32.80
- ผ่านระดับพัฒนา	6	5.20
- ผ่านระดับดี	53	45.70
- ผ่านระดับดีมาก	4	3.40
- ผ่านระดับดีเยี่ยม	2	1.70
- ไม่ทราบข้อมูล	10	8.60
กิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีในหมู่บ้าน		
- ระบบการกำจัดขยะ/สิ่งปฏิกูลในหมู่บ้าน	97	83.60
- ส่งเสริมการจัดบ้านเรือนให้สะอาดมีระเบียบ	85	73.30
- การจัดหาน้ำสะอาดเพื่อบริโภคและอุปโภค	80	69.00
- การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	63	54.30

2. การพัฒนาหมู่บ้านมีศักยภาพเข้มแข็งในการจัดการสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน

การพัฒนาหมู่บ้านมีศักยภาพเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้านประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมหมู่บ้านและการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน เมื่อศึกษาระดับการเตรียมความพร้อมหมู่บ้านประกอบด้วยเนื้อหา 7 ข้อ พบว่า หมู่บ้านมีการเตรียมความพร้อมมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 2 : หมู่บ้านมีแกนนำ

หมู่บ้านหรือ อสม.อย่างน้อย 1 คน/หมู่บ้านที่สนับสนุนงานอนามัยสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 81.90) ข้อ 1 : มีคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับตำบลและกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน (ร้อยละ 74.40) และ ข้อ 7: ช่องทางให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่หลากหลายและเหมาะสม (ร้อยละ 72.40) ส่วนข้อประเมินที่หมู่บ้านมีการเตรียมความพร้อมน้อยที่สุด คือ ข้อ 5: มีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้านอย่างเป็น

ระบบ (ร้อยละ 53.40) ผลการศึกษาระดับการพัฒนา คักยภาพหมู่บ้าน ประกอบด้วย 3 ข้อ พบว่า หมู่บ้าน มีการพัฒนา คักยภาพมากที่สุด คือ ข้อ 8 : แกนนนำหมู่บ้าน/อสม. ได้รับการพัฒนาเสริมสร้าองค์ความรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสนับสนุนการดำเนินงาน

ในพื้นที่ (ร้อยละ 76.70) หมู่บ้านมีการพัฒนา คักยภาพน้อยที่สุด คือ ข้อ 10 : ประชาชนร่วมคิด ร่วมจัดทำแผนและดำเนินกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับความเสี่ยงในพื้นที่หรือค่ากลางระดับจังหวัด (ร้อยละ 60.30)(ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหมู่บ้านที่ตอบแบบประเมินฯ จำแนกตามผลการประเมินตามเกณฑ์

เกณฑ์การประเมิน	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ
ระดับการเตรียมความพร้อมหมู่บ้าน			
1. มีคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับตำบลและกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน	84 (72.40)	18 (15.50)	14 (12.10)
2. มีแกนนำหมู่บ้านหรือ อสม.อย่างน้อย 1 คน/หมู่บ้านที่สนับสนุนงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	95 (81.50)	13 (11.20)	8 (6.90)
3. มีกองทุนระดับตำบลที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในหมู่บ้านหรือได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายภายใน/ภายนอกพื้นที่	77 (66.40)	27 (23.30)	12 (10.30)
4. มีการประยุกต์ใช้ค่ากลางหรือแนวทางความสำเร็จด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจากพื้นที่อื่นๆ มาใช้ในการกำหนดแนวทางการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านได้	66 (56.90)	33 (28.40)	17 (14.70)
5. มีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้านอย่างเป็นระบบ	62 (53.40)	34 (29.30)	80 (13.10)
6. มีเวทีประชาคม/การประชุม ในตำบล/หมู่บ้านสำหรับการชี้แจงและติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาหมู่บ้านเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง	66 (56.90)	33 (28.40)	17 (14.70)
7. มีช่องทางให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย และเหมาะสม	84 (72.40)	15 (12.90)	17 (14.70)
8. แกนนนำหมู่บ้าน/อสม. ได้รับการพัฒนาเสริมสร้าองค์ความรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่	89 (76.70)	19 (16.40)	8 (6.90)
9. ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และจัดลำดับปัญหา/ความเสี่ยง	82 (70.71)	20 (17.20)	14 (12.10)
10. ประชาชนร่วมคิด ร่วมจัดทำแผน และดำเนินกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับความเสี่ยงในพื้นที่หรือค่ากลางระดับจังหวัด	70 (60.30)	27 (23.30)	19 (16.40)

3. ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน

ผลการศึกษาความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพบว่าหมู่บ้านที่มีความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพต้องเร่งจัดการมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การจัดการขยะมูลฝอยในหมู่บ้าน ร้อยละ 31.00 2) การจัดการที่พื้กอาศัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อและสัตว์แมลงนำโรค ร้อยละ 22.40 และ 3) พฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ เช่น การใช้สารเคมีต่างๆ ร้อยละ 21.60 ส่วนความเสี่ยงต่อสุขภาพที่ต้องเร่งจัดการน้อยที่สุด คือ การจัดการส้วมในหมู่บ้านให้ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 4.3 และการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคในหมู่บ้าน ร้อยละ 4.30

4. การจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน

ด้านการจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หมู่บ้านมีการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้านให้ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมรับรู้และหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข ร้อยละ 80.20 หมู่บ้านมีกระบวนการเฝ้าระวังด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 78.40 หมู่บ้านได้ดำเนินกิจกรรมร่วมกันเพื่อลดความเสี่ยงในหมู่บ้าน ร้อยละ 72.40 หมู่บ้านมีการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อจัดการความเสี่ยงหมู่บ้าน ร้อยละ 66.40 รวมทั้งหมู่บ้านมีกระบวนการติดตาม/ประเมินผลร่วมกันเพื่อปรับแผนงาน/โครงการ ร้อยละ 64.70

5. การพัฒนาสู่ความเป็นหมู่บ้านเข้มแข็งยั่งยืน

การพัฒนาสู่ความเป็นหมู่บ้านเข้มแข็งยั่งยืนได้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การมีนวัตกรรมหมู่บ้านด้านสิ่งแวดล้อมและการสร้างคุณค่านวัตกรรมพบว่าหมู่บ้านมีนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ร้อยละ 8.60 เช่น ผลิตภัณฑ์ไผ่/กำจัดยุงน้ำหมักชีวภาพ/EM เต้าหู้ขยะไร้ควัน ถังดักไขมันในครัวเรือน และกระบอก

กำจัดหนู นวัตกรรมรูปแบบ ร้อยละ 27.60 เช่น ตำบลต้นแบบบ้านสะอาดลดใช้เลือดออก หมู่บ้านแยกขยะ นำร่อง นวัตกรรมกระบวนการ ร้อยละ 16.40 เช่น นโยบายหมู่บ้านด้านการจัดการขยะการทอดผ้าป่าขยะและมีนวัตกรรมการบริหารจัดการ ร้อยละ 1.70 เช่น การจัดหาที่พื้กขยะอันตรายในหมู่บ้าน ตลาดนัดขยะรีไซเคิล หมู่บ้านมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นวัตกรรมหมู่บ้านผ่านสื่อ/ช่องทางต่างๆ ร้อยละ 28.40 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหมู่บ้านและหมู่บ้านใกล้เคียง ร้อยละ 19.80 มีการส่งประกวดนวัตกรรมหมู่บ้าน ร้อยละ 5.20 และจัดตั้งเป็นโรงเรียนนวัตกรรมหมู่บ้าน ร้อยละ 0.90

ผลศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่จังหวัดนครปฐมพบว่า หมู่บ้านเตรียมความพร้อมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน (ผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ) จำนวน 49 แห่ง ใน 40 ตำบล (ร้อยละ 42.11) หมู่บ้านพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน (ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ) จำนวน 62 แห่ง ใน 50 ตำบล (ร้อยละ 52.63) และหมู่บ้านมีศักยภาพเข้มแข็งในการจัดการสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน (ผ่านเกณฑ์ทั้ง 10 ข้อ) จำนวน 49 แห่ง ใน 40 ตำบล (ร้อยละ 42.11) ในจำนวนนี้เป็นหมู่บ้านเข้มแข็งยั่งยืน (มีนวัตกรรมหมู่บ้าน) จำนวน 38 แห่ง ใน 25 ตำบล (ร้อยละ 26.32)

6. ปัจจัยความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่จังหวัดนครปฐม

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่จังหวัดนครปฐมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p - value < .05$) ได้แก่ จำนวนประชากร จำนวนครัวเรือน ระดับของตำบลจัดการสุขภาพ และการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างหมู่บ้านมีศักยภาพเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมกับตัวแปรที่ศึกษาจำแนกตาม จำนวนประชากร จำนวนครัวเรือน ระดับของตำบลจัดการสุขภาพ การจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน(ร้อยละ)		χ^2	p - value
	ผ่าน	ไม่ผ่าน		
จำนวนประชากร			15.227	.002
- น้อยกว่า 3,500 คน	6 (20.00)	14 (80.00)		
- 3,500 – 6,000 คน	7 (14.90)	40 (85.10)		
- 6,001 – 10,000 คน	5 (26.90)	19(73.10)		
- มากกว่า 10,000 คน	5 (33.30)	8 (61.50)		
จำนวนครัวเรือน			12.806	.005
- น้อยกว่า 1,000 ครัวเรือน	7 (17.50)	33 (82.50)		
- 1,000 – 1,500 ครัวเรือน	4 (16.70)	20 (83.30)		
- 1,501 – 2,500 ครัวเรือน	6 (25.00)	18 (75.00)		
- มากกว่า 2,500 ครัวเรือน	5 (31.3)	11 (68.70)		
ระดับของตำบลจัดการสุขภาพ			8.159.150	.043
- ระดับดีเยี่ยม	18 (31.60)	39 (68.40)		
- ระดับดีมาก	26 (49.10)	27 (50.90)		
- ระดับดี	3 (75.00)	1 (25.00)		
- อื่นๆ	1 (50.00)	1 (50.00)		
กิจกรรมสิ่งแวดล้อมที่ดีในหมู่บ้าน			4.314	.038
- มี	49 (44.90)	60 (55.10)		
- ไม่มี	7 (100.00)	0 (0.00)		

7. การจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม
โดยกระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ
 ผลการศึกษา การจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมโดยกระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้าน จำนวน 49 หมู่บ้าน (ร้อยละ 44.90) ผ่านการประเมินรับรองระดับดีเยี่ยม จำนวน 11 แห่ง (ร้อยละ 22.45) ระดับดีจำนวน 13 แห่ง (ร้อยละ 26.53)

และระดับชมเชย จำนวน 9 แห่ง (ร้อยละ 18.37) พบว่า แกนนำ/ผู้นำหมู่บ้าน ที่เกิดจากการยอมรับของประชาชนมีส่วนร่วมสำคัญในการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานในพื้นที่และประชาชน เพื่อสร้างกระบวนการสื่อสารข้อมูลพื้นฐาน การค้นหาปัญหาในพื้นที่ การลงมติร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน สร้างความรู้และเข้าใจสาเหตุของปัญหา และการจัดการที่ง่าย สะดวก สามารถดำเนินการ

ด้วยตนเอง การประเมินด้วยการเสริมพลัง โดยเริ่มจากบ้านตนเองและขยายสู่หมู่บ้านด้วยพลังจิตอาสาโดยการบูรณาการกิจกรรมของหมู่บ้าน เช่น 1.)กิจกรรมลดขยะในบ้าน โดยการแปรรูปขยะในบ้านให้ใช้ประโยชน์ไว้ใช้/ขาย ปุ๋ยหมักจากขยะเปียก น้ำหมักชีวภาพ โม่บាយจากขยะ/ของเหลือใช้ 2.)การจัดบ้านให้น่าอยู่โดยหลักสุขภาพที่พักอาศัย จัดให้เป็นระเบียบ มีการถ่ายเทอากาศในห้องนอน ห้องรับแขก 3.)การจัดการแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์แมลงนำโรค หนู แมลงสาบ โดยจัดห้องครัวให้เป็นระเบียบ สะอาด 4.)การใช้บ่อดักไขมัน เพื่อลดน้ำเสียจากครัวเรือน 5.)การป้องกันไข้เลือดออกด้วยการไม่ใช้สารเคมี เช่น การเปลี่ยนน้ำในท้องน้ำทุก 5-7 วันสามารถทำให้หมู่บ้านเกิดมีความร่วมมือในการลดและคัดแยกขยะจากบ้านเรือน การจัดการสิ่งแวดล้อมในและบริเวณบ้านเพื่อให้น่าอยู่และลดแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์แมลงนำโรค ลดสารเคมีในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย โดยการปรับเปลี่ยนน้ำในท้องน้ำทุก 5-7 วัน รวมทั้งการจัดการรอบบริเวณบ้าน

วิจารณ์

1. การประเมินจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน

จากผลการศึกษาการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในพื้นที่จังหวัดนครปฐม หมู่บ้านที่ตอบแบบประเมิน ฯ จำนวน 116 หมู่บ้านจาก 95 ตำบล พบว่า มีหมู่บ้านเตรียมความพร้อมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน (ผ่านเกณฑ์ 7 ข้อ) ร้อยละ 42.11 หมู่บ้านพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน (ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ) ร้อยละ 52.63 และหมู่บ้านมีศักยภาพเข้มแข็งในการจัดการสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน (ผ่านเกณฑ์ทั้ง 10 ข้อ) ร้อยละ 42.11 ในจำนวนนี้เป็นหมู่บ้านเข้มแข็งยั่งยืน

(มีนวัตกรรมหมู่บ้าน) ร้อยละ 26.32 (ตารางที่ 4) จากการวิเคราะห์ผลการประเมิน พบว่าหมู่บ้านที่มีการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน โดยผ่านเกณฑ์ประเมินฯ 3 ข้อ มีร้อยละ 52.63 แต่พบว่าหมู่บ้านที่มีความพร้อมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน โดยผ่านเกณฑ์ประเมินฯ 7 ข้อ มีเพียงร้อยละ 42.11 อาจเนื่องจากผู้ตอบแบบประเมินไม่ทราบข้อมูลในบางประเด็นของเกณฑ์ประเมินความพร้อมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้าน แต่มีการรับรู้ในศักยภาพของหมู่บ้านมากกว่า สำหรับแนวทางการประเมินศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน คือ มีแกนนำชุมชนที่ได้ รับความรู้ทั้งด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถสร้างกระบวนการ มีส่วนร่วมของประชาชน ในชุมชนในการคิดวิเคราะห์ ค้นหา จัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาความเสี่ยง และร่วมกัน กำหนดกิจกรรม/แนวทางในการจัดการปัญหา และความเสี่ยงในชุมชนตนเองได้ ซึ่งจากผลการศึกษาความเสี่ยงของหมู่บ้าน พบว่า ประเด็น ความเสี่ยงต่อสุขภาพที่ต้องเร่งจัดการมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1.พฤติกรรม 2.อนามัย สิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ เช่น การใช้สารเคมีต่างๆ การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน 3.การจัดการ ที่พักอาศัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อและสัตว์แมลง นำโรค ในส่วนของการจัดการความเสี่ยงด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน พบว่าหมู่บ้านมากกว่าร้อยละ 59 ที่มีกระบวนการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อม สื่อสารความเสี่ยงให้ผู้เกี่ยวข้อง รับรู้ จัดทำแผนงาน/โครงการ การดำเนินกิจกรรม เพื่อลดความเสี่ยง และมีการติดตามประเมินผลร่วมกัน ของหมู่บ้านเพื่อปรับปรุงแผนงาน/โครงการ รวมทั้ง ในผลการศึกษาพบว่าหมู่บ้านที่เข้มแข็งยั่งยืน มี นวัตกรรมหมู่บ้านด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมากกว่า

ร้อยละ 10 ซึ่งจะเห็นว่า การประเมินความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน อาจมีผลการประเมินความพร้อมของชุมชนได้ไม่ครบ 7 ข้อ 10 เพราะในบางกิจกรรมในขั้นตอนความพร้อมนั้น หมู่บ้านได้มีการบูรณาการกิจกรรมควบคู่กันไปพร้อมกันในการประเมินอาจต้องนำผลลัพธ์มาพิจารณาร่วมด้วย

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมจากการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ได้แก่ จำนวนประชากร จำนวนครัวเรือน ระดับของตำบลจัดการสุขภาพ และการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน ดังนี้

2.1 จำนวนประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งจำนวนประชากรออกเป็น 4 กลุ่ม คือ น้อยกว่า 3,500 คน, 3,500–6,000 คน , 6,001–10,000 คน และมากกว่า 10,000 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.002 ($p\text{-value} = .002$) โดยพบว่าประชากรกลุ่มมากกว่า 10,000 คนขึ้นไปมีความเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 33.3 ขณะที่กลุ่มประชากร 3,500-6,000 คน มีความเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม เพียงร้อยละ 14.90 อาจเป็นผลมาจากจำนวนประชากรที่หนาแน่น จำนวนมากย่อมเกิดปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมาก เช่น ปัญหาขยะมูลฝอย น้ำเน่าเสีย แหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงนำโรค ซึ่งเป็นผลสะท้อนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่รวมทั้ง ผู้นำชุมชน ภาคเครือข่าย และประชาชนในหมู่บ้าน จำเป็นต้องประสานร่วมมือในการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน โดยใช้ภูมิปัญญาที่

เหมาะสมในพื้นที่ สร้างองค์ความรู้พื้นฐานที่ง่ายและเข้าใจ รวมทั้งผลประโยชน์ในด้านสุขภาพที่ประชาชนในหมู่บ้านจะได้รับ เมื่อมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติจริง โดยเริ่มจากบ้านตนเองแล้วขยายต่อจนเป็นความร่วมมือของหมู่บ้าน ตำบล ในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในกลุ่มหมู่บ้านที่มีประชากรมากกว่าหมู่บ้านที่มีประชากรน้อย สอดคล้องกับผลการศึกษาของธีระ ภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์ และคณะ⁽³⁾ ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างองค์กรชุมชนเข้มแข็ง กรณีศึกษาตำบลวังชมพู อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ของชุมชน กระบวนการเกิดและการพัฒนาขององค์กรชุมชน และนำเสนอรูปแบบการเสริมสร้างองค์กรชุมชนเข้มแข็ง โดยดำเนินการกับตัวแทนกลุ่มกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน คณะกรรมการสตรีระดับหมู่บ้าน อาสาพัฒนาชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งประชาชนในพื้นที่ตำบลวังชมพู ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเสริมสร้างองค์กรชุมชนเข้มแข็งนั้นควรอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และใช้ทุนทางสังคมในการจัดการเพื่อเอาชนะปัญหาที่ท้องถิ่นชุมชนต้องเผชิญเมื่อองค์กรชุมชนมีปัญหาก็จะรวมกลุ่มเพื่อระดมทรัพยากรในชุมชนมาใช้ร่วมกัน โดยแต่ละองค์กรชุมชนจะมีการพัฒนาไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในมิติต่าง ๆ เช่น มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสังคม และมิติด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่เท่ากันหรืออาจจะพัฒนาความเข้มแข็งได้บางมิติ เท่านั้น

2.2 จำนวนครัวเรือน ในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งจำนวนครัวเรือนออกเป็น 4 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าจำนวนครัวเรือนที่ต่างมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (p-value = .005) โดยกลุ่มที่มีครัวเรือนมากกว่า 2,500 ครัวเรือนขึ้นไป มีความเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 31.8 ขณะที่กลุ่มครัวเรือนที่น้อยกว่า 1,000 ครัวเรือน มีความเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม เพียงร้อยละ 16.10 อาจมีเหตุผลเนื่องมาจากกลุ่มที่มีจำนวนครัวเรือนมาก ส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมืองหรือเป็นชุมชนเมืองที่มีความพร้อมในด้านสาธารณูปการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพร้อมทั้งงบประมาณ กำลังพนักงาน เครื่องมือในการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะมูลฝอย น้ำเสีย การใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อการควบคุมมลพิษต่างๆ จึงทำให้กลุ่มนี้มีความเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมมากกว่าครัวเรือนที่น้อยกว่าหรือชุมชนชนบท สอดคล้องกับการศึกษาของกานดา จินตามงคล⁽⁴⁾ ที่ศึกษาเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมของเทศบาลตำบลเหมืองง่า อำเภอลำพูน จังหวัดลำพูน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีต่อการจัดการสิ่งแวดล้อม และศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของเทศบาลเหมืองง่า อำเภอลำพูน จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยสรุปข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการคิด ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบและติดตามประเมินผลการดำเนินการ เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้เรื่องการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนาการจัดการสิ่งแวดล้อมได้อย่างยั่งยืนในอนาคต

2.3 ระดับของตำบลจัดการสุขภาพ ในการศึกษาได้แบ่งกลุ่มตามผลการประเมินตำบลจัดการสุขภาพ ออกเป็น 4 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ระดับของตำบลจัดการสุขภาพที่ต่างกัน มีความสัมพันธ์กับ

ความเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = .043) โดยตำบลจัดการสุขภาพระดับดี ดีมาก และดีเยี่ยม มีความเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพชุมชน ร้อยละ 31.60 , 49.10 และ 75.00 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจาก การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ⁽⁵⁾ มีกรอบแนวคิดประการหนึ่งคือ ชุมชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพ โดยมีเกณฑ์ประเมินการพัฒนา แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1.ระดับพื้นฐาน : การพัฒนาทีมสุขภาพตำบล 2.ระดับพัฒนา : การพัฒนากระบวนการจัดทำแผนสุขภาพตำบล 3.ระดับดี : การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ 4.ระดับดีมาก : ตำบลมีระบบบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง และ 5.ระดับดีเยี่ยม : ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ จะเห็นได้ว่าระดับตำบลจัดการสุขภาพที่มีการขับเคลื่อนสู่การการปฏิบัติที่ระดับดีขึ้นไป สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม⁽⁶⁾ ที่ให้ทุกส่วนร่วมมีใจร่วมกันในการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง สามารถจัดการกับปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้านได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สาวินี รอดสิน⁽⁷⁾ ที่ศึกษาเรื่องชุมชนเข้มแข็งในการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนบ้านปางจำปี ตำบลห้วยแก้ว อำเภอแม่ฮ่องสอน จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การดำรงความเข้มแข็งของชุมชนผ่านกิจกรรมพัฒนาทุกกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนปางจำปี ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนในระดับสูง ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการชุมชนพึ่งตนเองได้ มีการตระหนักถึงการเป็นเจ้าของปัญหาชุมชนเป็นอย่างดี ชาวบ้านมีความรักและหวงแหนชุมชน ผู้นำและคณะกรรมการชุมชนตระหนักถึงการทำงานเพื่อประโยชน์สุขของชุมชน เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและกำหนดทิศทางชุมชนร่วมกัน

2.4 การจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชนในการศึกษาได้แบ่งการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมที่ดีในหมู่บ้าน ออกเป็น 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า การมีกิจกรรมสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชนที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .038) โดยพบว่า กลุ่มที่มีกิจกรรมสิ่งแวดล้อมที่ดีในหมู่บ้าน มีความเข้มแข็ง ในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน ร้อยละ 44.90 อาจเนื่องมาจากปัญหามลพิษด้านสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันทุกภาคส่วนให้ความสำคัญและหามาตรการในการควบคุม ป้องกันและแก้ไข โดยเน้นการมีส่วนร่วมตามบริบทของพื้นที่สอดคล้องกับการศึกษาของศุญชัยดิเรก ชัยนาม⁽⁶⁾ เรื่องการศึกษาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อมเขตเทศบาลเมืองท่าโขลง จังหวัดปทุมธานี ที่สรุปแนวคิดในประเด็นนี้ ว่าการรับรู้ข่าวสารเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำสุด บทบาทของประชาชนมีน้อยมาก เพียงแต่รับทราบว่าเกิดอะไร ที่ไหน แม้แต่การให้ข้อมูลจะอยู่ในระดับการมีส่วนร่วมต่ำ แต่การให้ข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากต่อการมีส่วนร่วมในระดับสูงขึ้น เพราะถ้าประชาชนไม่รับทราบข้อมูลที่ครบถ้วน การตัดสินใจที่สมเหตุสมผลคงไม่เกิดขึ้น

2.5 การจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยกระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์ จากการศึกษา มีหมู่บ้านที่ดำเนินการ จำนวน 49 หมู่บ้าน พบว่า แกนนำ/ผู้นำหมู่บ้าน ที่เกิดจากการยอมรับของประชาชนมีส่วนสำคัญในการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานในพื้นที่และประชาชน เพื่อสร้างกระบวนการการสื่อสารข้อมูลพื้นฐาน การค้นหาปัญหาในพื้นที่และการลงมติดร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน สร้างความรู้เข้าใจสาเหตุของ

ปัญหา การจัดการที่ง่าย สะดวก สามารถดำเนินการด้วยตนเอง การประเมินด้วยการเสริมพลัง โดยเริ่มจากบ้านตนเอง (ใครทำ-ใครได้) และขยายสู่หมู่บ้าน ด้วยพลังจิตอาสา โดยการบูรณาการกิจกรรมของหมู่บ้าน (เพื่อลดกิจกรรมที่ซับซ้อนของหน่วยงานในพื้นที่) ให้เป็นแผนหมู่บ้าน เช่น กิจกรรมลดขยะ การจัดบ้านให้น่าอยู่ (ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องนั่งเล่น และบริเวณบ้าน) โดยหลักสุขภาพที่พิทักษ์เพื่อความสะอาด สะดวก สวยงาม ลดแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์/แมลงนำโรคการป้องกันไข้เลือดออกด้วยการไม่ใช้สารเคมี โดยการเปลี่ยนน้ำในห้องน้ำ ทุก 5-7 วัน

สรุป

การจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยกระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์ จังหวัดนครปฐม โดยมีหมู่บ้านที่ตอบแบบประเมินผล จำนวน 116 หมู่บ้าน จาก 95 ตำบล ในจังหวัดนครปฐม พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p - value < .05) ได้แก่ จำนวนประชากร จำนวนครัวเรือน ระดับของตำบลจัดการสุขภาพ และการจัดกิจกรรมสิ่งแวดล้อมที่ดีในชุมชน มี 49 หมู่บ้าน ที่ดำเนินการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยกระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวิตสมบูรณ์ พบว่าหมู่บ้านสามารถจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยเริ่มจากบ้านตนเอง หมู่บ้านได้รับการจัดการด้านความสะอาดในบ้านและบริเวณบ้าน การจัดการขยะอย่างเป็นระบบ การลดแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์/แมลงนำโรค ผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม สามารถนำกระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์ มาเพื่อข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนเพื่อส่งเสริมให้หมู่บ้านมีกระบวนการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้านอื่นต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการใช้กระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์ เพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับลดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

กิจกรรมประกาศ

การศึกษา การจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม โดยกระบวนการบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบูรณ์ จังหวัดนครปฐม ขอขอบคุณท่านนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม คณะผู้บริหารฯ เจ้าหน้าที่ทุกระดับ และประชาชนในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 ฉบับประชุมรับฟังความคิดเห็น วันที่ 30 สิงหาคม 2559. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 2559. (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 3 เมษายน 2560 เข้าถึงจาก <http://env.anamai.moph.go.th/>
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. เอกสารบรรยายการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน กรมอนามัย 2559. (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2560 เข้าถึงจาก <http://env.anamai.moph.go.th/>
- ธีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์ และคณะ. การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างองค์กรชุมชนเข้มแข็ง กรณีศึกษา ตำบลวังชมพู อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบูรณ์. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ พ.ศ.2553. (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2560 เข้าถึงจาก <http://dric.nrct.go.th/>
- กานดา จินตามงคล. การจัดการสิ่งแวดล้อมของเทศบาลตำบลเหมืองง่า อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน ด้วยกระบวนการที่มีส่วนร่วมของประชาชน. มหาวิทยาลัยเนชั่น 2558. (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 4 สิงหาคม 2560 เข้าถึงจาก <http://it.nation.ac.th/>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน. สมุทรสาคร : บริษัทบอร์น ทู ปี พับลิชชิง จำกัด ; 2559.
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. แนวทางการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน. กรมอนามัย 2559. (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2560 เข้าถึงจาก <http://env.anamai.moph.go.th/>
- สาวิณี รอดสิน. ชุมชนเข้มแข็ง : กรณีศึกษาชุมชนบ้านปางจำปี ตำบลห้วยแก้ว อำเภอแม่ฮ่องสอน จังหวัดเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยศิลปากร 2554. (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2560 เข้าถึงจาก <http://dric.nrct.go.th/>
- ศุภยัติเรก ชัยนาม. การศึกษาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม : เขตเทศบาลท่าโขลง จังหวัดปทุมธานี. คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2556. (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 4 สิงหาคม 2560 เข้าถึงจาก <http://doc.qa.tu.ac.th>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน
ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

The Factors Related to Population's Behaviors of Rabies's Protection in
Huai Sai Tai Community, Cha-am District, Phetchaburi Province

เลอเกียรติ วิชาฤทธิ์* พย.บ.

Lerkiat Wicharit B.N.S.

ถาวร มาตัน** Ph.D. (Tropical Medicine)

Tavorn Maton Ph.D. (Tropical Medicine)

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

The Office of Disease Prevention and Control 5
Ratchaburi

**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University

บทคัดย่อ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คนที่มียันตรายร้ายแรงที่สุด คนหรือสัตว์ที่มีอาการของโรคจะเสียชีวิตทุกราย โรคนี้พบได้ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิด ซึ่งในประเทศไทยสุนัขยังคงเป็นสัตว์นำโรคที่สำคัญที่สุด ปัจจุบันมีการรายงานทางระบาดวิทยาว่ายังพบผู้ป่วยที่เสียชีวิต และยิ่งไปกว่านั้นมีการเพิ่มขึ้นของสัตว์ที่ติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดเพชรบุรี พบสัตว์ติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้ามากถึง 27 ตัวอย่าง ในปี พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประชาชนจะต้องมีการรับรู้และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างถูกต้อง การวิจัยนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของโรค และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่เป็นตัวแทน จำนวน 1 คน ในหลังคาเรือนนั้น ๆ รวมทั้งหมด 279 หลังคาเรือน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยถูกสัตว์กัดหรือข่วน ร้อยละ 97.50 และไม่ส่งสัตว์เลี้ยงหรือสัตว์ซึ่งตายด้วยอาการสงสัยโรคพิษสุนัขบ้าไปตรวจหาเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้า เนื่องจากไม่พบสัตว์สงสัยโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 99.64 ประวัติการถูกสัตว์กัดหรือข่วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($p < 0.05$) ด้านภาพรวมการรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านภาพรวมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และด้านภาพรวมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($p < 0.05$) ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข/ครู/ผู้นำชุมชน ในประเด็นการสื่อสารความเสี่ยงโรคพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระดับสูงอย่างยั่งยืน

Abstract

Rabies was the most dangerous infectious zoonosis. The symptomatic human or animals almost always fatal. The vector founded in mammals and the serious vector is a dog. Morbidity and mortality still be reported in Thailand. Moreover, there was an increasing infected vectors. In 2018, 27 samples were reported in Phetchaburi provinces. It is necessary that people have to know and have proper behaviors for disease prevention. We aimed to study the disease awareness and the factors that related to their behaviors for disease protection of people in Huai Sai Tai community, Cha-am District, Phetchaburi Province. Simple randomization was used to collect the data from an individual in the 279 houses. The information was collected by questionnaire. The results showed that 97.50% never be bitten or scratched by vectors. They were not send their pets or animals to be diagnosed because suspected rabies virus infected animals were not founded counted as 99.64%. There was a relationship between bitten history and behaviors' rabies disease prevention ($p < 0.05$). The perspective of violence recognition and the chance to get infected, it was a low relationship to behaviors' rabies disease prevention. The perspective of benefit recognition of behaviors' rabies disease prevention, it was a high relationship to behaviors' rabies disease prevention. And the perspective of obstacle recognition, it was a medium negative relationship to behaviors' rabies disease prevention. Therefore, the related institution should pay attention in surveillance and disease control. Moreover, the community volunteer should always improve their ability in term of knowledge distribution continuously for making people realized to sustain disease prevention behaviors.

ประเด็นสำคัญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, พฤติกรรมการปฏิบัติตน
เพื่อป้องกันโรค, โรคพิษสุนัขบ้า

Key words :

The factors related, Behaviors of Rabies's protection,
Rabies

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คนที่มียับยั้งไวรัสที่รุนแรงที่สุด คนหรือสัตว์ที่มีอาการของโรคจะเสียชีวิตทุกราย โรคนี้พบได้ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิด ซึ่งในประเทศไทยสุนัขยังคงเป็นสัตว์นำโรคที่สำคัญที่สุด⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลก และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ จึงได้ร่วมกันกำหนดกรอบการทำงานเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ทั่วโลกภายใต้พันธกิจ “Working Together to make Rabies History” ที่มุ่งดำเนินการให้โรคพิษสุนัขบ้าหมดไปจากทุกประเทศทั่วโลกภายในปี ค.ศ.2020 ซึ่งในประเทศไทยได้มีการจัดทำนโยบายการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้สอดคล้องกับเป้าหมายโลก โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ได้ลงนามร่วมกันเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทยภายใน พ.ศ. 2563

รายงานระบาดวิทยาและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคในประเทศไทย พบผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าสูงสุดใน พ.ศ.2523 รวม 370 ราย หลังจากนั้น มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยน้อยกว่าปีละ 10 ราย ใน พ.ศ.2554-2558 แต่ใน พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นเป็น 14 ราย แล้วลดลงเหลือ 11 ราย ใน พ.ศ.2560⁽²⁾ แต่กลับมีจำนวนสัตว์ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากงบประมาณของรัฐในการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคพิษสุนัขบ้า เพราะในแต่ละปีจะมีผู้ถูกสุนัขกัด และมาฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเฉลี่ยปีละกว่า

300,000 ราย ทำให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณของรัฐเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาเกือบ 1,000 ล้านบาทต่อปี⁽³⁾ โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี พ.ศ.2560 - 2563 ประกอบด้วยประเด็นยุทธศาสตร์ 8 ด้าน กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน⁽⁴⁾

จากรายงานการสอบสวนโรคของผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าพบว่าสาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค เมื่อถูกสัตว์กัด ข่วน เลีย แล้วไม่ได้เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยเห็นได้จากผลการสำรวจความคิดเห็น หรือ DDC poll เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2561 พบว่า ประชาชนคิดว่าโรคพิษสุนัขบ้ารักษาได้ ร้อยละ 14.8 ไม่รู้ว่าลูกสุนัขหรือแมว อายุ 2-3 เดือนต้องพาไปฉีดวัคซีน ถึงร้อยละ 75.4 เมื่อถูกสุนัขแมวกัดหรือข่วน จะไม่ทำอะไรและไม่ไปพบแพทย์ ร้อยละ 51.3 เป็นต้น⁽⁵⁾ ข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า (Thai Rabies.Net) โดยกรมปศุสัตว์พบว่า ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2561 ในจังหวัดเพชรบุรีพบสัตว์ติดเชื้อพิษสุนัขบ้ามากถึง 27 ตัวอย่าง โดยพบในอำเภอชะอำ จำนวน 24 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 88.88 พ.ศ. 2561 ชุมชนห้วยทรายใต้ พบสัตว์ติดเชื้อพิษสุนัขบ้า จำนวน 2 ตัวอย่าง และจากการประกาศกำหนดเขตโรคระบาดสัตว์ชั่วคราว ตามพระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ.2558 โดยปศุสัตว์อำเภอชะอำ ในเขตเทศบาลเมืองชะอำ ตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม พ.ศ.2562 ถึงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

เป็นเขตโรคระบาดชั่วคราวชนิดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)⁽⁶⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประชาชนต้องมีการรับรู้และต้องมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เสี่ยงในเขตจังหวัดเพชรบุรี และพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้โรคพิษสุนัขบ้า พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้รูปแบบการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive Study) โดยอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้โรคพิษสุนัขบ้ากับพฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 756 หลังคาเรือน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ประชาชนที่เป็นตัวแทนของหลังคาเรือน จำนวน 1 คน ในหลังคาเรือนนั้น ๆ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน⁽⁷⁾ ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์ ที่จำนวนประชากร 800

หลังคาเรือน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 260 หลังคาเรือน เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7 จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารวมทั้งหมด 279 หลังคาเรือน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ อย่างน้อย 6 เดือน 3) เป็นหัวหน้าครอบครัวหรือสมาชิกในครอบครัว 4) มีความสามารถสื่อสารได้ และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 การรับรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า และตอนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และวิเคราะห์การหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค ได้เท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการบรรยายลักษณะการกระจายของข้อมูล โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ทดสอบสมมติฐานการวิจัย วิเคราะห์เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ กับตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้โรคพิษสุนัขบ้ากับตัวแปรตาม คือ พฤติกรรม

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) เท่ากับ 0.05

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 279 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.90 อายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 49.50 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 32.60 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.91 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 21 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 82 ปี รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 37.60 รองลงมาคือมีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 37.30 มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 11,234.77 บาท รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 600 บาท รายได้มากที่สุดเท่ากับ 50,000 บาท สถานภาพสมรส สมรส/อยู่ด้วยกัน/คู่ ร้อยละ 74.90 รองลงมา คือ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 15.40 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.90 รองลงมา คือ จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 21.10 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.60 รองลงมา คือประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 22.20

ประวัติการถูกสัตว์กัดหรือข่วน ส่วนใหญ่ไม่เคยถูก สัตว์กัดหรือข่วน ร้อยละ 97.50 ไม่เลี้ยงสัตว์เลี้ยงในบ้าน ร้อยละ 59.50 นำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีนประจำปี ร้อยละ 71.69 รองลงมาคือไม่เคยฉีด ร้อยละ 23.00 ไม่ส่งสัตว์เลี้ยงหรือสัตว์ซึ่งตายด้วยอาการสงสัยโรคพิษสุนัขบ้าไปตรวจหาเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้า เนื่องจากไม่พบสัตว์สงสัยโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 99.64 แหล่งในการสอบถามข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนใหญ่สอบถามจาก อสม./ผู้นำชุมชน/ครู ร้อยละ 98.90

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้โรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างประชาชน ชุมชน ห้วยทรายใต้ อำเภอลำปาง จังหวัดเพชรบุรี พบว่ามีการรับรู้โรคพิษสุนัขบ้า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.29$, $S.D. = 0.089$) จำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้ ด้านภาพรวมการรับรู้โรคพิษสุนัขบ้าที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สูงสุด คือ ด้านภาพรวมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($\bar{X} = 2.99$, $S.D. = 0.478$) รองลงมาคือ ด้านภาพรวมการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า ($\bar{X} = 2.77$, $S.D. = 0.188$) ด้านภาพรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า ($\bar{X} = 2.36$, $S.D. = 0.196$) และด้านภาพรวมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($\bar{X} = 1.03$, $S.D. = 0.206$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี (n = 279)

การรับรู้โรคพิษสุนัขบ้า	ระดับการรับรู้ (คน/ร้อยละ)			\bar{X}	S.D.	แปลผล
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
ภาพรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า	143 (51.30)	136 (48.70)	0	2.36	0.196	สูง
ภาพรวมการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า	278 (99.60)	1 (0.40)	0	2.77	0.188	สูง
ภาพรวมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	278 (99.60)	1 (0.40)	0	2.99	0.478	สูง
ภาพรวมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	3 (1.10)	0	276 (98.90)	1.03	0.206	ต่ำ
ภาพรวมการรับรู้โรคพิษสุนัขบ้า	84 (30.10)	195 (69.90)	0	2.29	0.089	ปานกลาง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรม การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี พบว่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.71$, S.D. = 0.017) จำแนกเป็นรายข้อ ดังนี้ ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสูงสุด คือ “ท่านจะหลีกเลี่ยงการเหยียบหาง ตัว ขาของสุนัขหรือแมว” ($\bar{X} = 3.00$, S.D. = 0.000) “ท่านจะไม่เข้าไปใกล้สุนัข/แมวที่มีอาการ

ดูร้าย” ($\bar{X}=3.00$, S.D. = 0.000) “ท่านจะไม่เข้าไปใกล้สุนัข/แมวที่มีอาการเซื่องซึมผิดปกติ” ($X=3.00$, S.D. = 0.000) “เมื่อท่านพบสุนัข/แมวกำลังกัดกัน ท่านจะไม่เข้าไปแยก” ($\bar{X}=3.00$, S.D. = 0.000) “ท่านไม่แห่สุนัข/แมว” ($\bar{X}=3.00$, S.D. = 0.006) “หากพบสุนัข/แมวที่ไม่รู้จัก ท่านจะไม่เข้าไปยุ่ง” ($\bar{X}=3.00$, S.D. = 0.006) และ “ท่านหยิบจานอาหารของสุนัข/แมว ขณะที่สุนัขหรือแมวกำลังกิน” ($\bar{X}= 1.00$, S.D. = 0.000) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ข้อ	ข้อความพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	ระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (คน/ร้อยละ)			\bar{X}	S.D.	แปลผล
		ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ			
1	ท่านจะหลีกเลี่ยงการเหยียบ หาง ตัว ขาของสุนัขหรือแมว	279 (100.00)	0	0	3.00	0.000	สูง
2	ท่านจะไม่เข้าไปใกล้สุนัข/แมวที่มีอาการดุร้าย	279 (100.00)	0	0	3.00	0.000	สูง
3	ท่านจะไม่เข้าไปใกล้สุนัข/แมวที่มีอาการเซื่องซึมผิดปกติ	279 (100.00)	0	0	3.00	0.000	สูง
4	เมื่อท่านพบสุนัข/แมวกำลังกัดกัน ท่านจะไม่เข้าไปแยก	279 (100.00)	0	0	3.00	0.000	สูง
5	ท่านไม่แห่สุนัข/แมว	278 (99.60)	1 (0.40)	0	3.00	0.060	สูง
6	หากพบสุนัข/แมวที่ไม่รู้จัก ท่านจะไม่เข้าไปยุ่ง	278 (99.60)	1 (0.40)	0	3.00	0.060	สูง
7	ท่านหยิบจานอาหาร ของสุนัข/แมว ขณะที่สุนัขหรือแมวกำลังกิน*	0	0	279 (100.00)	1.00	0.000	ต่ำ
ภาพรวมพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า		279 (100)	0	0	2.71	0.017	สูง

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเพชรบุรี พบว่าเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงในบ้าน และการส่งสัตว์เลี้ยงหรือสัตว์ซึ่งตายด้วยอาการสงสัยโรคพิษสุนัขบ้า ไปตรวจหาเชื้อพิษสุนัขบ้า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ส่วนประวัติการถูกสัตว์กัดหรือข่วน พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($\chi^2 = 38.997$, $df = 1$, $p\text{-value} = <0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเพชรบุรี

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า			
	Chi-Square Tests		p-value	ระดับความสัมพันธ์
	(χ^2)	(df)		
1. เพศ	0.643	1	0.422	ไม่มีความสัมพันธ์
2. สถานภาพสมรส	5.508	2	0.064	ไม่มีความสัมพันธ์
3. ระดับการศึกษา	8.652	5	0.124	ไม่มีความสัมพันธ์
4. อาชีพหลัก	6.774	6	0.342	ไม่มีความสัมพันธ์
5. ประวัติการถูกสัตว์กัดหรือข่วน	38.997	1	<0.001*	มีความสัมพันธ์
6. การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงในบ้าน	0.683	1	0.408	ไม่มีความสัมพันธ์
7. การส่งสัตว์เลี้ยงหรือสัตว์ซึ่งตายด้วยอาการสงสัยโรคพิษสุนัขบ้า ไปตรวจหาเชื้อพิษสุนัขบ้า	0.004	1	0.952	ไม่มีความสัมพันธ์
8. แหล่งในการสอบถามข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้า	92.331	1	<0.001	มีความสัมพันธ์

*ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า ($p < 0.05$)

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โรคพิษสุนัขบ้ากับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ได้ผลดังนี้ ด้านภาพรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.173, p\text{-value} = 0.004$) ด้านภาพรวมการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรม

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($r = 0.173, p\text{-value} = 0.004$) ด้านภาพรวมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 1.000, p\text{-value} < 0.001$) ด้านภาพรวมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ($r = -0.457, p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โรคพิษสุนัขบ้ากับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

การรับรู้โรคพิษสุนัขบ้า	ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ภาพรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า	0.173	0.004*	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ
ภาพรวมการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า	0.183	0.002*	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ
ภาพรวมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	1.000	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง
ภาพรวมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	-0.457	<0.001*	มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง

*ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า ($p < 0.05$)

วิจารณ์

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย พบว่า ประสิทธิภาพการถูกสัตว์กัดหรือข่วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ($\chi^2 = 38.997$, $df = 1$, $p\text{-value} = <0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ Kasl และ Cobb กล่าวว่าพฤติกรรมความเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของบุคคลนั้น มีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา เพื่อให้อาการเหล่านั้น หายไปหรือหมดไปก่อนที่บุคคลนั้นจะมาหาแพทย์⁽⁸⁾

แหล่งในการสอบถามข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ($\chi^2 = 92.331$, $df = 1$, $p\text{-value} = <0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock⁽⁹⁾ ที่ได้อธิบายถึงการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนว่าบุคคลจะมีการกระทำใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ บุคคลนั้น ต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ด้านภาพรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.173$, $p\text{-value} = 0.004$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ตันตริรัตนานนท์⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ความสัมพันธ์

ระหว่างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากับการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า มีความสัมพันธ์ทิศทางเดียวกัน ในระดับค่อนข้างต่ำ

ด้านภาพรวมการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.173$, $p\text{-value} = 0.004$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา ตันตริรัตนานนท์⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้ากับการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า มีความสัมพันธ์ทิศทางเดียวกันในระดับค่อนข้างต่ำ

ด้านภาพรวมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับสูง กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 1.000$, $p\text{-value} = <0.001$) ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้บูรณาการการดำเนินงาน ประกอบด้วยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรมปศุสัตว์ และกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นในพื้นที่ โดยมีการรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระดับสูง

ด้านภาพรวมการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ชุมชน

ห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.457, p\text{-value} = <0.001$) แสดงให้เห็นประชาชนไม่คิดว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ชุมชนห้วยทรายใต้ อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่ไม่มีการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ และไม่มี การประกาศกำหนดเขตโรคระบาดชั่วคราวชนิดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) ตามพระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ.2558 กับพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ และมีการประกาศกำหนดเขตโรคระบาดชั่วคราวชนิดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) ตามพระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ.2558 ว่ามีความแตกต่างของการรับรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า และพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าหรือไม่

2. ควรมีการศึกษาในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ และมีการประกาศกำหนดเขตโรคระบาดชั่วคราวชนิดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) ตามพระราชบัญญัติโรคระบาดสัตว์ พ.ศ.2558 แต่ไม่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เช่น การให้สุขศึกษา การรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การอบรมแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข “เคาะประตูบ้าน” กิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข “เคาะประตูบ้าน” ว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้

เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าและพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นอย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ถาวร มาตัน ที่ปรึกษาวิจัยในการศึกษาอิสระทางด้านสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่กรุณาให้คำแนะนำข้อคิดเห็นตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้การศึกษานี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป. แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าและคำถามที่พบบ่อย.พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.
2. สำนักโรคติดต่อวิทยา (2561). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 เม.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล <https://apps.boe.moph.go.th/boeeng/download/AESR-6112-24.pdf>
3. ศรฤกษ์ รักพานิชย์ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของเจ้าของสุนัข ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 23 มี.ค. 2562]; 36:158-166 เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/download/139749/103667/>

4. รัตนา ธีระวัฒน์, วิมวิการ ศักดิ์ชัยนานนท์ และ พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า. แนวทางการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2560.
5. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค เน้นย้ำประชาชน ที่มีความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า เสี่ยงได้รับเชื้อและอาจทำให้เสียชีวิตได้ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.พ. 2562]. แหล่งข้อมูล <https://odpc7.ddc.moph.go.th/archives.php?no=1853&for=สำหรับประชาชน&group=ข่าวเพื่อสื่อมวลชน>
6. สำนักงานปศุสัตว์อำเภอชะอำ. ประกาศกำหนด เขตโรคระบาดชั่วคราวตามพระราชบัญญัติ โรคระบาดสัตว์ พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น เมื่อ 12 ก.พ. 2562]. แหล่งข้อมูล http://www.dld.go.th/th/images/stories/procure/2562/256201/25620123_17.jpg
7. ผ่องศรี วาณิชศุภวงศ์. เอกสารคำสอนระเบียบ วิธีวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. ปัตตานี : ฝ่ายเทคโนโลยีการศึกษา สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2546.
8. มัลลิกา มัติโก. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม สุขภาพ. กรุงเทพฯ : โครงการข่างานวิจัย พฤติกรรมสุขภาพศูนย์ประสานงานทางการแพทย์ และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2534.
9. ประเทือง ฉำน้อย. การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม การดำเนินงานควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษา : อำเภอพรานกระต่าย จังหวัด กำแพงเพชร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ก.พ. 2562]. แหล่งข้อมูล http://ryssurvey.com/vichakarn/downloadq.php?f=ddc_201711091533037727_150_1001ca.pdf&fc=title%20101.pdf
10. วาสนา ตันตริรัตนานนท์. พฤติกรรม การป้องกัน ตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. (รายงานการศึกษา อิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

ผลของการใช้โปรแกรมการชี้แนะต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
อำเภอบ้านโป่ง

The Effects of Coaching Program on Health literacy Self care at Home
of Elderly Caregivers in Ban Pong District

ลินจง บุญถนอม พย.ม.(การบริหารทางการพยาบาล)

Linjong boonthanom M.N.S. (Nursing
Administration)

ดวงรัตน์ อินทรแสน พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

Tuangrat Intarasan M.N.S. (Adult Nursing)

ยุพา พูลสวัสดิ์ พย.ม.(การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

Yupa Poonsawas M.N.S.

(Family Nursing Practitioner)

ธมกร ประเสริฐสุข พย.บ

Tamakorn Prasertsuk B.N.S.

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา อำเภอบ้านโป่งมีการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เน้นส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมุ่งงาน วิธีการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลองศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจับคู่ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดให้ใกล้เคียงกันมากที่สุด เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการชี้แนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บูรณาการแนวความคิดการชี้แนะของเฮอร์มีเนีย ไอบาร์ร่า ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของกองการพยาบาล

ผลการศึกษา : 1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลแบบมุ่งงานอยู่ในระดับน้อย

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมุ่งงานอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะสูงกว่าก่อนการได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 สรุป การพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะส่งผลดีทางการพยาบาลที่ดีกว่าเพราะเป็นการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยการสนับสนุนให้ใช้ศักยภาพของตน ค้นหาแนวทางแก้ปัญหาและพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบ

Abstract

Background : Ban Pong District is preparing for elderly care. By training elderly caregivers to be an important person in caring for elderly people with dependence. Focus on promoting people to have Health literacy. Objective : To study and compare the effects of Coaching Program on Health literacy Self Care at Home of Elderly caregiver between the use of focus on task service model and effect of the used of Coaching Program. Method : Quasi Experimental Research, 2 groups before and after testing. Selection matches the specifications defined similar as possible. Instruments used for this research were composed of Coaching Program that integrates on Herminia Ibarra concepts with the verified by the experts. Data collecting instrument was questionnaires Health literacy Self care of the Nursing Division (2018).

Result : 1. The health literacy self care at home of elderly caregivers in experimental group was that the moderate level and those in the control group were at the low level.

2. The health literacy self care at home of elderly caregivers in experimental group were statistically significantly higher than those of the control group at 0.05 level.

3. The health literacy self care at home of elderly caregivers in experimental group were revealed that mean of post-experiment was statistically significant higher than pre-experiment at 0.05 level.

Conclusion : Nursing based the coaching program better nursing outcomes because they are developing elderly caregivers by encouraging them to use their potential. Find solutions to problems and develop yourself systematically.

ประเด็นสำคัญ

โปรแกรมการชี้แนะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Key words :

Coaching Program Health literacy Elderly
Caregivers

บทนำ

อำเภอบ้านโป่งมีแนวโน้มประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ในปี 2560-2562 มีจำนวนประชากรสูงอายุ ร้อยละ 18.59, 19.25, 20.30 ตามลำดับ จากสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ทำให้หน่วยงานต่างๆ ได้ตระหนักถึงสถานการณ์การมีอายุสูงขึ้น ของประชากรและเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับสังคม ผู้สูงอายุของอำเภอบ้านโป่ง ในการวางแผนนโยบาย และมาตรการต่างๆ ให้พร้อมเพื่อรองรับกับผลกระทบ ที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง ประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนโครงสร้าง ทางอายุประชากรเป็นประชากรสูงวัย เป็นภาวะการณ์ ที่เกิดขึ้นอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ประเด็นท้าทาย ที่ตามมา คือ จะทำอย่างไรที่จะพัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุให้ก้าวหน้าต่อไปอย่างยั่งยืน⁽¹⁾ แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงไม่ใช่เพียงแค่การจัดให้มีการสงเคราะห์หรือ ให้บริการต่างๆ ที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุเท่านั้น เพราะจะทำให้ ผู้สูงอายุถูกประเมินค่าว่า เป็นภาระของสังคม เป็น ผู้ถ่วงรั้งกระบวนการพัฒนาของสังคม แต่ต้อง ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพ สามารถ พึ่งตนเองได้นานที่สุด และสามารถร่วมเป็นพลัง ในการพัฒนา ครอบครัว ชุมชน และประเทศได้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นองค์กรของชุมชน ที่ถูกกำหนดขึ้นอย่างเป็นทางการ ตามหลักการ กระจายอำนาจ ทั้งยังเป็นองค์กรที่แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) กำหนดให้เป็นหน่วยงานหลัก ในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุทั้งในด้านการ ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ การคุ้มครอง ผู้สูงอายุ ตลอดจนรวบรวมข้อมูลด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ อย่างเป็นระบบเพื่อใช้เป็นฐานในการกำหนดแผน โครงการและกิจกรรมด้านผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับ สภาพปัญหาความต้องการในพื้นที่⁽²⁾

จากข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของ อำเภอบ้านโป่ง พบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในปีพ.ศ.2560-2562 จำนวน 219, 225, 249 คนตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเจ็บป่วยโรคเรื้อรังและ มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเส้นเลือด และ โรคอ้วน เป็นต้น การเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการป้องกันโรค จึงมีความสำคัญและจำเป็น อย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ จากจำนวนและสัดส่วน ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลง ด้านระดับวิทยาของการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อแบบ เฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะ ทูพพลภาพ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการ บริการดูแลแบบต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือน ในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง จากขนาดครัวเรือน ที่ลดลงรวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคม ชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพล ภาพปรากฏต่อสังคมมากขึ้นเช่นกัน⁽³⁾ ระบบการ ดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC) หมายถึง การจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนอง ความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะ ยากลำบาก อันเนื่อง มาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจน ผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ใน ชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแล โดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็น ทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน) ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริม สุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้ อย่างสม่ำเสมอและ ต่อเนื่องเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิต

ได้อย่างเป็นสุขอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เป็นบริการสาธารณสุข และบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง หรือติดบ้าน โดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพยาบาล ในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมีมากกว่า และมีทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน เช่น อาหารการกิน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่เป็นต้น⁽⁴⁾ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนประเทศไทย 4.0 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง⁽⁵⁾ การเตรียมความพร้อมในทุกมิติเพื่อรับมือกับสังคมผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

จากข้อมูลดังกล่าว อำเภอบ้านโป่งได้มีการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยอำเภอบ้านโป่งมีทั้งหมด 15 ตำบล ในปี พ.ศ.2560 เมืองครปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมตำบลจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 2 แห่ง ต่อมาในปี พ.ศ.2561 เมืองครปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมเพิ่มอีก จำนวน 4 แห่ง รวมเป็น 6 แห่ง ร้อยละ 40 ทั้งนี้ หน่วยงานด้านสาธารณสุขในอำเภอบ้านโป่ง ได้มีการเตรียมพร้อมระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการส่งพยาบาลวิชาชีพจากทั้งในโรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ารับการอบรมเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) ครอบคลุมครบทุกตำบล นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังได้จัดอบรม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2561 จำนวน 3 รุ่น มีผู้ผ่านการอบรมทั้งสิ้น 228 คน ในปี พ.ศ.2560-2561 ปี มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมและได้ปฏิบัติงานในโครงการตำบลจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 71 คน โดยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับบุคลากรภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน ได้รับการทั้งด้านสาธารณสุข และบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน โดยมีพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นพี่เลี้ยงให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขสู่ประเทศไทย 4.0 เน้นการให้ประชาชนเข้าถึงบริการ แต่ประชาชนต้องพัฒนาตนเองจากภายในให้เข้มแข็ง มีสุขภาพที่ดีที่รัฐต้องส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชน (Health literacy) ไม่เพียงเข้าถึงบริการ แต่ต้องเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญและจำเป็น เข้าใจข้อมูลและบริการ มีการตรวจสอบข้อมูล สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ กล่าวคือ การทำงานของเจ้าหน้าที่ต้องปรับเปลี่ยนไป การทำตามหน้าที่ที่ตนเองได้รับมอบหมายให้งานเสร็จไปวัน ๆ นั้น ไม่เพียงพอและตอบใจต่อการทำงานในโลกยุคปัจจุบันที่การดำเนินงานต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อยู่ตลอดเวลา ต้องสามารถทำงานได้บนสภาพความไม่แน่นอนต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการเตรียมพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงในทุกเมื่อ และเรียนรู้ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นในอดีต เพื่อรับมือป้องกันทุกสถานการณ์ได้เสมอ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุของอำเภอบ้านโป่ง โดยใช้แนวคิดการชี้แนะ (Coaching) มาเป็นฐานในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽⁶⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน การปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการชี้แนะของ เฮอร์มีเนีย ไอบาร่า⁽⁷⁾ จัดทำเป็นชุดกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก คือ ร่วมใจ ร่วมคิด ร่วมทำ เพื่อผู้สูงอายุ

คำถามการวิจัย

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมุงงานเป็นอย่างไร
2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมุงงานแตกต่างกันหรือไม่
3. ระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมุงงาน
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้

ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะ และกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลแบบมุงงาน

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะสูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการพยาบาลแบบมุงงาน
2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษา 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุของอำเภอบ้านโป่ง ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 70 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุของอำเภอบ้านโป่งที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 70 ชั่วโมง ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัคร

เข้าร่วมตำบลจัดการระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ.2560-2561 และมีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวน 40 คน จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ในเรื่องเพศ อายุ และอาชีพ รวมระยะเวลาการทดลอง 10 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - 10 พฤษภาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมการชี้แนะ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองที่บ้านของกองการพยาบาล⁽⁸⁾

วิธีดำเนินการทดลอง

ระยะที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการชี้แนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรูปแบบการมอบหมายงาน การพยาบาลในเรื่องการให้พยาบาลวิชาชีพเป็นพี่เลี้ยงผู้ดูแลผู้สูงอายุและศึกษาข้อมูลอัตราส่วน of พยาบาลต่อจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบการพิจารณาเลือกพื้นที่ที่จะทำการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยเลือกศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าผา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านครก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพัง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเบิกไพร อำเภอ บ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

3. สร้างความเข้าใจการใช้โปรแกรมการชี้แนะ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยชี้แจงทำความเข้าใจต่อพยาบาล วิชาชีพถึงวัตถุประสงค์ การวิจัยและการเลือก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

3.2 ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดขั้นตอนในการ ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการชี้แนะที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น จนทุกคนเข้าใจและพร้อมปฏิบัติงาน

ระยะที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 10 พฤษภาคม 2562 มีขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม มีการดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบมุ่งงานตามที่ ปฏิบัติอยู่เดิม มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้สูงอายุเมื่อพบปัญหาหรือ เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการคำปรึกษา 2) นัดหมาย ประชุมกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกเดือน 3) ติดตามเยี่ยม บ้านผู้สูงอายุร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในรายผู้ดูแล ต้องการความช่วยเหลือหรือตามระดับความเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุ

กลุ่มทดลอง มีการดำเนินการ ดังนี้

1. กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามโปรแกรม การชี้แนะ พยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้กิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรม การชี้แนะ โดยผู้วิจัยจะไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการให้ ความรู้เพิ่มเติมในระหว่างการศึกษาทดลอง

ระยะที่ 3 ขั้นรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้การวิเคราะห์แจกแจงความถี่และร้อยละ ระดับความรู้ ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรม

การชี้แนะ และ กลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลแบบมุงงานใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้าน

ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ผลการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมุงงาน ก่อนทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับน้อยเหมือนกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางและอีก 5 ด้านที่เหลือ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยเหมือนกัน ในทุกด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมุงงาน

ความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้าน	ก่อนได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=20)			ก่อนได้รับการพยาบาลแบบมุงงาน (n=20)		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ความรู้ความเข้าใจ	2.78	0.216	ปานกลาง	2.89	0.176	ปานกลาง
2. การเข้าถึงข้อมูล	2.11	0.364	น้อย	2.14	0.308	น้อย
3. ทักษะการสื่อสาร	2.10	0.156	น้อย	2.11	0.150	น้อย
4. การรู้เท่าทันสื่อ	2.41	0.229	น้อย	2.43	0.253	น้อย
5. การตัดสินใจ	2.40	0.378	น้อย	2.38	0.359	น้อย
6. การจัดการตนเอง	2.40	0.422	น้อย	2.40	0.394	น้อย
โดยรวม	2.36	0.117	น้อย	2.39	0.109	น้อย

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองที่บ้านก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะ และกลุ่มก่อนได้รับการพยาบาลแบบมุ่งงานไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านสูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการพยาบาลแบบมุ่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะและกลุ่มก่อนและหลังได้รับการพยาบาลแบบมุ่งงานโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองที่บ้าน		n	\bar{X}	SD	Mean Rank	Sum of Ranks	P-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มควบคุม	20	2.021	0.1090	20.43	408.50	-0.818
	กลุ่มทดลอง	20	2.002	0.1474	20.58	411.50	
หลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม	20	2.014	0.1037	13.73	274.50	0.000*
	กลุ่มทดลอง	20	2.311	0.1596	27.28	545.50	

* p < 0.05

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3 การดูแลตนเองที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองที่บ้าน	n	\bar{X}	SD	mean rank	sum of ranks	P-value
ก่อนทดลอง	20	2.36	0.117	0.00	0.00	0.00 *
หลังทดลอง	20	2.76	0.159			

*p < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการชี้แนะต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบมุ่งงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะสูงกว่ากลุ่มหลังได้รับการพยาบาลแบบมุ่งงานอธิบายได้ว่าการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะส่งผลดีต่อการพยาบาลที่ดีกว่าเพราะการปฏิบัติ การพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถ และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ยกระดับสูงขึ้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการเรียนรู้ท่ามกลาง การปฏิบัติ ทำให้ใช้ประโยชน์จากศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้สูงสุด รวมถึงสร้างพฤติกรรมความเอื้ออาทรในการทำงานแบบสร้างสรรค์ ดังผลการศึกษาของ วิชาจารี แก้วนิล⁽⁹⁾ ที่พบว่า มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีคะแนนการปฏิบัติ ในการคงไว้ซึ่งน้ำนมมารดามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการ สอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของเก็จกนก เอื้อวงศ์⁽¹⁰⁾ ที่ว่าการชี้แนะเป็นกระบวนการที่ผู้ชี้แนะส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้รับการชี้แนะพัฒนาตนเองและ พัฒนาการ ปฏิบัติงานด้วยการส่งเสริมให้ผู้รับการ ชี้แนะใช้ศักยภาพของตน ค้นหาแนวทางแก้ปัญหา และพัฒนาตนเองทั้งใน ด้านส่วนตัวและสมรรถนะทาง วิชาชีพ ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการ คือ การสร้าง บรรยากาศแห่งความร่วมมือและสัมพันธภาพ

การกำหนดเป้าหมาย การเข้าใจสภาพที่เป็นจริง การแสวงหาและคิดค้นทางเลือก และการมีเจตนา แน่วแน่ในการปฏิบัติ ทั้งนี้การชี้แนะ เป็นการเรียนรู้ และพัฒนาในสถานการณ์จริงไม่ใช่วิธีช่วยแก้ปัญหา แต่เป็นวิธีการส่งเสริมการเรียนรู้และการปฏิบัติงาน เป็นการให้เวลาแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการไตร่ตรอง สะท้อนคิด (Reflect) สนทนาพูดคุยเกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุ การฝึก พัฒนาการใช้ความคิดของตนเอง และการเรียนรู้ของตนเอง เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติงานและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน⁽¹¹⁾ เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และพัฒนาใน สถานการณ์จริง ย่อมทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งสอดคล้อง กับกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽¹²⁾ ที่ให้แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือ ความฉลาดทางสุขภาพ คือ ความเป็นสุขอย่างฉลาด เกิดขึ้นได้โดยวิธีเรียนรู้ที่จะดำเนินไปตลอดชีวิต ได้แก่การเรียนรู้เพื่อรู้ (Learning to learn) หรือการ ฝึกฝน ให้รู้วิธีที่จะเข้าใจ การเรียนรู้เพื่อปฏิบัติได้จริง (Learning to do) หรือการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ที่แวดล้อมการเรียนรู้เพื่อที่จะอยู่ร่วมกัน (Learning to live together) หรือการมีส่วนร่วมและร่วมมือกับ ผู้อื่นในกิจการทั้งปวงของ มวลมนุษยและการเรียนรู้ เพื่อชีวิต (Learning to be) หรือการมีสติปัญญาไหวพริบ ในการเข้าใจโลกรอบตัว มีความรู้สึกนึกคิดและจินตนา การที่จำเป็น ประพฤติตนด้วยความรับผิดชอบ และ อย่างเป็นธรรม

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับการพยาบาลตาม โปรแกรมการชี้แนะสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตาม โปรแกรมการชี้แนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าความรอบรู้ ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะ พยาบาลมีอิสระในการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตามชุดกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ประกอบกับการที่พยาบาลร่วมวางแผนการเรียนรู้ ตามโปรแกรมการชี้แนะ ซึ่งมี 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) รวมใจ พยาบาลสร้างความไว้วางใจในการตกลงขั้นตอนการชี้แนะระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2) ร่วมคิด พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันระบุโอกาสพัฒนา กำหนดวัตถุประสงค์ วางแผนการชี้แนะร่วมกัน 3) ร่วมทำ พยาบาลเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ติดต่อขอรับคำชี้แนะ คำปรึกษาได้หลายช่องทาง 4) เพื่อผู้สูงวัย พยาบาลชื่นชมในประเด็นความก้าวหน้าของการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นในปัญหาหรืออุปสรรคและสรุปผลการเรียนรู้จากการชี้แนะร่วมกัน ส่งผลทำให้พยาบาลมีการติดตามและพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาลของตนเองตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์ สอดคล้องกับทัศนะของ Glatthorn et al.⁽¹³⁾ ที่เห็นว่า การชี้แนะแบบพี่เลี้ยง (Coaching) เป็นการพิจารณาทักษะการจัดการเรียนรู้ หรือทักษะการสอน โดยการกำหนดแนวคิดที่ยึดหลักเหตุผลการอธิบายขั้นตอนการพัฒนา การสาธิต หรือนำเสนอกิจกรรมตามขั้นตอนการพัฒนาการจัดสิ่งแวดล้อมสนับสนุน เพื่อให้บุคลากรสามารถใช้ทักษะดังกล่าว และให้ข้อมูลสะท้อนผลการปฏิบัติของผู้รับการชี้แนะที่รับการพัฒนาทักษะการจัดการเรียนรู้ ขณะที่ Rebore⁽¹⁴⁾ เห็นว่าการชี้แนะแบบพี่เลี้ยงเป็นกิจกรรมการพัฒนาผู้รับการชี้แนะโดยกระทำผ่าน

ผู้มีประสบการณ์ด้วยการสนับสนุนและกระตุ้นเร้าให้ผู้รับการชี้แนะได้รับการพัฒนาด้านศักยภาพ คุณลักษณะการยอมรับนับถือตนเอง (Self-esteem) และความสำนึกในความสามารถของตน ซึ่งเป้าหมายสำคัญในการชี้แนะผู้ดูแลผู้สูงอายุคือความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นความรู้ ความสามารถ และพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ใช้ความรู้ประเมินตนเอง และสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสุขภาพส่วนบุคคลและสุขภาพชุมชน ให้เลือกวิธีการปฏิบัติที่สร้างเสริมสุขนิสัย ลดละเลิกพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพมาปรับปรุงตนในการรักษาสุขภาพที่ดี พฤติกรรมที่แสดงความสามารถของบุคคลในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ คือ การปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามหลักสุขนิสัย มีความสามารถติดตามเข้าถึงข่าวสารต่างๆ ด้านสุขภาพ เข้าใจและสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์กับกลุ่มเพื่อน มีทักษะทางสังคมในการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถสืบค้นและใช้ข้อมูลหลายด้าน เลือกรับรู้ข่าวสารข้อมูล รู้เท่าทันเทคโนโลยี เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มคุณภาพชีวิต มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การจับประเด็น และการประยุกต์ ความรู้ สู่การปฏิบัติจนเป็นสุขนิสัยมีความสามารถในการตัดสินใจเชื่อ และเลือกอย่างพอดีเหมาะสม ตลอดจนการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลทำให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการชี้แนะสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรกำหนดนโยบายสนับสนุนให้พยาบาลใช้แนวคิดการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดการชี้แนะมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ดูแล ญาติ และครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่จำเป็นต้องดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิและในโรงพยาบาล

2. ทีมการพยาบาลควรร่วมกันพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์ให้เอื้อต่อการนำโปรแกรมการชี้แนะไปประยุกต์ใช้ เช่น แบบประเมินการเรียนรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการชี้แนะ

3. ควรจัดให้มีการสอนเสริมความรู้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ตระหนักถึงการชี้แนะแนวคิดทฤษฎี มาประยุกต์ใช้เป็นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับกระบวนการพยาบาลอย่างถูกต้อง อันจะส่งผลให้การพยาบาลมีผลลัพธ์มีคุณภาพสูงขึ้น

4. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้จริงตามโปรแกรมการชี้แนะเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงขึ้น

5. ควรมีการวิจัยต่อเนื่องถึงผลการใช้โปรแกรมการชี้แนะโดยใช้ระยะเวลาการศึกษาที่มากขึ้นด้วยการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเปรียบเทียบกับเป็นระยะๆ ทุก 3-6 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาช่วยเหลืออย่างสูงจากหลายๆ ท่าน ขอขอบคุณ คุณกิ่งกาญจน์ ทรัพย์เย็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบ้านโป่ง คุณกนกทอง จาตุรงค์โชค พยาบาลวิชาชีพ

ชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านโป่ง คุณเพ็ญแข ชีวยะพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพธาราม คุณนงลักษณ์ บรรพตสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโพธาราม และ อาจารย์ฐิติชญา ฉลาดล้น อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ที่กรุณาสละเวลาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบ้านโป่งที่ให้คำแนะนำช่วยเหลืออย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร และตำบลท่าผาทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี คุณงามความดีอันพึงมี ขอมอบแต่บิดา มารดา ครู อาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556. กรุงเทพมหานคร : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชิ่ง จำกัด (มหาชน) ;2556.
2. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.dop.go.th/th/laws/1/28/766>
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2559. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ;2559.
5. อภินันท์ สนน้อย. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. 2559;8(2) : 153-169
6. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
7. ไอบาร่า, เฮอร์มีเนีย. การสอนงาน ปรีกษาและดูแล (Coaching and Mentoring). (แปลและเรียบเรียงโดย กมลวรรณ งามเดชะ). พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพมหานคร : เอ็กซ์เปอร์เน็ท ; 2556.
8. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster).พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด; 2561.
9. วิภาจรี แก้วนิล. ผลของการโคชต่อการคงไว้ซึ่งน้ำนมมารดาของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด. พยาบาลสาร,2556; 3:11-20.
10. เก็จกนก เอื้อวงศ์.การชี้แนะ : การประยุกต์ใช้เพื่อการนิเทศการศึกษา. วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ. 2559;2:1-13.
11. วัชรา เล่าเรียนดี.ศาสตร์การนิเทศการสอนและการโค้ช การพัฒนาวิชาชีพ : ทฤษฎีกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 12). นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์นครปฐม;2556.
12. สุมิน อมรวิวัฒน์. พัฒนาการค่านิยม และความหมาย. ใน : กองสุขศึกษา. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (บรรณาธิการ) ความฉลาดทางสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร :

ภาพสะท้อนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่เกิดขึ้นกับการกลับมาของโรคซิฟิลิส

Mirror Image Awareness as Sexual Transmitted Infection of Model Occurs Recurrent Syphilis.

ชญาภา ไตรวิชญ์สกุล * ศศ.ม.

Chayapa Triwisakun* M.A.

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

* Bureau of AIDS and STIs

บทคัดย่อ

โรคซิฟิลิสกลับมาแพร่ระบาดอีกครั้งในประเทศไทย อัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด โดยกลุ่มที่ติดเชื้อมากที่สุดเป็นกลุ่มของวัยรุ่นที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาถึงมหาวิทยาลัย ช่วงอายุ 15 - 24 ปี เป็นกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสูงกว่าประชากรในช่วงอายุอื่นมาก 1) ผู้หญิงไทยนิยมใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานมากกว่าการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อคุมกำเนิด โดยไม่ได้คำนึงถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากนัก ภาพสะท้อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย เมื่อนำกลยุทธ์ ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับโลกในเรื่อง การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2559-2564 และยุทธศาสตร์ระดับโลกปี พ.ศ.2558 มาดำเนินการ ซึ่งมุ่งไปสู่ การลดการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ใหม่ และการเสียชีวิต มุ่งเน้นความพยายามในการป้องกันที่ครอบคลุม การปรับพฤติกรรม, ชีวการแพทย์และโครงสร้างอำนวยความสะดวกให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสถานะ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ปรับปรุงการเข้าถึงการรักษา การดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมเมื่อจำเป็นและ ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ยึดหลักสิทธิมนุษยชนความเท่าเทียมกันทางเพศและความเสมอภาค ด้านสุขภาพ 2) โดยเพิ่มประสิทธิภาพด้านการให้คำปรึกษา การตรวจคัดกรองและการรักษาโรคซิฟิลิสสำหรับ หญิงตั้งครรภ์ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ระบุไว้ในปี พ.ศ.2573 3) จากการทบทวนข้อมูลด้านระบาดวิทยา เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงถึงการป่วยด้วยโรคซิฟิลิสย้อนหลัง 5 ปี พบว่า มีข้อจำกัดในเชิงโครงสร้างและบทบาทความรับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยหน่วยงานที่ดำเนินการขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ขาดการกำหนดเป้าหมาย แผนการดำเนินงาน ตามยุทธศาสตร์ ผู้รับผิดชอบขาดความรู้และทัศนคติต่อผู้ป่วย และขาดข้อมูลการวินิจฉัยและการดูแลรักษา รวมทั้ง รายงานที่ได้มาตรฐานอย่างเป็นระบบ จึงทำให้ขาดข้อมูลในการรายงานสถานการณ์ความรุนแรง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ในการนำเสนอเชิงนโยบายเพื่อการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบ และเมื่อศึกษามาตรการ และแนวทางการปฏิบัติในด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น ยังขาดการบูรณาการในงานเพื่อไปสู่เป้าหมาย ที่สอดคล้องกับการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ทั้งกลุ่มประชากรวัยรุ่นที่เป็นวัยเจริญพันธุ์เติบโตขึ้นกับการรับรู้ ความรู้เดิมๆ ที่เน้นให้ความรู้เรื่องโรค และการป้องกันความเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ให้บริการ ทางเพศเท่านั้น เน้นการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยยาคุมกำเนิด สาเหตุหลักของการแพร่กระจายเชื้อ ซิฟิลิสมาจาก (1) การไม่ป้องกันและขาดความเข้าใจในโรคของวัยรุ่น (2) มีคนติดเชื้อแต่ไม่รู้ตัวเป็นจำนวนมาก และไม่มีโอกาสตรวจคัดกรองโรคนี้ การแก้ไขปัญหาคือให้กลุ่มวัยรุ่นมีความตระหนัก ความเสี่ยง และส่งต่อ ความรู้แก่วัยรุ่นต่อไป และรับการตรวจคัดกรองโรคได้ทัน

Abstract

Recurrent Syphilis exposure in Thailand Infection rate increases great leap. Adolescence group is most of infection who are study at school and University. 15-24 years old are no condom when they have sex that higher than other population span of age 1) Thai women always use spill more than condom use for contraceptive concern sexual transmitted infection. The national operation of strategy in Thailand has mirror Images awareness as sexual transmitted infection to stop AIDs and STSIs when were used Global Health Sector Strategies for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, Sexually Transmitted Infections (STIs) 2016-2021” .at the 69th World Health Assembly 2006–2015 and sets out a vision, goals, targets, guiding principles and priority actions for ending the sexually transmitted infections epidemic as a public health problem. Thai government response to Implementation of prevention to modified health behavior. The sexually transmitted infections response towards decrease new infection and death. Biomedical engineering. Support for people access to know sexually transmitted infections status, improve coverage the need for accessing treatment health sector, continually care now requires political commitment and resources to rapidly accelerate the response over the next five years and to sustain action through to 2030 and beyond to decrease stigma and discrimination commission on human rights gender equality and health equality. 2) Increase counseling screening and syphilis treatment for pregnancy effective. The goal sustainable will developed to stated 2030 3) The Review epidemiology data about sexually transmitted infections linkage between patient syphilis beyond five years .The find out were limited of structure and responsibility for sexually transmitted infections surveillance health sector, no obviously responsible person, prescribe targets work following strategies plan, responsible person need knowledge and attitude for patients need data for diagnosis, treatment and care include systemic standard of report. Initiate to lack of reliable data for situation crisis report and policies nominate for solve system problems. The study of guiding principles and measures for ending the sexually transmitted infections epidemic no integrated public health operate to goal of AIDs prevention consistent. All of teenage population who are reproductive growing with previously knowledge perception, only focus to provide knowledge disease and risk prevention of sex worker, pregnancy prevent by conceptive. Main cause of disseminate of syphilis (1) Did not prevent and did not understand of teenage disease (2). Amount of people know them sulfites have infected. No opportunities to screen test syphilis .The solving to support awareness risk and sent to next generation for and attended to screening test before will infect.

ประเด็นสำคัญ

เฝ้าระวัง/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ซิฟิลิส

Key words :

Awareness/sexual transmitted infection/recurrent/ Syphilis.

บทนำ

โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ทุกคนเคยรู้จักและกลัวในอดีต ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยยาปฏิชีวนะแบบฉีดหรือรับประทานตามที่แพทย์สั่ง และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การติดเชื้อมีหลายระยะ ผู้ติดเชื้อระยะแรกไม่แสดงอาการของโรคออกมาอย่างเด่นชัด จนกระทั่งระยะท้าย ๆ ทำให้ผู้ที่ติดเชื้อมักไม่รู้ตัว¹ กลายเป็นพาหะของโรคไปโดยไม่ตั้งใจ โรคซิฟิลิสสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ HIV สามเท่าหรือมากกว่า การส่งผ่านแม่สู่ลูกจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจส่งผลให้เกิดการตาย ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และทารกคลอดก่อนกำหนด, การติดเชื้อ, ปอดบวม, เยื่อぶตาอักเสบในทารกแรกเกิดและความพิการแต่กำเนิด หญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อซิฟิลิสเกิดอาการไม่พึงประสงค์รวมถึงภาวะแทรกซ้อนในการคลอด²

กลยุทธ์ภาคสุขภาพระดับโลกสำหรับเอชไอวี/เอดส์, ไวรัสตับอักเสบบ, การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) 4 ประเทศสมาชิกของ WHO ได้นำ “ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับโลกเรื่องโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ 2559-2564” นำมาใช้และดำเนินการ ซึ่งมุ่งไปสู่การลดลงในการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ใหม่ และการเสียชีวิต (รวมถึงยังคงเกิดมะเร็งปากมดลูก) ในขณะที่การปรับปรุงสุขภาพส่วนบุคคลเป็นเรื่องของทุกคน มุ่งเน้นความพยายามในการป้องกันที่ครอบคลุม การปรับพฤติกรรม, ชีวการแพทย์และโครงสร้างอำนวยความสะดวกให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสถานะการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ปรับปรุงการเข้าถึงการรักษา และการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมเมื่อจำเป็น และทำทลายการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่แพร่หลาย กลยุทธ์ดังกล่าว ส่งเสริมวิธีการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยยึดหลักสิทธิมนุษยชน

ความเท่าเทียมกันทางเพศและความเสมอภาคด้านสุขภาพ³

นโยบาย มาตรการและการดำเนินงานในประเทศไทย

ความพยายามในปัจจุบันที่มีการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังไม่เพียงพอ “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” (Sexually Transmitted Infections; STIs) ยังคงเป็นความท้าทายในวงการสาธารณสุขไทย โดยอัตราการป่วยเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 แนวโน้มอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรหลักชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้งในเขตเมืองและชนบทที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง ทำให้ไม่ตระหนักถึงอันตรายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และยังไม่ได้เข้าถึงการป้องกัน และตรวจรักษาที่มีประสิทธิภาพ ด้วยยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับโลก ในเรื่องการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2559 -2564 และยุทธศาสตร์ระดับโลก ปี พ.ศ.2558 ของสหประชาชาติสำหรับผู้หญิง เด็ก และสุขภาพของวัยรุ่น ซึ่งเน้นถึงความต้องการชุดบริการที่ครอบคลุมและครบวงจรของการให้บริการที่จำเป็นรวมถึงข้อมูลและบริการ สำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ คือ เพิ่มประสิทธิภาพการบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ การจัดการกรณีและคำปรึกษา การตรวจคัดกรอง และการรักษาโรคซิฟิลิส โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ส่งเสริมกลยุทธ์เพื่อเพิ่มผลกระทบบกป้องกัน ได้แก่ รวมบริการ STI เข้ากับระบบสุขภาพที่มีอยู่ ส่งเสริมสุขภาพทางเพศ วัฒนธรรมของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตรวจสอบและตอบสนองต่อความต้านทานยาต้านจุลชีพ STI สนับสนุน

การพัฒนาเทคโนโลยีใหม่สำหรับการป้องกัน STI เช่น การทดสอบวินิจฉัยจุดดูแลสำหรับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัคซีน STI ยุทธศาสตร์ ดังกล่าว กำหนดให้ภาคสุขภาพตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายด้านสุขภาพที่สำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ระบุไว้ในปี พ.ศ.2573 สมัชชาสุขภาพโลกใช้กลยุทธ์เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, เอชไอวีและไวรัสตับอักเสบล หลังจากการปรึกษาหารืออย่างกว้างขวาง และเป็นส่วนหนึ่งของงานที่ดำเนินการเพื่อเผชิญกับความท้าทายของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน องค์การอนามัยโลกได้เสนอยุทธศาสตร์ภาคสุขภาพระดับโลกสามประการเพื่อครอบคลุมเอชไอวี/เอดส์, ไวรัสตับอักเสบล และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่จะดำเนินการจากปี พ.ศ.2559 - พ.ศ.2564 ถึงสมัชชาสุขภาพโลก ครั้งที่ 69 เพื่อขออนุมัติกลยุทธ์ด้านสุขภาพระดับโลกในเรื่องการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ สร้างข้อสรุปจากการประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ระดับโลกเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างปี พ.ศ.2549-2558 และกำหนดวิสัยทัศน์เป้าหมายแนวทางและลำดับความสำคัญ สำหรับการยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เนื่องจากปัญหาสาธารณสุข กลยุทธ์นี้ อธิบายองค์ประกอบที่สำคัญของการมีส่วนร่วมของภาคสุขภาพ ซึ่งสรุปการดำเนินการสำหรับประเทศและสำหรับองค์การอนามัยโลก คาดว่าจะช่วยเร่งการตอบสนองมากขึ้นในเรื่องการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดความคืบหน้าในการยุติการแพร่ระบาดกลายเป็นความจริง อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามกลยุทธ์ในขณะนี้ต้องการความมุ่งมั่นทางการเมืองและทรัพยากร เพื่อเร่งการตอบสนองอย่างรวดเร็วในอีกห้าปีข้างหน้าและเพื่อดำเนินการต่อไปจนถึงปี พ.ศ.2573

การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดการให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูลเพื่อปรับพฤติกรรมเพื่อการป้องกันเบื้องต้นในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (รวมถึงเอชไอวี) เช่นเดียวกับการตั้งครุฑที่ไม่ตั้งใจเหล่านี้ รวมถึงการศึกษาเรื่องเพศแบบองค์รวมของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจคัดกรองเลือด การให้คำปรึกษาเรื่องเพศ/ลดความเสี่ยงที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น การส่งเสริมขบวนการอนามัยมุ่งเป้าไปที่ประชากรที่สำคัญ เช่น ผู้ให้บริการทางเพศ ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ฉีดสารเสพติด การศึกษาและการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับความต้องการของวัยรุ่น

การบริการด้านสุขภาพสำหรับการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังคงอ่อนแอ

ประชาชนที่กำลังแสวงหาการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประสบปัญหามากมาย สิ่งเหล่านี้รวมถึงทรัพยากรที่จำกัด การตีตรา การให้บริการไม่ดี และการติดตามคู่ค้าทางเพศน้อยหรือไม่มีเลย ในหลายประเทศมีบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แยกต่างหากและไม่มีให้บริการด้านการดูแลสุขภาพเบื้องต้นการวางแผนครอบครัวและบริการสุขภาพอื่นๆ ในหลายๆ สถานที่บริการมักไม่สามารถให้การตรวจคัดกรองการติดเชื้อที่ไม่มีอาการ ขาดบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสม ประชากรชายขอบที่มีอัตราสูงสุดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ผู้ให้บริการทางเพศ ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ผู้ที่ฉีดสารเสพติด ผู้ต้องขังในเรือนจำ และวัยรุ่นมักไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เพียงพอ

การบริการวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง รวมทั้งประเทศไทยการตรวจคัดกรองโรคเพื่อวินิจฉัยไม่สามารถทำได้ หากมีการตรวจก็มักจะมีราคาแพงและไม่สามารถเข้าถึงได้ในทางภูมิศาสตร์ และผู้ป่วยมักจะต้องรอเป็นเวลานาน (หรือต้องกลับ) เพื่อรับผลส่งผลให้สามารถติดตามและเป็นอุปสรรคปัญหาในการติดตามหรือดูแลรักษาได้ไม่สมบูรณ์ ปัจจุบันมีการดำเนินนโยบายในประเทศไทย การตรวจคัดกรองฟรีที่รวดเร็วสำหรับโรคซิฟิลิสและเอชไอวี การตรวจหาซิฟิลิสมีในวงจำกัด ทรัพยากรบางอย่าง ผู้รับการตรวจไม่มาฟังผล การตรวจสอบซิฟิลิสครอบคลุมเฉพาะสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์

การบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การรักษาที่มีประสิทธิภาพปัจจุบันมีให้บริการสำหรับโรคซิฟิลิสด้วยยาที่มีประสิทธิภาพ แต่การรักษา นั้น จำเป็นต้องอ้างอิงจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยังขาดมาตรฐาน WHO พัฒนาบรรทัดฐานและมาตรฐานระดับโลกสำหรับการรักษาและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, เสริมสร้างระบบสำหรับการเฝ้าระวัง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมควบคุมโรค สภากาชาดไทย องค์การภาคีและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ร่วมลงนามความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี(เอดส์)ในประเทศไทย พร้อมร่วมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประจำปีงบประมาณ 2562 โดยมีภาครัฐทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมความเห็นพ้องกันว่าเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุข เพื่อยุติการแพร่กระจายโรคประเทศไทย จึงกำหนดเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ.2573 โดยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573

มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ 1.ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เหลือไม่เกิน 1,000 รายต่อปี 2.ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และ 3.ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลงจากเดิม ร้อยละ 90 แม้ปัจจุบันสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ครอบคลุมทั้งการรักษาและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว แต่เป้าหมายยุทธศาสตร์แห่งชาติจะเกิดขึ้นได้ ต้องมีกระบวนการขับเคลื่อนโดยใช้กลไก “ตรวจเร็ว รักษาเร็ว ยุติเอดส์” เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่⁵ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปีพ.ศ.2560 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคแสดงให้เห็นว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กลับมาแพร่ระบาดอีกครั้งในประเทศไทย และจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสนั้น ก็พุ่งขึ้นอย่างน่าตกใจโดยกลุ่มที่ติดเชื้อมากที่สุดเป็นกลุ่มของวัยรุ่นที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาถึงมหาวิทยาลัย และข้อมูลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มนักเรียนนักศึกษา วัยรุ่นมีแนวโน้มในการมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น คือ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุ 13 ปี โดย ร้อยละ 30 ไม่ใช่ดูอย่างอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก ส่วนข้อมูลพฤติกรรมการใช้ดูอย่างอนามัย ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ทั้งชายและหญิง ร้อยละ 76.9 และ 66.7 ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ทั้งชายและหญิง ร้อยละ 74.1 และ 76.9 ระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ทั้งชายและหญิง ร้อยละ 69.5 และ 74.6 อายุของเยาวชนที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยลงกว่าเดิม ประกอบกับการขาดความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาของคนกลุ่มนี้ อาจเป็นต้นเหตุที่ทำให้สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้ง ซิฟิลิสรุนแรงขึ้น กลุ่มประชากรช่วงอายุ 15-24 ปี ที่ไม่ใช่ดูอย่างอนามัย

ในการมีเพศสัมพันธ์นั้น มีเพียง ร้อยละ 30 แต่พบว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มช่วงอายุนี้ สูงกว่า ประชากรในช่วงอายุอื่นมาก¹

กราฟพุ่งสูงทุกโรคติดต่อ

สถิติผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ปี พ.ศ.2552 – 2561 โรคซิฟิลิสและหนองในมีอัตราการติดเชื้อที่สูงที่สุด ส่วนอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 20.1 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 28.9 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2560 โรคซิฟิลิส มีอัตราการติดเชื้อเพิ่มจาก 2.29 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2552 เป็น 11.91 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2561 ซึ่งถือว่าจำนวนผู้ติดเชื้อสูงขึ้นแบบก้าวกระโดด เมื่อเทียบกับโรคอื่น โดยกลุ่มอายุ 15-24 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอัตราป่วย 55.4 ต่อประชากรแสนคน ในปีงบประมาณ 2555 เป็น 83.9 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2559 และโรคซิฟิลิสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงสุด โดยเพิ่มจากอัตราป่วยที่ 6 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2556 เป็น 23 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2560 ด้านศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยลดลงทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรก และจากข้อมูลของกรมควบคุมโรคแสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงไทยนิยมใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานมากกว่าการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อคุมกำเนิด โดยไม่ได้คำนึงถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากนัก ในปี พ.ศ.2561 พบว่าผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่น วัยเรียน และวัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ 36.9 ของผู้ป่วยทั้งหมด สาธารณชนขาดการรับรู้ ขาดการฝึกอบรม ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และการติตราที่มีมาอย่าง

ยาวนานเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการใช้รูปแบบการให้บริการที่มีอยู่ และควรเพิ่มบริการเหล่านี้ให้มากขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น สาเหตุหลักของการแพร่กระจายเชื้อซิฟิลิสมาจาก (1) การไม่ป้องกันและขาดความเข้าใจในโรคของวัยรุ่นอายุของเยาวชนที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรกน้อยกว่าเดิม ประกอบกับการขาดความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาของคนกลุ่มนี้ ทำให้ไม่สามารถตระหนักถึงผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี และการตั้งครรภ์ตอนที่ยังไม่พร้อม จำนวนผู้ติดเชื้อโรคซิฟิลิสที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นสัญญาณถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยวัยของเยาวชนที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลงจาก 15 ปี เป็น 13 ปี บวกกับความรู้และความเข้าใจด้านเพศศึกษาที่ไม่มากพอ อาจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงมากขึ้น สำนักระบาดวิทยาให้ข้อมูลปริมาณการใช้ถุงยางอนามัยลดลงสวนทางกับพฤติกรรมของหนุ่มสาวยุคนี้ ที่มีเพศสัมพันธ์กันตั้งแต่อายุน้อย ๆ มากขึ้น ขณะที่ตัวเลขตลาดรวมถุงยางอนามัยช่วงครึ่งปีแรกของปี พ.ศ.2561 พบว่ามีจำนวนผู้ซื้อถุงยาง 35.4 ล้านชิ้น ลดลง 2.8% เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันของปี 2560 ทุกคนมีสิทธิ์เสี่ยง กรมควบคุมโรคได้ชี้ประเด็นสำคัญของการแพร่ระบาด ว่า “เยาวชนหลาย ๆ คนมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการใช้ถุงยางเพื่อป้องกันตัวเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยนี้ เข้าใจว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น มีอยู่ในเฉพาะผู้ให้บริการทางเพศเท่านั้น และตราบใดที่ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์ผ่านการซื้อบริการก็ไม่จำเป็นจะต้องป้องกัน” รายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักระบาดวิทยา ระบุว่า โรคติดต่อทางเพศ

สัมพันธ์ที่อัตราป่วยสูงมี 5 โรค มีอัตราป่วยโรคซิฟิลิส 7.7 ต่อประชากรแสนคน กรมควบคุมโรค ได้กำหนดนโยบายที่จะยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ.2560-2564 ที่มุ่งยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตรายที่สำคัญ คือ โรคซิฟิลิส เพื่อไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ โดยมุ่งเน้นให้ยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนกลวิธีและการดำเนินงานให้เกิดขึ้นทั่วประเทศ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนการบูรณาการงาน ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจุบัน การดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้บูรณาการไปกับการดำเนินงานด้านเอดส์ด้วยการขับเคลื่อนกระบวนการผสมผสานการป้องกันและปรับพฤติกรรมเชิงรุกที่มีประสิทธิผลสูง Reach – Recruit – Test – Treat – Retain: RRTR โดยเน้นกลยุทธ์การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Reach) และการเข้าสู่บริการสุขภาพ (Recruit) ซึ่งพบว่าการระบุกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญเผยแพร่ต่อสาธารณสุข เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เข้าสู่บริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4 กลุ่ม ที่พบว่าป่วยเป็นโรคซิฟิลิส คือ 1.กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย 2.กลุ่มพนักงานบริการหญิง พบว่าป่วยเป็นโรคซิฟิลิส 3.กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด 4.กลุ่มรวมทุกกลุ่มเป้าหมายเป็นการดีตราให้ประชาชนเห็นชัดเจนว่า กลุ่มพนักงานบริการหญิงยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะแพร่เชื้อมากกว่า 20 ปี ซึ่งมีแนวโน้มให้เชื่อว่า ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยโรคซิฟิลิสบางคนมาด้วยอาการผื่นขึ้น

แต่ไม่คิดว่าเป็นซิฟิลิส เพราะเข้าใจว่า การมีเพศสัมพันธ์ผ่านทางปากหรือทวารหนักจะไม่ติดเชื้อ (2) มีคนติดเชื้อ แต่ไม่รู้ตัวเป็นจำนวนมาก และไม่มีโอกาสตรวจคัดกรองโรคนี้ ทำให้แพร่เชื้อโดยไม่รู้ตัว โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มนี้ การป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยเป็นเครื่องมือป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดีที่สุด อย่างเช่น เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี เมื่อ 20 ปีที่แล้ว การรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงจาก 140,000 คนต่อปีมาเป็น 6,000 คนต่อปี ในปัจจุบัน อัตราการใช้ถุงยางเมื่อมีเพศสัมพันธ์ที่ลดลงในทุกกลุ่มส่งผลให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พุ่งพรวดในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะหนองในเทียม และซิฟิลิสที่ยังไม่แสดงอาการไม่รู้ตัวว่าเป็นพาหะ และมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันด้วยถุงยางอนามัย

ภาพสะท้อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย

จากการทบทวนรูปแบบการนำกลยุทธ์ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับโลกในเรื่องการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ.2559 -2564 และยุทธศาสตร์ระดับโลกปี พ.ศ.2558 และการใช้ยุทธศาสตร์ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย โดยเน้นการให้คำปรึกษา การใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันเป็นแนวทางที่ดำเนินการได้ผลมาใน 20 ปี ก่อน แต่มีกลุ่มประชากรวัยรุ่นที่เป็นวัยเจริญพันธุ์เติบโตขึ้นกับการรับรู้ความรู้เต็มที่เน้นให้ป้องกันความเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ โดยนิยมมามีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนเรียน เพื่อนร่วมงานที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ให้บริการทางเพศโดยตรง และเน้นการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยยาคุมกำเนิดโดยขาดความรู้

ในด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ทราบอาการเบื้องต้นของโรคซิฟิลิส ตลอดจนขาดการเข้าถึงในการรับคำปรึกษาที่ถูกต้อง ไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองเพื่อเห็นสัญญาณเตือนการติดเชื้อ โดยเฉพาะมาตรการการนำยาต้านไวรัสเอ็ดส์มาใช้ในการป้องกันและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยยาต้านปรอทร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัย ในปี พ.ศ.2559-2561 โดยผู้รับยาได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขของภาครัฐและเอกชน ซึ่งสะท้อนอาจส่งผลกระทบต่อความดำเนินงาน ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากข้อมูลที่แสดงจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซิฟิลิสสูงขึ้นแบบก้าวกระโดด ในช่วงปี พ.ศ.2560-2561 ภายใต้อุตสาหกรรมแห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย การขับเคลื่อนนโยบายในเรื่องของการบูรณาการโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2555-2556 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค จัดทำมาตรฐานการดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการดูแลสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับพนักงานบริการหญิง เพื่อส่งเสริมให้หน่วยงานด้านสาธารณสุข ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้พัฒนาการดำเนินงานให้มีคุณภาพ และตอบสนองความจำเป็นของกลุ่มพนักงานบริการหญิง นำไปสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Getting to Zero) ในการลดการติดเชื้อรายใหม่ ลดการเสียชีวิต และลดการตีตรา การเลือกปฏิบัติ อันเกี่ยวเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี ตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-25597 เป้าหมายในการกำหนดมาตรฐานในการดำเนินงานจัดบริการคัดกรองและ

ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ คือ การลดปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็น ด้วยการจัดบริการที่ส่งเสริมให้พนักงานบริการหญิงเข้าถึงบริการ รวมทั้งลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ การส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการของพนักงานบริการหญิงในพื้นที่ การจัดระบบการส่งต่อที่ช่วยให้พนักงานบริการหญิงสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้เพิ่มขึ้นและผู้ให้บริการมีทักษะความรู้ ทักษะคติเชิงบวก ให้บริการที่ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของบริการ และเพิ่มระดับความเข้มข้นของการใช้บริการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁶ โดยมีมาตรการ แนวทางการปฏิบัติ มีเป้าหมายของการลดโรคทั้งสอง ในปี พ.ศ.2573 และต่อมากการขับเคลื่อนยังคงดำเนินการสู่เป้าหมาย โดยกำหนดเป้าหมายในปี พ.ศ. 2561-2565 ให้ลดอัตราการป่วยโรคซิฟิลิสกลุ่มอายุ 15 – 24 ปี (ต่อประชากรแสนคน) โดยปี พ.ศ.2561 ลดลงน้อยกว่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง ปี พ.ศ.2562-2565 ลดลงอัตราร้อยละ 18, 16, 14 และ 12 ตามลำดับ จากการทบทวนข้อมูลด้านระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงถึงการป่วยด้วยโรคซิฟิลิสย้อนหลัง 5 ปี พบว่ามีข้อจำกัดในเชิงโครงสร้างและบทบาท ความรับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยหน่วยงานที่ดำเนินการขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ขาดการกำหนดเป้าหมาย แผนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ผู้รับผิดชอบขาดความรู้และทัศนคติต่อผู้ป่วย และขาดข้อมูล การวินิจฉัยและการดูแลรักษารายงานอย่างเป็นระบบ จึงทำให้ขาดข้อมูลในการรายงานสถานการณ์ ความรุนแรง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือในการนำเสนอเชิงนโยบายเพื่อการแก้ไขปัญหาในเชิงระบบ และ

เมื่อศึกษาถึงมาตรการและแนวทางการปฏิบัติในด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น ยังขาดการบูรณาการในงานเพื่อไปสู่เป้าหมายที่สอดคล้องกับการป้องกันควบคุมโรคเอดส์

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานสู่เป้าหมายการลดการแพร่เชื้อซิฟิลิส

ปี 2562 กรมควบคุมโรคเร่งรัดดำเนินการเกาะติดสถานการณ์การแพร่ระบาด พร้อมสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัย โดยให้สถานบริการของรัฐและหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรคแจกถุงยางฟรี เป็นวิธีการป้องกันที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดวิธีหนึ่งรวมถึงเอชไอวี ถุงยางอนามัยเพศหญิงมีประสิทธิภาพและปลอดภัย แต่ไม่ได้ใช้อย่างกว้างขวาง โดยโปรแกรมระดับชาติเช่นเดียวกับถุงยางอนามัยชาย และต้องใช้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง 2 แนะนำการให้ความรู้ลักษณะอาการที่สำคัญของโรค เพื่อรับการตรวจคัดกรองโรคได้ทัน แม้ว่าการรณรงค์ให้ทุกคนตระหนักถึงอันตรายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องนั้นทำได้ยาก เหมือนกับโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การบริโภคอื่นๆ เช่น การรับประทานอาหารที่เป็นของทอดมาก ๆ ไม่ดีต่อสุขภาพ ประชาชนก็จะเลิกรับประทานไปช่วงหนึ่ง แล้วกลับมารับประทานอีก ซึ่งเรื่องเหล่านี้ ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมและความตระหนักล้วนๆ แต่การตอกย้ำถึงสิ่งสำคัญ คือ การให้ความรู้และความเข้าใจกลุ่มวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงผลต่อสุขภาพและครอบครัวที่ตามมา เพื่อให้มีทักษะความรอบรู้ในการตัดสินใจหารูปแบบในการป้องกันการติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับใครก็ตาม โดยไม่ใช่ถุงยางอนามัยถือว่าเสี่ยงหมดไม่ว่าคนๆ นั้นจะเป็นใคร ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการติดโรคหรือการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ และต้องให้ความรู้ว่่า ทั้งโรคซิฟิลิส หนองในเทียม และโรคอื่น ๆ

ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งติดกันง่ายมาก ผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ การรับเลือดจากผู้ติดเชื้อ หรือจากแม่ที่ติดเชื้อซิฟิลิสแล้ว ไม่ได้ได้รับการรักษาสู่ทารกในครรภ์ หลังจากได้รับเชื้อระยะฟักตัวของซิฟิลิสนั้นอยู่ที่ 10 วัน ถึง 3 เดือน โดยผู้ป่วยอาจจะไม่แสดงอาการอะไรเลย เช่นเดียวกับโรคเอดส์ แต่เชือนั้นอยู่ในร่างกายนานนับ 10 ปี ดังนั้น วิธีที่ดีคือการสังเกตตัวเองหลังจากมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงมาแล้ว ตามอาการดังกล่าว เพื่อรับการตรวจคัดกรองทันทีเพื่อที่จะรักษาได้ทันท่วงที

สรุป

การดำเนินงานในการเฝ้าระวังควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย ใช้กลยุทธ์การบูรณาการ การดำเนินงานด้านโรคเอดส์สู่เป้าหมายการลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ การลดการป่วยและเข้าถึงบริการรักษาโรคได้รวดเร็ว และลดการตีตราที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการขยายผลการดำเนินงานในแง่การส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานให้ความสำคัญ มีความเข้าใจรูปแบบการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบว่าโรคซิฟิลิสเป็นภาระงบประมาณสะท้อนให้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการขาดความเข้าใจ ขาดความรู้ของผู้ให้บริการที่จะนำไปสู่การดำเนินงานให้ได้ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การลดการติดเชื้อรายใหม่ การลดการป่วยอย่างทันท่วงที และการส่งเสริมให้กลุ่มประชากรวัยรุ่นให้ได้รับข่าวสารความรู้นี้ เน้นสร้างความตระหนักในการป้องกันและวางแผนด้านอนามัยเจริญพันธ์ ก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์และก่อนที่จะเจ็บป่วยโดยไม่รู้ตัว และส่งเสริมค่านิยมที่จะตระหนักว่าทุกคนเสี่ยง ปรับแนวคิดที่มองว่าผู้ให้บริการทางเพศเท่านั้น สามารถแพร่เชื้อได้ จำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนปรับทัศนคติต่อ

ผู้ที่ติดเชื้อ และมีอาชีพที่ถูกตีตราว่า เป็นเรื่องของ ความเสมอภาคในการมีสิทธิได้รับการดูแลอนามัย เจริญพันธ์ และป้องกันโรคไม่ต่างกับประชาชนทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ จากหน่วยงานทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และ องค์กรต่างประเทศ เครือข่ายภาคประชาสังคมที่ให้

ความสำคัญกับการเฝ้าระวังป้องกัน และประเมิน ความเสี่ยงในเรื่องการกำหนดแผนในการดำเนินงาน ร่วมกันและสื่อสารสร้างความตระหนักให้กับผู้ทำงาน ได้รับรู้สัญญาณ และเข้าถึงปัญหาาร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ชัยยศ ยงค์เจริญชัย. ผู้สื่อข่าวบีบีซีไทย. ซิฟิลิส : การกลับมาระบาดของอีกครั้ง และกามโรคในไทย พุ่งกระฉูด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นเหตุมามาก อัตราการใช้ถุงยางลดลง[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2019]. แหล่งข้อมูล : www.bbc.com/Thai/Thailand-48199586
2. World Health Organization.การติดเชื้อติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ (STIs).[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2019].แหล่งข้อมูล : www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-stis
3. World Health Organization. กลยุทธ์ ภาวะสุขภาพระดับโลกด้านการติดเชื้อติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2559-2564).[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อกรกฎาคม 2560].แหล่งข้อมูล : www.who.int/reproductive-health/publications/rts/ghss-stis/en/
4. World Health Organization.กลยุทธ์ ภาวะสุขภาพระดับโลกสำหรับเอชไอวี/เอดส์, ไวรัสตับอักเสบบ, การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) [สืบค้นเมื่อ 26 พฤษภาคม 2559].แหล่งข้อมูล : www.who.int/reproductive-health/ghs-strategies/en/
5. พลภัทร จุฑาทกุล.สปสช.ลงนามพนัก 3 องค์กร ยุติเอดส์ปี พ.ศ.2573.สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) [ข่าวสุขภาพ]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2561]. แหล่งข้อมูล : [www.thaihealth.or.th/Content/45990-สปสช.ลงนามพนัก3องค์กรยุติเอดส์ปี พ.ศ.2573.html](http://www.thaihealth.or.th/Content/45990-สปสช.ลงนามพนัก3องค์กรยุติเอดส์ปีพ.ศ.2573.html)
6. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.รณรงค์ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์ เนื่องในวันวาเลนไทน์ 14 กุมภาพันธ์ 2561.[บทความวิชาการ]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มิถุนายน 2562].แหล่งข้อมูล : [file:///C:/Users/Pc/Downloads/5a669ff18b2a20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Pc/Downloads/5a669ff18b2a20(2).pdf)
7. นางวิภาดา มหรัตน์วิโรจน์. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. มาตรฐาน การดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และบริการดูแล สุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธ์ุสำหรับ พนักงานบริการหญิง.โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.พิมพ์ครั้งที่ 1 .2556. หน้า 29 – 60.

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง
ในชุมชนตำบลโพพระ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

Development of Continuing Care Programs for Elderly Patients with Chronic Diseases
in Community Tambon Phopra, Meung District, Petchaburi Province

รวินันท์ นุชศิลป์ วท.ม. สาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

Mrs.Ravinun Nuchasilp, M.Sc.(Public Health)
Petchaburi Rajabhat University*

บทคัดย่อ

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ผลกระทบจากการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายการรักษาที่สูงสูญเสียงบประมาณ ทรัพยากรของประเทศ ถ้าเกิดกับผู้สูงอายุซึ่งมีภาวะเสื่อมของร่างกาย ยิ่งส่งผลทำให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยยาวนาน รุนแรง และสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองจะช่วยลดความรุนแรง ความพิการและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

ผลการศึกษาพบว่า

1. ทีมผู้ให้บริการ พัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่ชัดเจนขึ้น โดยมีรูปแบบในการพัฒนา 5 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล 2) การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย 4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 5) การสนับสนุนทางการสนับสนุนทางสังคม

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ระดับคะแนนความรู้ (การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรค/ความสามารถตนเองในการดูแลตนเอง) เจตคติการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง หลังการพัฒนาโปรแกรมเพิ่มมากขึ้น

3. หลังการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังได้รับกิจกรรมที่เสริมสร้างความรู้โดยรวม (การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค ความสามารถตนเอง) และการปรับเปลี่ยนเจตคติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ถึงจะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

Abstract

Chronic illness is a major health problem. The effects of chronic illness include high treatment costs, lose budget, national resources. If the elderly who have deteriorated condition Which results in severe illness and loss of self-care ability. Promoting elderly patients with chronic diseases Self-care behavior .Will help reduce violence Disability and re-hospitalization.

This study was an action research. The objectives was to study 1) Develop continuous care programs for elderly patients with chronic diseases 2) study the effects of continuous care program development for elderly patients with chronic diseases. And the subject is an elderly person with chronic illness Who came to receive medical treatment at Pho Phra Health Promoting Hospital, Mueang District, Phetchaburi Province Between December 2018 and June 2019. The number of 60 people. The data were collected by interview form, service arrangement, team of care providers. Knowledge questionnaire (perceived benefits/ obstacles/ self-care ability) Self-care attitude And self-care behaviors Elderly patients with chronic diseases before and after program development It takes about 30 minutes. Data were analysis uses descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation and inferential statistics including t-test dependent results of the study found that

1. The study indicated that 1. Service team develop continuous care programs for older patients with chronic diseases that are clearer, with 5 developmental themes: 1) potential development of the care team 2) Development of a great tracking system 3) Development of patient care network participation 4) Supporting self-care 5) Social support

2. The results of the development of continuous care programs for elderly patients with chronic diseases found that the knowledge score (perceived benefits/ obstacles/ self-efficacy in self-care), self-care attitude and self-care behaviors after more program development

3. After the development of a continuous care program for elderly patients with chronic diseases, it was found that patients had self-care behaviors. Increased significantly at the level of $P < 0.05$

Therefore, should encourage elderly patients with chronic diseases. Receive activities that enhance overall knowledge (perceived benefits, obstacles, self-efficacy) and attitude adjustments that are appropriate for elderly patients with chronic diseases to help promote appropriate self-care behaviors and reduce the return of treatment in the hospital Improve quality of life.

ประเด็นสำคัญ

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง/ผู้ป่วยสูงอายุ
โรคเรื้อรัง

Key words :

Development of Continuing Care Programs/Elderly
Patients/Chronic Diseases, Community

บทนำ

องค์การสหประชาชาติประเมินสถานการณ์ว่า ในช่วงปี 2544-2643 (ค.ศ. 2001- 2100) จะเป็นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของโลก คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 โดยประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น อเมริกา ยุโรป จะใช้ระยะเวลาที่ค่อนข้างยาวนานในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ขณะที่กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาจะมีระยะเวลาเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสั้นกว่า ส่งผลให้มีเวลาในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุสั้นกว่าประเทศพัฒนาแล้วสำหรับประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 มีจำนวนประชากรสูงอายुर้อยละ 10 (จำนวน 11 ล้านคน) และเพิ่มเป็นร้อยละ 16 (จำนวน 65.1 ล้านคน) ในปี พ.ศ.2558 และคาดว่าจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) มีประชากรสูงอายुर้อยละ 10-20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ.2574 ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) มีประชากรสูงอายुर้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด¹

สถานการณ์ผู้สูงวัยไทย ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประกอบด้วยผู้ชาย 4.6 ล้านคน และผู้หญิง 5.7 ล้านคนพบว่า มีปัญหารายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน (รายได้ไม่น้อยกว่า 2,647บาท/คน/เดือน) ร้อยละ 34 ด้านสภาพความเป็นอยู่และการดูแล พบว่าผู้สูงวัยอยู่คนเดียวและอยู่ตามลำพังกับคู่สมรส ไม่มีบุตรหลานอยู่ด้วย ด้านสุขภาพ โรคที่มักพบในผู้สูงวัย ได้แก่ ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคความดันโลหิตสูงเบาหวาน และโรคอ้วน กลั้นอุจจาระหรือ ปัสสาวะไม่ได้และมีปัญหาหกล้ม ผู้สูงอายุมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้นจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การแพทย์ รวมทั้ง การคมนาคมที่สะดวกทำให้มี

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่สะดวกรวดเร็ว ทำให้รอดชีวิตจากภาวะวิกฤติมากขึ้น² ผลจากความสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยเนื้องมาจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต อัมพฤกษ์ โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลพบปัญหา คือ ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลยาวนาน เนื่องจากมีข้อจำกัดในการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างรักษาและเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการดำเนินของโรค มีแนวโน้มการเกิดภาวะทุพพลภาพภายหลังการจำหน่าย ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง มีภาวะพึ่งพาสูง และการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำเร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ซึ่งต้องการการดูแล (Care needs) ที่มากขึ้นและซับซ้อน การดูแลต่อเนื่องในระยะยาว (Long Term Care)³

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง สูญเสียทรัพยากรด้านการแพทย์และงบประมาณในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพที่สูงและยาวนาน สูญเสียเวลาและโอกาสในการประกอบอาชีพ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ส่งผลกระทบต่อโดยรวมและอาจเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง⁴ ประกอบกับนโยบายสาธารณสุขของไทย เน้นการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว (Early discharge) เพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงเพื่อลดจำนวนวันการอยู่รักษาในโรงพยาบาล (Length of hospital stay) และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Cost containment) ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังต้องถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น⁵ การบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลไปสู่การดูแลตัวเองที่บ้านต้องมีความต่อเนื่อง มีการส่งต่อข้อมูล

อย่างเป็นระบบสู่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใกล้บ้าน เพื่อเกิดประสิทธิภาพ การดูแล ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมทั้ง เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ดีขึ้นอย่างสูงสุด

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยต่อเนื่อง (Continuing care) เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ที่ตอบสนอง ความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่ โรงพยาบาลจนถึงบ้าน ให้บริการเชิงรุกที่ดูแลต่อเนื่อง ที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้อง ให้การดูแลรักษาพยาบาลระยะยาว การสร้างเสริม สุขภาพทั้งกายและจิต การป้องกันโรค การเฝ้าระวัง ติดตามภาวะแทรกซ้อน ความพิการ การฟื้นฟูสภาพ การติดตามการใช้ยา การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพโภชนาการ ช่วยเหลือสนับสนุนให้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการ ดูแลสุขภาพ (Patient family participation) ตามความต้องการจนสามารถดูแลตนเองได้ (Selfcare) โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน การดูแลสุขภาพ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัด เพชรบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการพัฒนาระบบ บริการการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care : HHC) ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการ ทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้านและงานบริการเชิงรุกในชุมชน ภายใต้ทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team : PCT) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การลงทะเบียนผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่ศูนย์ HHC 2) การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยมีการประชุมปรึกษาวางแผนการดูแลก่อนและ หลังการเยี่ยมบ้าน ประสานงานทีมชุมชนโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่าย 3) การดูแล ต่อเนื่อง 4) สรุปผลการดูแลต่อเนื่อง แต่จากการ วิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า มาตรฐาน การดูแลไม่เชื่อมโยง ทั้งระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ไม่ครอบคลุม เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นไม่เพียงพอ

และการรับ-ส่งต่อไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ซึ่งส่งผล ให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายรายไม่ได้รับการวางแผน จำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมปัญหา และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว จากผลการดำเนินงานดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย สูงอายุโรคเรื้อรัง ในชุมชนตำบลโพพระ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่บ้าน โดยชุมชน มีส่วนร่วมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ จะสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนา รูปแบบและนำไปประยุกต์เพื่อเป็นแนวทางการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. พัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง
2. ศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมการดูแล ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากร คือ ประชาชนผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จากรายงานสถิติของ โรงพยาบาลแม่ข่าย เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1,156 คน และคัดเลือกเฉพาะประชากร ที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพพระ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 70 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเปิดตารางสำเร็จรูปของ เครซี่และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายงานสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลโพพระ ประชาชนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพพระ อำเภอเมือง และส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

ประชาชน/กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
2. มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารได้
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือ

ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสำรวจความคิดเห็นสำหรับทีมผู้ให้บริการ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วย มี 4 ส่วนย่อย ได้แก่

2.1 ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง สถานภาพสมรส โรคประจำตัว หรือโรคทางพันธุกรรม การรักษาพยาบาล เป็นคำถามการแสดงปัจจัยส่วนบุคคล

2.2 การวัดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นแบบทดสอบตัวเลือก ใช่ , ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อค่าความเชื่อมั่น = 0.85

2.3 การวัดเจตคติ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามการแสดงความเห็น ค่าความเชื่อมั่น = 0.82

2.4 การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการดูแลตนเองประจำวัน ค่าความเชื่อมั่น = 0.81

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย (Protecting the Rights of Research Participants)

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องแนะนำตนเองและมีเอกสารชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานแก่กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยต้องให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยต้องยืนยันข้อมูลเกี่ยวกับอาสาสมัครเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย และรับรองว่าหากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยกลุ่มตัวอย่างยังมีสิทธิที่จะได้รับบริการดูแลด้านสุขภาพตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพ

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และแนะนำวิธีการตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคล หากมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยทำการอธิบายเพิ่มเติม โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามรายละเอียดประมาณ 30 นาที คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว และนำมาเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive

statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) ได้แก่ t-test Dependent เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ประโยชน์ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีรูปแบบที่ได้พัฒนา คือ

1.1 การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล ได้มีการพัฒนาทีมดูแลครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ในส่วนของนักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ ที่เป็นวิชาชีพที่ไม่มีในทีมเยี่ยม ได้มีการประสานงานกับแม่ข่าย โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ในการใช้ระบบให้คำปรึกษาเป็นรายผู้ป่วยที่มีปัญหาจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมดูแล โดยการเปิดโอกาสให้ทีมกำหนดหัวข้อการอบรม ที่ต้องการเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง โดยในระยะเวลาที่ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแล ได้จัดอบรมแก่ทีมดูแลทุกวันศุกร์สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ควบคุมภาวะน้ำตาลไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย การดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วยศาสตร์สุนทรียสนทนา และการดูแลผู้ป่วยด้วยศาสตร์โภชนาการผสมผสาน การประเมินผลหลังการอบรมทีมดูแลมีความรู้ในระดับดี มากกว่าร้อยละ 80

1.2 การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมได้ มีการกำหนดให้มีแพทย์ร่วมประเมินสภาพผู้ป่วย

ในครั้งแรกที่ได้รับข้อมูลผู้ป่วยทุกราย แจ้งข้อมูลแก่เครือข่ายที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เพื่อติดตามเยี่ยมร่วมกัน ให้การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้าน ตามที่ได้ประเมินความจำเป็นในการดูแล กำหนดแผนติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง ชัดเจน ตามความจำเป็นและส่งต่อเพื่อรักษา กรณีเกินขีดความสามารถในการดูแลที่บ้าน โดยสร้างแนวทางการรับ-ส่งต่อกับ รพ.แม่ข่าย ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทุกหน่วยบริการ ซึ่งแตกต่างจากการปฏิบัติเดิมที่ พบว่าการติดตามเยี่ยมขาดการวางแผนทำให้ไม่ต่อเนื่องขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อ ที่เป็นรูปแบบชัดเจนกับโรงพยาบาลแม่ข่ายขาดความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ และขาดการประสานข้อมูลของทีม

1.3 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยองค์กรชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ จากหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้มีการกำหนดให้เครือข่าย ร่วมติดตามเยี่ยมและหาข้อสรุปร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมติดตามดูแลตามแนวทางที่กำหนด และร่วมประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยภายหลังการดูแล โดยเจ้าหน้าที่พัฒนาองค์ความรู้แก่อาสาสมัคร แตกต่างจากการปฏิบัติเดิม ที่ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรชุมชน อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

1.4 การสนับสนุนการดูแลตนเองโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล สร้างความเข้าใจแก่ญาติและผู้ดูแล เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจกรรมที่สามารถทำได้ ให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อผู้ป่วยทำได้ เพื่อสร้างคุณค่าในตนเอง

1.5 การสนับสนุนทางสังคม ได้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจรับฟังปัญหา ด้านข้อมูลข่าวสาร ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคการปฏิบัติตัว สิทธิสวัสดิการต่างๆ ตลอดจนการสนับสนุนสิ่งของวัสดุ อุปกรณ์ครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

ภายหลังการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบที่ได้พัฒนาทั้ง 5 ประเด็น ติดตามประเมินระดับปัจจัยด้านความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 67.3 มีอายุสูงสุดอยู่ระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 31.9 สำหรับสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 57.8 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 37.2 สำหรับระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 36.3 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 47.8 สำหรับประวัติโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โรคเบาหวาน ร้อยละ 46 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.2 ไชมันโนเลือดสูง ร้อยละ 46.9 มีทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52 และมีทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไชมันโนเลือดสูง ร้อยละ 27 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 37.4

เปรียบเทียบความแตกต่างระดับปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่าหลังการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง มีระดับปัจจัยด้านความรู้ และเจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังแสดงตามตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

2.1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมเพิ่มมากขึ้น จากเดิมระดับไม่ดี เป็นระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.80$ เพิ่มเป็น $\bar{X}=2.23$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มมากขึ้น จากเดิมระดับปานกลาง เป็นระดับดี ($\bar{X}=2.02$ เพิ่มเป็น $\bar{X}=3.04$ และ $\bar{X}=2.23$ เพิ่มเป็น $\bar{X}=3.18$) สำหรับความรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์ เพิ่มมากขึ้น จากเดิมระดับไม่ดี เป็นระดับปานกลาง ($\bar{X}=0.5$ เพิ่มเป็น $\bar{X}=2.11$) สำหรับเจตคติต่อการบริโภคอาหาร โดยรวมเพิ่มมากขึ้น จากเดิมระดับปานกลาง เป็นระดับดี ($\bar{X}=1.89$ เพิ่มเป็น $\bar{X}=3.03$) ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านความรู้และเจตคติของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังโดยรวม และรายด้าน

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนาโปรแกรม			หลังการพัฒนาโปรแกรม		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
ความรู้โดยรวม	1.80	2.129	ไม่ดี	2.23	2.135	ปานกลาง
ความรู้รายด้าน						
ความรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์	0.5	1.227	ไม่ดี	2.11	1.356	ปานกลาง
ความรู้ด้านการรับรู้อุปสรรค	2.02	0.670	ปานกลาง	3.04	0.970	ดี
ความรู้ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง	2.23	0.735	ปานกลาง	3.18	1.227	ดี
เจตคติต่อการดูแลตนเองโดยรวม	1.89	1.127	ปานกลาง	3.03	1.229	ดี

2. กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มมากขึ้น จากเดิมระดับปานกลาง เป็นระดับดี ($\bar{X}=2.23$ เพิ่มเป็น $\bar{X}=3.43$) เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต และด้านการใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น จากเดิมระดับไม่ดี เป็นระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.75$ เพิ่มเป็น $\bar{X}=2.11$ และ $\bar{X}=1.85$ เพิ่มเป็น $\bar{X}=2.23$)

สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับบริการ ด้านสุขภาพ เพิ่มมากขึ้น จากเดิมระดับปานกลาง เป็นระดับดี ($\bar{X}=2.24$ เพิ่มเป็น $\bar{X}=3.18$, 2.38 เพิ่มเป็น $\bar{X}=3.18$ และ $\bar{X}=2.02$ เพิ่มเป็น $\bar{X}=3.04$) ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยรวมและรายด้าน

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนาโปรแกรม			หลังการพัฒนาโปรแกรม		
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	2.23	3.515	ปานกลาง	3.43	3.015	ดี
พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน						
สุขภาพจิต	1.75	1.741	ไม่ดี	2.11	1.356	ปานกลาง
โภชนาการ	2.24	1.432	ปานกลาง	3.18	1.227	ดี
การใช้จ่าย	1.85	0.794	ไม่ดี	2.23	2.135	ปานกลาง
ออกกำลังกาย	2.38	1.111	ปานกลาง	3.18	1.227	ดี
การรับบริการด้านสุขภาพ	2.02	0.670	ปานกลาง	3.04	0.970	ดี

3. เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อ เนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ผลการศึกษา

พบว่า หลังการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $P<0.05$ ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลัง การพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	\bar{X}	SD	t	p
ก่อนการพัฒนา	37.35	13.51		
หลังการพัฒนา	42.22	14.69	-1.490	0.01

วิจารณ์และสรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรม การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง และ เปรียบเทียบความแตกต่างระดับปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนาโปรแกรม ในเขตชุมชนตำบลโพพระ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี กระบวนการพัฒนาโปรแกรม ได้สำรวจความคิดเห็น ทีมผู้ให้บริการพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่ ตลอดจนการศึกษา ทบทวนวรรณกรรม กำหนดเป็นแนวทางรูปแบบ ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย 5 ประเด็น ที่ต้องพัฒนา คือ

1) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแล จากการสำรวจความคิดเห็น พบว่าแต่ละหน่วยบริการยังขาด ความพร้อมของทีมดูแล เช่น บุคลากรขาดองค์ความรู้ เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยน บุคลากรขาดประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทีมติดตามเยี่ยมขาดสหวิชาชีพ บางสาขา เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เป็นต้น จึงพัฒนาศักยภาพทีมเพิ่มกิจกรรม การอบรมให้ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยทีมกำหนดหัวข้อการอบรม ตามสิ่งที่ขาด และการวางแผนการทำงานอย่างครบครันเช่น การติดตามเยี่ยม ร่วมกำหนดแผนเยี่ยม การให้คำปรึกษา แก่ทีม ใช้ทีมสหวิชาชีพที่บางหน่วยบริการขาดร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล⁶ เรื่องการพัฒนาการดูแลสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบุรี⁶ ในประเด็น ของการพัฒนาศักยภาพทีม ได้แก่ การประชุม ระดมสมองทีมผู้ให้บริการ การจัดอบรมเพื่อพัฒนา ศักยภาพทีมในการดูแลการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ของทีมดูแลกับทีมผู้ให้บริการ สุขภาพโรงพยาบาลเพชรบุรี⁶ ระดมสมองหารือ

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง แบบต่อเนื่อง ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง และสามารถพึ่งตนเองได้ดีกว่าเดิม สอดคล้องกับ แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (knowledge) ของบลูม⁷ ซึ่งกล่าวไว้ว่า กระบวนการเกิดความรู้นำไปสู่ความเข้าใจ และนำไปใช้ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ขั้นตอนแรกในการที่ สมองรับเอาความรู้เข้ามาเก็บไว้ในระบบความจำ ขั้นตอนที่สองเป็นเรื่องราวของความเข้าใจในความหมาย ของข้อมูลจากความรู้ต่างๆ จนถึงขั้นถ่ายทอดหรือ สื่อความหมายออกมาให้ผู้อื่นรับรู้ต่อไปได้ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ (learning) ของบลูม ซึ่งกล่าวว่าการเรียนรู้ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิม ไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร โดยจะเกิด การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ความคิด การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทักษะการ เปลี่ยนแปลงด้านความชำนาญ โดยนำความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกไปสู่การปฏิบัติ

2) การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม จากการ สอบถามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การติดตามเยี่ยม ขาดความต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ขาดแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากรพ.แม่ข่ายที่ เป็นรูปแบบชัดเจน การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ขาดทีมสหวิชาชีพที่ครบทีม และขาดการประสานข้อมูล ของทีม จึงได้พัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยม โดยกำหนดให้แพทย์เป็นหัวหน้าทีมในการประเมิน สภาพผู้ป่วยครั้งแรกทุกราย และวางแผนการดูแล ร่วมกับทีมกำหนดแผนการติดตามเยี่ยมที่ชัดเจน ทุกรายอย่างต่อเนื่อง สร้างแนวทางการรับ-ส่งต่อ กับ รพ.แม่ข่าย และระหว่างหน่วยบริการ และ ประกาศใช้เป็นแนวทางเดียวกันทุกหน่วยบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิศมัย บุญเลิศ และคณะ⁸

เรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในทีมดูแล

3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่ผู้ติดตามเยี่ยมจะเป็นเจ้าหน้าที่ทั้งหมด ขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น องค์กรชุมชนอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย หรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วย จึงได้พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามดูแลผู้ป่วย พัฒนาอาสาสมัครให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ให้การดูแลร่วมคิดตัดสินใจร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ สำอางศรี⁹ เรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในประเด็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พบว่าการมีส่วนร่วมจากชุมชนตามรูปแบบอาสาสมัครจิตอาสา เพื่อนช่วยเพื่อน ส่งผลดีต่อระบบการดูแลสุขภาพ ความครอบคลุม การได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และส่งผลที่ดีขึ้นต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จิตใจโดยรวม และสอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ วินิจกุล และนิตยา สุขชัยสงค์¹⁰ ศึกษาประเด็นผลของการใช้โปรแกรม กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชนแสงทอง แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมดูแลตนเอง ภายหลังจากใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสูงกว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การปฏิบัติเดิมของทีมดูแลยังขาดการให้ความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมุ่งเน้นการให้ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำ จึงได้กำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่สนับสนุนกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจกรรมที่สามารถทำได้ เสริมแรงบวก ให้กำลังใจชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้ เพื่อสร้างคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของกชกร ธรรมนำศีลและคณะ¹¹ เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เขตกรุงเทพมหานครในประเด็น การสนับสนุนการดูแลตนเอง โดยผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อวยชัย สนิทและคณะ¹² ศึกษาวิจัย ผลของการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สุขเกษม อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การปฏิบัติตน ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม¹³ ที่กล่าวว่า บุคคลมีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ ซึ่งส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ

5) การสนับสนุนทางสังคม จากข้อมูลพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ ประสบปัญหา ภาระค่าใช้จ่าย มีความต้องการให้หน่วยงานต่างๆ ช่วยเหลือ ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ ในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต เนื่องจากขาดรายได้ไม่มีงานทำ จึงได้พัฒนา การสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุน สิ่งของ วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ประสานฝ่ายสวัสดิภาพสังคมดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ รับฟังปัญหา และสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ¹⁴ ศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา ในเขตอำเภอโนนรัมย์ จังหวัดชัยนาท ในประเด็นการสนับสนุนทาง สังคม โดยพบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านรายได้ การศึกษาและการเข้าถึงข้อมูล เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะการพึ่งพามีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นได้ สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Berkman Glass¹⁵ ว่า การให้แรงสนับสนุน ทางสังคมที่เพียงพอก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะ สุขภาพกาย และส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง

จากการที่ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการดูแล ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ทั้ง 5 ประเด็น ดังกล่าว และดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง ที่ได้พัฒนาขึ้น ในระหว่างเดือนธันวาคม 2561- มิถุนายน 2562 และติดตามประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มมากขึ้นหลังการพัฒนา

โปรแกรม และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแล ผู้ป่วย ควรมีการพัฒนาต่อยอดเพิ่มขึ้น เช่น การจัดตั้ง เป็นกลุ่มชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นเครือข่าย ที่สามารถให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ดูแลซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนทางสังคม ควรมีการพัฒนา ต่อยอด เช่น การจัดตั้งเป็นธนาคารอุปกรณ์ เพื่อรับบริจาควัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์จาก ผู้มีจิตศรัทธาให้กับผู้ป่วย เนื่องจากงบประมาณ ภาครัฐมีจำนวนจำกัด
3. ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูล พื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือแผนพัฒนาท้องถิ่น ด้านสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังต่อ เนื่องจากนโยบายเดิมอย่างเป็นทางการ

กิตติกรรมประกาศ

กิตติกรรมประกาศขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ ของหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลโพพระ อำเภอเมือง จังหวัด เพชรบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้ง ผู้เข้าร่วมการศึกษา ทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี 2558. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์; 2558.

2. สมศักดิ์ ชุมหรัศม์. รายงานประจำปี:สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. มูนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2555.
3. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, สุพิชญา หวังปิติพาณิชย์, ศิริรัตน์ ปานอุทัย. โปรแกรมการเสริมสร้างศักยภาพญาติผู้ดูแลในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทย. วารสาร Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2559; 20 : 18-32.
4. ประเสริฐ อัสสันตชัย. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา. ตำราอายุรศาสตร์ : โรคตามระบบ I. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน; 2552 : 753-773.
5. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. รายงานประจำปี 2555. สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย; 2555.
6. จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และคณะ. เรื่องการพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์
7. Bloom, B. S. Taxonomy of education objective : Handbook I cognitive domain. New York: David MCI; 1968.
8. พิศมัย บุญเลิศ และคณะ. เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด
9. สุภารัตน์ สำอางศรี. เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
10. สมใจ วินิจกุล และคณะ. ศึกษาประเด็นผลของการใช้โปรแกรมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในชุมชนแสงทอง แขวงบางอ้อ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร
11. กชกร ธรรมนำศีล และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เขตกรุงเทพมหานคร
12. อวยชัย สนิท และคณะ. ศึกษาวิจัย ผลของการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสุขเกษม อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร
13. Orem, D. Nursing concepts of practice (3rd ed.). NY: Mcgraw-Hill; 1985
14. ยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอโนนรมย์ จังหวัดชัยนาท
15. Berkman Glass T.(2000). social integration, Social network, and health In LF., Berkman I, Kawachi (Eds.), Social epidemiology. New York: Oxford University Press.

การสอบสวนการระบาดของโรคไข่ออกผื่นในโรงเรียนมัธยม อำเภอสรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี
วันที่ 6 มีนาคม - 27 เมษายน 2561

Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) for Measles and Rash in the high
Schools, Si Prachan District, SuphanBuri Province from 6 March to 27 April, 2018

กรรณา สุขเกษม 1 พย.ม การพยาบาลเด็ก
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จ. ราชบุรี

Karuna Sukasem 1, MNS. Pediatrics Nursin
Office of Disease Prevention and Control 5,
Ratchaburi Province

ชัยณรงค์ สุขขำ 2 วท.ม.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และคณะ

Chainarong Sukkham 2, M.Sc.
SuphanBuri Provincial Health Office et al.

บทคัดย่อ

ในวันที่ 13 มีนาคม 2561 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ได้รับแจ้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ว่าพบผู้ป่วยมีอาการไข้และมีผื่น สงสัยโรคหัดในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในอำเภอสรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งแต่วันที่ 6-13 มีนาคม 2561 จำนวน 20 ราย ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี จึงลงพื้นที่เพื่อยืนยันการระบาด ค้นหาขนาดของปัญหา และหามาตรการป้องกันควบคุมโรค ร่วมกับทีมสอบสวนโรคในพื้นที่ ในวันที่ 16 มีนาคม และวันที่ 22 มีนาคม 2561 วิธีการศึกษา โดย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง ศึกษาอาการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ศึกษาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ ยืนยันการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคหัดของกรมควบคุมโรค ค้นหาผู้ป่วยในผู้สัมผัสและในชุมชน โดยนิยามผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค คือ ผู้ป่วยที่มีอาการ ไข้ และมีผื่น ในอำเภอสรีประจันต์ ตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ - 22 มีนาคม 2561

ผลการศึกษา พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค 27 ราย เป็นครู 3 ราย นักเรียน 20 ราย ผู้สัมผัสที่บ้าน 2 ราย เป็นผู้สัมผัสในโรงพยาบาล 2 ราย จากอาการทางคลินิก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคหัด 17 ราย เป็นผู้ป่วยยืนยันจำนวน 11 ราย ผู้ป่วยสงสัยจำนวน 6 ราย โดยพบผู้ป่วยที่มีผลการตรวจหา IgM for Measles เป็นบวก 9 ราย ในจำนวนนี้ ทำ Throat swab ส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสหัด พบเชื้อไวรัสโรคหัด สายพันธุ์ D8 จำนวน 4 ราย และมีผู้ป่วยที่ผลการตรวจหา IgM for Measles เป็นลบ แต่ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโรคหัด สายพันธุ์ D8 อีก 2 ราย การควบคุมโรคผู้สัมผัสเชื้อในโรงเรียนจำนวน 309 คน เป็นครูและบุคลากรของโรงเรียน 47 คน นักเรียน 262 คน สามารถติดตามนักเรียนที่มาเก็บตัวฝึกซ้อมกีฬา ครูผู้ฝึกสอนกีฬา และบุคลากรของโรงเรียนที่สัมผัสโรค และไม่มีประวัติรับวัคซีนหรือจำประวัติรับวัคซีนไม่ได้ มารับวัคซีนป้องกันโรคหัดภายใน 72 ชม. ภายหลังการสอบสวนโรค ได้จำนวน 40 คน และกองโรคป้องกันด้วยวัคซีนสนับสนุนวัคซีนเพิ่มในภายหลังอีก 300 doses

สรุปและข้อเสนอแนะ ยืนยันการระบาดของโรคหัดในโรงเรียนมัธยมและในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ในระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561 – 22 มีนาคม 2561 โดยพบผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหัด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน รวม 17 ราย เป็นผู้ป่วยยืนยันจำนวน 11 ราย ผู้ป่วยสงสัยจำนวน 6 รายเป็นครูและนักเรียน จำนวน 13 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 1.48 ของจำนวนนักเรียนและบุคลากรของโรงเรียนทั้งหมด สามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 2 ระยะเวลาฟักตัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยา คือ อยู่ในโรงเรียนเดียวกัน เป็นนักกีฬาที่ฝึกซ้อมร่วมกัน เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน และเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่สัมผัสผู้ป่วย แต่ไม่สามารถค้นหาแหล่งที่มาของโรคได้ว่าผู้ป่วยรายแรกรับเชื้อมาจากที่ใด หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ควรมีการสำรองวัคซีนป้องกันโรคหัดไว้เพื่อตอบโต้การระบาดของโรคหัดอย่างเพียงพอ หรือควรมีระบบการจัดการที่สามารถขอใช้วัคซีนของหน่วยงานในพื้นที่ข้างเคียงที่พอจะสามารถสำรองให้ได้

Abstract

On March 13, 2018, Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province has been notified by the SuphanBuri Provincial Health Office that they found twenty patients with fever and rash who were suspected to be measles in a high school in Si Prachan district, SuphanBuri province from 6 - 13 March 2018. Therefore, the Surveillance and Rapid Response Team (SRRRT), Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province working together with the local SRRT went to the area to confirm the outbreak, find the problem and find the measures of disease prevention and control on 16 March and 22 March 2018. The study methods were as followed : interview the patients and related people, study the symptoms and results of laboratory tests, study behavior and environment in the area, confirm the diagnosis according to the criteria for measles diagnosis of the Department of Disease Control and find the patients, the exposure and in the community. The definition of the patient who met the criteria for investigation was the patient with fever and rash living in Si Prachan district from 8 February - 22 March 2018

The study result : it was found that 27 patients met the criteria for investigation divided into 3 teachers, 20 students, 2 home exposures and 2 hospital exposures. According to the clinical symptoms and laboratory results, it was found that 17 patients met the criteria for measles diagnosis divided into 11 confirmed patients and 6 suspected patients. It was found that 9 patients had IgM for Measles positive who were made Throat swab to detect genetic material for measles virus, and 4 patients with D8 measles virus were found. In addition, there were 2 patients with IgM for Measles negative, but the genetic material of the D8 strain measles virus was detected. The control of infection among 309 exposures

in the schools divided into 47 teachers and school personnel and 262 students can follow the students who come to train the sport, sport trainers and school personnel who expose the infection and do not have vaccination or cannot memorize to get vaccinated. 40 cases come to get vaccinated within 72 hours after the investigation. Disease prevention vaccine division has supported the increasing 300 doses of vaccine.

Summary and suggestion : It was confirmed the outbreak of measles in high school and in Si Prachan district, Suphanburi Province from 28 February 2018 to 22 March 2018. It was found patients with clinical symptoms based on measles diagnostic criteria and the results of the laboratory confirmed a total of 17 patients divided into 11 confirmed patients, 6 suspected patients, 13 teachers and students, representing 1.48 percent of the total number of students and school personnel. The disease could be controlled within 2 incubation periods. Most patients have epidemiological interactions that they are in the same school, they are the athletes practicing together, they are house exposures, and they are the hospital staff that expose the patients. However, it cannot find the source of the disease that the first patient receives the infection. The relevant departments, such as the Provincial Public Health Office or the Office of Disease Control and Prevention should reserve vaccine for measles in order to respond the measles outbreak adequately or should have the management system that can request the vaccines from agencies in neighboring areas that can be reserved.

ประเด็นสำคัญ

การสอบสวนการระบาด/ โรคไข่ออกผื่น/
โรงเรียนมัธยม อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

Key words :

**Surveillance and Rapid Response Team (SRRT)/
Measles and Rash/ high Schools, Si Prachan District,
SuphanBuri Province**

ความเป็นมา

วันที่ 13 มีนาคม 2561 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรีได้รับแจ้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ว่าพบผู้ป่วยมีอาการไข้และมีผื่น สงสัยโรคหัดในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งแต่วันที่ 6-13 มีนาคม 2561 จำนวน 20 ราย ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี จึงลงพื้นที่เพื่อยืนยันการระบาด ค้นหาขนาดของปัญหา และหามาตรการป้องกันควบคุมโรคร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีประจันต์ โรงพยาบาลศรีประจันต์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ในวันที่ 16 มีนาคม และวันที่ 22 มีนาคม 2561

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการระบาด
2. เพื่อศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา
3. เพื่อประเมินสถานการณ์และขนาดปัญหาของการระบาด
4. เพื่อดำเนินมาตรการควบคุมและป้องกันโรคที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยา และการกระจายของโรคตามลักษณะของบุคคล เวลา และสถานที่

1.1 วิธีการศึกษา โดย

- สัมภาษณ์ผู้ป่วยยืนยันและผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย อาการ และประวัติการเดินทางก่อนป่วย ขณะป่วย และหลังป่วย
- ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคหัด

ตามโครงการกำจัดโรคหัดคือ ไข้และมีผื่นทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีประจันต์ ที่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัสโรค คือ B 05, B 05.0-05.9, B 08.2, B08.3, R 508, R 509 ตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2561 ถึง 22 มีนาคม 2561

- ค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคหัดที่อาศัยอยู่ในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรีตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ถึง 22 มีนาคม 2561 และกำหนดนิยามในการจำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์วินิจฉัยของสำนักโรคควบคุมโรค ดังนี้

นิยามผู้ป่วย¹

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการ ไข้ และมีผื่น

ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก แต่ไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ที่ต้องสอบสวนโรคและมีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งข้อ

เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical Criteria)

มีไข้มากกว่า 38 °C โดยการวัดทางปาก และมีผื่นนูนแดงขึ้นขณะยังมีไข้ พร้อมทั้งมีอาการไอ ร่วมกับอาการอื่นอีกอย่างน้อยหนึ่งอาการ ดังต่อไปนี้

- มีน้ำมูก (Coryza)
- เยื่อบุตาแดง (Conjunctivitis)
- ตรวจพบ Koplik's spot 1-2 วันก่อนและหลังผื่นขึ้น

เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Criteria)

- Serology test : Measles IgM ให้ผลบวก
- Genotyping : ตรวจหาสารพันธุกรรมและวิเคราะห์หาสายพันธุ์ไวรัสโดยการทำให้ PCR และ sequencing จาก Throat swab หรือ Nasal swab

2. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

- โดยเก็บตัวอย่างเลือดผู้ที่มีอาการเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคเพื่อส่งตรวจหา IgM for Measles
- ทำ Throat swab หรือ Nasal swab เพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมและวิเคราะห์หาสายพันธุ์ไวรัสด้วยวิธี PCR

3. การศึกษาสิ่งแวดล้อม

โดยการสำรวจสภาพแวดล้อมของโรงเรียน ห้องเรียนบ้านพักนักกีฬาของโรงเรียน และประเมินความเสี่ยงการระบาดของโรคในพื้นที่

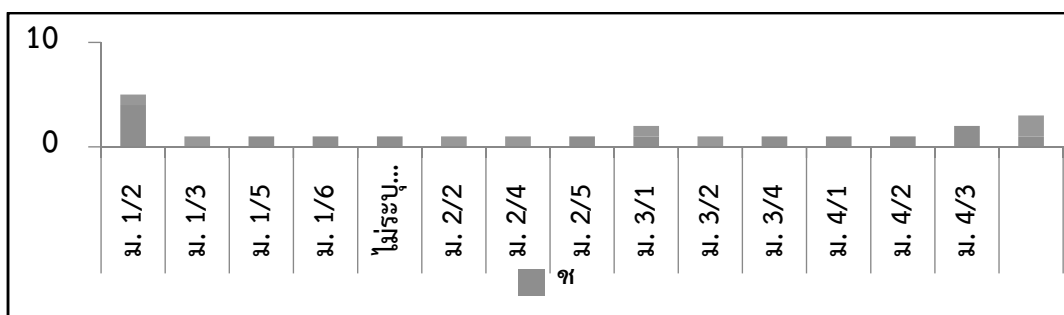
ผลการสอบสวนโรค

1. ลักษณะทางระบาดวิทยา

โรงเรียนมัธยมประจำอำเภอแห่งนี้รับนักเรียนตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีนักเรียนทั้งหมด 818 คน เป็นโรงเรียนแบบไปกลับ แต่มีนักเรียนพักค้างในบ้านพักของโรงเรียน เพื่อเก็บตัวฝึกซ้อมกีฬาประมาณ 60 คน ครู และบุคลากรของโรงเรียน 58 คน รวม 876 คน พบข้อมูลผู้มีอาการป่วยทั้งหมด 55 ราย เป็น ครู 3 ราย นักเรียน 52 ราย มีประวัติรับการรักษาในสถานพยาบาล 16 ราย เป็นผู้ป่วยในรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช 2 ราย และโรงพยาบาลศรีประจันต์ 1 ราย

เป็นผู้ป่วยนอก 11 ราย รักษาที่คลินิก 2 ราย สามารถเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา โดยแบบสอบถามจำนวน 32 ราย (เนื่องจากโรงเรียนปิดเทอมแล้วบางรายกลับบ้านที่ต่างจังหวัด) และไม่ทราบประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 23 ราย (ทราบจากเพื่อนและครอบครัวว่าป่วยอาการคล้ายกัน) จากการตรวจสอบข้อมูลอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในโรงเรียน ตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ - 22 มีนาคม 2561 และติดตามเหตุการณ์ พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนทั้งหมด 23 ราย เริ่มป่วยรายแรก วันที่ 1 มีนาคม 2561 จำนวน 2 ราย และป่วยรายสุดท้าย วันที่ 22 มีนาคม 2561 จำนวน 1 ราย เป็นครู 3 ราย เพศชาย 1 ราย เพศหญิง 2 ราย นักเรียนป่วย 20 ราย เป็นเพศชาย 14 ราย เพศหญิง 6 ราย คิดเป็นอัตราส่วน เพศหญิงต่อเพศชาย 1 : 1.86 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มีผู้ป่วยจำนวน 9 ราย ร้อยละ 45 ของผู้ป่วยที่เป็นนักเรียนทั้งหมด พบมากที่สุดที่ห้อง ม.1/2 มีผู้ป่วยจำนวน 5 ราย โดยมีวันเริ่มป่วยรายแรกของห้อง คือ วันที่ 4 มีนาคม 2561 ผู้ป่วยรายสุดท้ายของห้องเริ่มป่วย วันที่ 9 มีนาคม 2561 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามชั้นเรียนและเพศตามรูปที่ 1

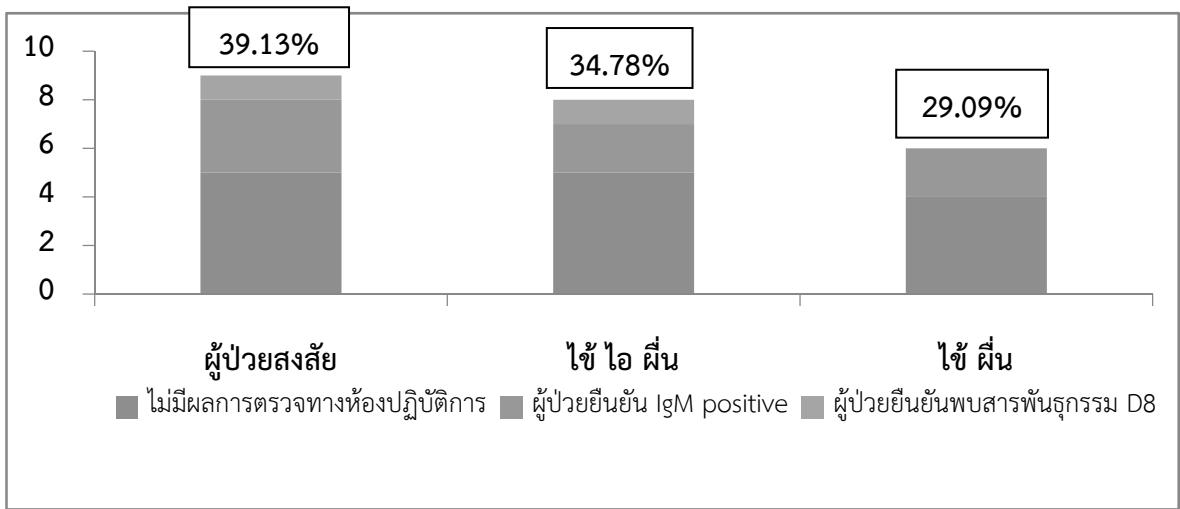
รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคหัดในโรงเรียนมัธยมในอำเภอศรีประจันต์ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างวันที่ 8 กุมภาพันธ์ - 28 มีนาคม 2561 จำแนกตามเพศ และชั้นเรียน



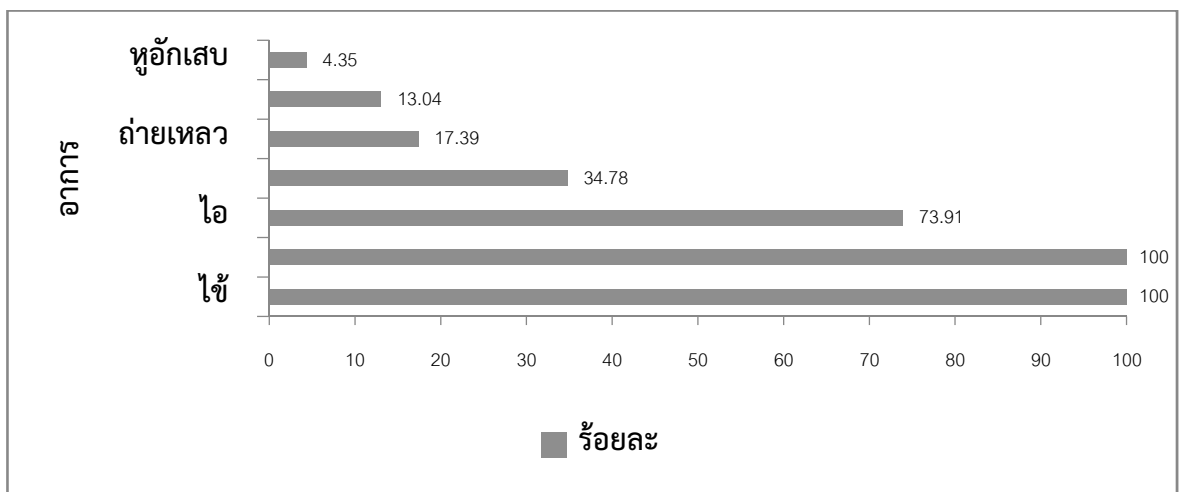
ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค 23 ราย และ 29.09 ของผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนทั้งหมด มีอาการเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยสงสัยโรคหัด คือ มีไข้ มีผื่น ไอ ร่วมกับอาการตาแดง หรือ น้ำมูกไหลอีก ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แสดงในรูปที่ 2 และแสดงอาการทางคลินิกของในรูปที่ 3

อย่างน้อย 1 อาการ จำนวน 9 ราย มีไข้ ผื่น และไอ 8 ราย มีไข้และผื่น 6 ราย ร้อยละ 39.13, 34.78,

รูปที่ 2 ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคหัดในโรงเรียนมัธยมในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างวันที่ 8 กุมภาพันธ์ -28 มีนาคม 2561 จำแนกตามกลุ่มอาการ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ



รูปที่ 3 ร้อยละของอาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีอาการเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคหัด



ผู้ป่วย 2 รายแรก เริ่มป่วยวันที่ 1 มีนาคม 2561 รายแรกเป็นครูสอนวิชาเคมี เพศหญิง อายุ 25 ปี เริ่มป่วยวันที่ 1 มีนาคม 2561 มีอาการไข้ มีน้ำมูก เริ่มมีผื่นวันที่ 7 มีนาคม 2561 ตรวจที่คลินิก วันที่ 8 มีนาคม 2561 ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่จังหวัด พิจิตร ช่วงก่อนป่วยประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยเดินทาง กลับบ้านที่จังหวัดพิจิตร แต่ปฏิเสธการสัมผัสผู้ป่วย โรคหัด หรือมีอาการคล้ายหัดก่อนเริ่มป่วย ในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนป่วย หลังป่วย โรงเรียนปิดเทอม จึงเดินทางกลับไปยังภูมิลำเนาที่จังหวัดพิจิตร ประมาณวันที่ 12 มีนาคม 2561 ไม่มีผลการตรวจ ยืนยันทางห้องปฏิบัติการรายที่ 2 เป็นนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 1 เพศชาย อายุ 13 ปี บ้านอยู่ในพื้นที่ หมู่ 5 ตำบลวังน้ำซบ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัด สุพรรณบุรี ป่วยในระหว่างวันที่ 1-6 มีนาคม 2561 มีไข้ และมีผื่น แต่ไม่ได้ไปพบแพทย์ปฏิเสธการสัมผัส ผู้ป่วยโรคหัด หรืออาการคล้ายหัด ไม่ได้เดินทางออกไป นอกพื้นที่ก่อนเริ่มป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ ช่วงที่ป่วย หลังจากไข้ลดและผื่นยุบแล้ว ผู้ป่วยยังมาโรงเรียน เนื่องจากเป็นช่วงใกล้สอบ รายสุดท้ายเป็นน้องสาว ของผู้ป่วยรายที่ 2 อยู่บ้านเดียวกัน ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 11 ปี เรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ผู้ป่วยมีอาการ ตาแดงและมีผื่น ในวันที่ 28 มีนาคม 2561 พบแพทย์ วันที่ 29 มีนาคม 2561 แพทย์ให้เจาะเลือดส่งตรวจ หา IgM for Measle ผู้ป่วยบางส่วนเป็นนักเรียนจาก ต่างจังหวัดที่ได้โควตานักกีฬา มาเก็บตัวอยู่ในโรงเรียน เพื่อฝึกซ้อมกีฬาจำนวน 12 ราย โดยพักอยู่ในบ้านพัก ในโรงเรียน และมีนักกีฬาบางส่วนที่มีภูมิลำเนา ในจังหวัดสุพรรณบุรี อาศัยอยู่ด้วย

การติดตามผู้สัมผัส

ผลการติดตามผู้สัมผัสผู้ป่วย พบผู้ป่วยจากการสัมผัส ผู้ป่วย 4 ราย โดยเป็นผู้ป่วยยืนยันทั้ง 4 ราย ผู้ป่วย 2 รายแรก เป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลศรีประจันต์ ที่ไปส่งผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอรรษา

เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2561 รายแรกเป็นพยาบาล ที่หอผู้ป่วยหญิงในของโรงพยาบาลศรีประจันต์ เพศหญิง อายุ 29 ปี เริ่มป่วยวันที่ 18 มีนาคม 2561 มีอาการไข้ ไอบ่อย มีเสมหะ ปวดศีรษะ แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 21 มีนาคม 2561 วินิจฉัยแรกรับไข้ ไม่ทราบสาเหตุ และสงสัย ไข้หวัดใหญ่ จึงเริ่มให้ยาต้านไวรัส Tamiflu (75 mg.) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เข้าเย็น หลังรับประทานยา ครั้งแรก 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีผื่นเป็นเม็ดแดง ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 1-3 มิลลิเมตร ขึ้นตามร่างกาย ที่ใบหน้า และมีคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย จากนั้นไข้ลดลง ผื่นมากขึ้น มีที่หลังคอ หน้าอก ท้อง หลัง แขนและขา เก็บตัวอย่าง เลือดส่งตรวจหา IgM for Measles ผลเป็นลบและ Enterovirus ผลเป็นลบทำ Throat swab ส่งหา สารพันธุกรรมเชื้อไวรัสหัด และไวรัสเอนเทอโร ผลพบว่า สารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโรคหัดสายพันธุ์ D8 ผู้ป่วยอยู่ห้องเช่ากับเพื่อนชาย 1 คน อายุ 38 ปี ยังไม่มีอาการป่วย เพื่อนร่วมงานที่หอผู้ป่วยในหญิง จำนวน 5 คน ยังไม่ป่วย และจำประวัติการรับวัคซีน ไม่ได้ทั้ง 6 คน

ผู้ป่วยจากการสัมผัสผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นพนักงาน ขับรถของโรงพยาบาล เริ่มมีไข้วันที่ 16 มีนาคม 2561 มีผื่นตามร่างกายวันที่ 20 มีนาคม 2561 มาตรวจวันที่ 21 มีนาคม 2561 แพทย์สงสัยเป็นหัดจึงเก็บตัวอย่าง เลือดตรวจหา IgM for Measles ให้ผลบวก และเก็บ ตัวอย่างจากการทำ Throat swab ส่งตรวจหาสาร พันธุกรรมของเชื้อไวรัสโรคหัด ผล พบสารพันธุกรรม ของเชื้อไวรัสโรคหัดสายพันธุ์ D8

ผู้ป่วยจากการสัมผัสผู้ป่วยรายที่ 3 เป็นเพศชาย อายุ 24 ปี อาชีพ ทำงานในโรงงานเกี่ยวกับยางรถยนต์ สัมผัสโรคจากน้องที่เป็นนักเรียนในโรงเรียนมัธยมแห่งนี้ โดยอาศัยอยู่บ้านเดียวกันที่บ้านในหมู่ 7 ตำบล วังน้ำซบ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

เริ่มป่วยวันที่ 21 มีนาคม 2561 ด้วยอาการไข้ ไอ ตาแดง และมีผื่นขึ้นตามร่างกายในวันเดียวกัน พบแพทย์วันที่ 22 มีนาคม 2561 แพทย์สงสัยเป็นหัด จึงเก็บตัวอย่างเลือดตรวจหา IgM for Measles ให้ผลกำกึ่ง (equivocal) ไม่สามารถแปลผลได้ และเก็บตัวอย่างจากการทำ Throat swab ส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโรคหัด ผลพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโรคหัดสายพันธุ์ D8 แพทย์ตรวจแล้ว ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการที่บ้าน

ผู้ป่วยจากการสัมผัสผู้ป่วยรายที่ 4 เป็นเพศหญิง อายุ 31 ปี อาชีพรับจ้างในร้านอาหาร สัมผัสโรคจากน้องที่เป็นนักเรียนในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง โดยอาศัยอยู่บ้านเดียวกันที่บ้านในหมู่ 5 ตำบลวังน้ำซับ อำเภอสรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี เริ่มป่วยวันที่ 22 มีนาคม 2561 ด้วยอาการไข้ ไอ และเริ่มมีผื่นขึ้นตามร่างกายในวันที่ 23 มีนาคม 2561 พบแพทย์วันที่ 26 มีนาคม 2561 แพทย์สงสัยเป็นหัด จึงเก็บตัวอย่างเลือดตรวจหา IgM for Measles ให้ผลบวก และเก็บตัวอย่างจากการทำ Throat swab ส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโรคหัด ผลพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโรคหัดสายพันธุ์ D8 แพทย์ตรวจแล้วให้ผู้ป่วยสังเกตอาการที่บ้าน

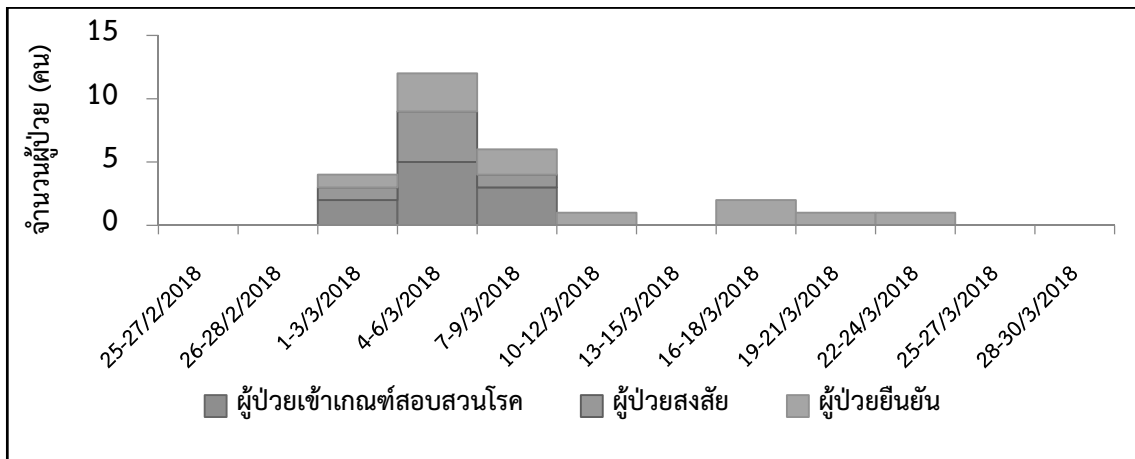
การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก

ผลการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศรีประจันต์ ตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่ 22 มีนาคม 2561 ตามรหัส ICD 10 TM ที่เกี่ยวข้อง คือ B 05, B 05.0-05.9, B 08.2, B08.3, R 508, R 509 พบ 81 เวชระเบียน เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยที่บันทึกอาการไข้ และผื่น ตามนิยามการค้นหาผู้ป่วยจำนวน 2 ราย เป็นนักเรียนของโรงเรียนแห่งเดียวกันทั้ง 2 ราย แพทย์ไม่ได้สั่งเจาะเลือดส่งตรวจหา IgM for Measles และพบประวัติผู้ป่วยอีก 1 ราย ที่ไม่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ระบาดในโรงเรียน แพทย์วินิจฉัยโรคไข้ดำแดง

1 ราย แต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการเอกซเรย์หา IgM for Measles ให้ผลบวก รวมพบผู้ป่วยสงสัยโรคหัดเพิ่มในเหตุการณ์ระบาดครั้งนี้ 2 ราย

จากการเฝ้าระวังผู้ที่มีอาการตามนิยาม ค้นหาผู้ป่วย พบผู้ป่วยในโรงเรียน และที่มาตรวจที่โรงพยาบาลศรีประจันต์จนถึง 21 วัน หลังพบผู้ป่วยรายสุดท้าย คือวันที่ 12 เมษายน 2561 พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค 27 ราย เป็นครู 3 ราย นักเรียน 20 ราย ผู้สัมผัสที่บ้าน 2 ราย เป็นผู้สัมผัสในโรงพยาบาล 2 ราย จากอาการทางคลินิก และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคหัด 17 ราย เป็นผู้ป่วยยืนยันจำนวน 11 ราย ผู้ป่วยสงสัยจำนวน 6 ราย โดยพบผู้ป่วยที่มีผลการตรวจหา IgM for Measles เป็นบวก 9 ราย ในจำนวนนี้ ทำ Throat swab ส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโรคหัด พบเชื้อไวรัสโรคหัดสายพันธุ์ D8 จำนวน 4 ราย และมีผู้ป่วยที่ผลการตรวจหา IgM for Measles เป็นลบ แต่ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโรคหัด สายพันธุ์ D8 อีก 2 ราย จำแนกตามอาการ พบว่าผู้ป่วยมีอาการเข้าได้กับนิยามผู้ป่วยโรคหัดตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหัดของสำนักระบาด จำนวน 10 ราย มีผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ โดยการตรวจหา IgM for Measles ให้ผลบวก 3 ราย และมีผลการตรวจหาสารพันธุกรรมพบเชื้อไวรัสโรคหัดสายพันธุ์ D8 เพียงอย่างเดียว 1 ราย ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวน จำนวน 17 ราย มีผลการตรวจหา IgM for Measles เป็นบวก 6 ราย และมีผลการตรวจหาสารพันธุกรรมพบเชื้อไวรัสโรคหัดสายพันธุ์ D8 เพียงอย่างเดียว 1 ราย ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคทุกรายมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ คือ เป็นครูและนักเรียนโรงเรียนเดียวกัน 16 ราย จำนวนผู้ป่วยแต่ละกลุ่มจำแนกตามวันเริ่มป่วย แสดงในรูปที่ 4

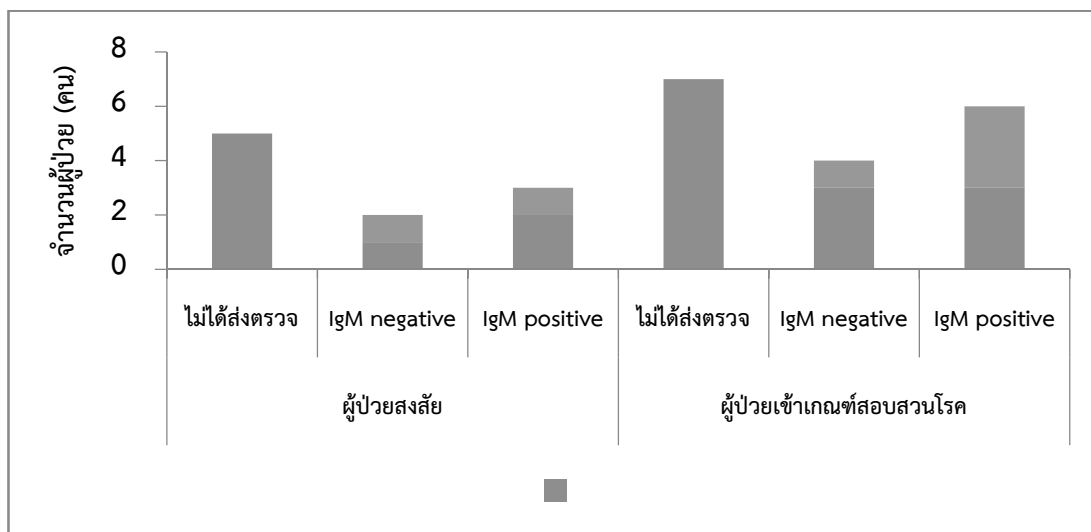
รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคหัดในโรงเรียนมัธยมในอำเภอศรีประจันต์ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างวันที่ 8 กุมภาพันธ์ – 28 มีนาคม 2561 จำแนกตามวันเริ่มป่วย



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่งตัวอย่างเลือดของผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค 1 ตัวอย่าง พบผลเป็นบวก 9 ตัวอย่าง ส่งตัวอย่าง จำนวน 15 ตัวอย่าง ตรวจหา IgM for Measles throat swab 8 ตัวอย่าง ผลพบสารพันธุกรรมของ ที่สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์ เชื้อไวรัสหัดสายพันธุ์ D8 จำนวน 6 ตัวอย่าง ดังแสดง การแพทย์ 12 ตัวอย่าง ส่งศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ในรูปที่ 5 ที่ 5 สมุทรสงคราม 2 ตัวอย่าง ห้องปฏิบัติการเอกชน

รูปที่ 5 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วย



เนื่องจากอาการของผู้ป่วยบางรายเข้าได้กับ ด้วย 5 ตัวอย่าง ผลการตรวจปัสสาวะ ไม่พบสารพันธุกรรม ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคใช้ชิคาด้วย จึงเก็บ ของเชื้อไวรัสชิคา ทั้ง 5 ตัวอย่าง ปัสสาวะส่งตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสชิคา

การศึกษาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

การสำรวจสภาพแวดล้อมในบ้านพักนักกีฬาของโรงเรียน นักกีฬาอยู่รวมกันห้องละประมาณ 2-6 คน อยู่ร่วมกันแบบใกล้ชิดเหมาะต่อการแพร่โรค เด็กนอนบนเบาะนอนเรียงติดกันไม่มีช่องว่างระหว่างเบาะนอนของแต่ละคน สุ่มตรวจจุกน้ำยุงลายที่พักจำนวน 7 หลัง พบจุกน้ำยุงลาย 4 หลัง พบตัวมดจำนวนมาก ค่า HI = 57.14 เกินเกณฑ์ที่กำหนด

ประวัติการได้รับวัคซีน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มั่นใจประวัติการได้รับวัคซีนของตนเอง

การประเมินความเสี่ยงการระบาดของโรคในพื้นที่

1. ภายหลังผู้ป่วยมีอาการ บางรายเดินทางกลับบ้านที่ต่างจังหวัด อาจจะมีการแพร่เชื้อในระหว่างการเดินทางและในพื้นที่ภูมิลำเนาของผู้ป่วยรายนั้นๆ จึงควรมีการประสานกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่ ดำเนินการให้วัคซีนป้องกันโรคหัดและเฝ้าระวังโรคต่อเนื่องในพื้นที่ดังกล่าว

2. เนื่องจากโรงเรียนแห่งนี้ เป็นที่เก็บบัณฑิตนักกีฬาทัวแทนของจังหวัด มีนักกีฬาบางส่วนที่ป่วยเป็นโรคหัด ทำให้นักกีฬาทั้งหมดเป็นผู้สัมผัสโรค เพราะมีการฝึกซ้อมร่วมกันก่อนป่วย รวมทั้ง ครูผู้ควบคุมทีมด้วย นักกีฬาส่วนใหญ่พักรวมกัน ซึ่งโรงเรียนจะส่งนักกีฬาไปแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติที่ต่างจังหวัด จำนวน 16 ราย และครูผู้ควบคุมทีม 5 ราย โดยออกเดินทางวันที่ 19 มีนาคม 2561 ซึ่งคณะนักกีฬามีความวิตกกังวลกลัวว่าจะถูกตัดสิทธิ์ไม่ให้เข้าแข่งขัน จากการสอบสวนพบว่าผู้ป่วย 1 ราย พันระยะแพร่โรคแล้ว และผู้สัมผัสรายอื่น ทีมสอบสวนโรคประสานกับฝ่ายเวชภัณฑ์ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี และโรงพยาบาลศรีประจันต์ขอวัคซีนป้องกันโรคหัด (MR) มาให้ผู้สัมผัสในกลุ่มนี้ ในวันที่ 16 มีนาคม 2561

เมื่อนับจากวันเริ่มป่วยรายแรก พบว่าในวันเดินทางไปแข่งขันกีฬา จะพ้นระยะฟักตัว 21 วันแล้ว

การให้วัคซีนป้องกันโรคหัด

ผู้สัมผัสเชื้อในโรงเรียนจำนวน 309 คน เป็นครูและบุคลากรของโรงเรียน 47 คน นักเรียน 262 คน (รวมนักเรียนที่มาฝึกซ้อมกีฬา 48 คน) สามารถติดตามนักเรียนที่มาเก็บตัวฝึกซ้อมกีฬาที่สัมผัสโรคและไม่มีประวัติรับวัคซีนหรือจำประวัติรับวัคซีนไม่ได้มารับวัคซีนป้องกันโรคหัดได้จำนวน 29 คน ครูและบุคลากรของโรงเรียน 11 คน ในจำนวนนี้เป็นนักกีฬาที่ต้องเดินทางไปแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติต่างจังหวัด จำนวน 16 คน และครูผู้ควบคุมทีม 5 คน

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค

1. ชี้แจงให้ผู้สัมผัสและครูผู้ดูแลนักเรียนที่เก็บตัวฝึกซ้อมกีฬา เฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ ถ้ามีอาการไข้ มีผื่น ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

2. แนะนำการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล และการใส่หน้ากากอนามัย โดยได้รับการสนับสนุน หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ และน้ำยาฆ่าเชื้อจาก รพ.ศรีประจันต์และการประสานเคมีกำจัดยุง (หมอกควันจาก อบต.ศรีประจันต์)

3. ประสานกับฝ่ายเวชภัณฑ์ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี และโรงพยาบาลศรีประจันต์ เพื่อจัดหาวัคซีนป้องกันโรคหัดสำหรับผู้สัมผัสโรคที่ต้องเดินทางไปแข่งขันกีฬาที่ต่างจังหวัด และนักเรียนที่มาเก็บตัวฝึกซ้อมกีฬาที่โรงเรียนจำนวน 29 คน ครูและบุคลากรของโรงเรียนที่สัมผัสโรคจำนวน 11 คน รวม 40 คน ในวันที่ 16 มีนาคม 2561

4. ประสานกับกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ตรวจสอบคลังวัคซีนทุกแห่งเพื่อจัดเตรียมวัคซีนป้องกันโรคหัดสำหรับผู้สัมผัสเชื้อในห้องเรียนเดียวกับ

ผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 602 คน คลังวัคซีนสามารถสนับสนุนวัคซีน จาก สปสช.และองค์การเภสัชกรรม จำนวน 300 Doses

5. จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยและผู้สัมผัสที่ต้องเฝ้าระวังอาการ เพื่อเฝ้าระวังอาการป่วยและแจ้งให้พื้นที่ที่ผู้ป่วยบางส่วนเดินทางกลับภูมิลำเนา หลังสอบเสร็จเฝ้าระวังการเกิดโรค

6. คัดแยกรายชื่อผู้สัมผัสโรคทั้งหมด เพื่อดำเนินการฉีดวัคซีน และส่งรายชื่อและที่อยู่ผู้ป่วยที่เดินทางกลับภูมิลำเนา โดยประสานสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่ดำเนินการให้วัคซีน ป้องกันโรคหัดและเฝ้าระวังโรคต่อเนื่อง

7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับโรงพยาบาลศรีประจันต์ให้วัคซีนป้องกันโรคหัด แก่ผู้สัมผัสผู้ป่วยในโรงเรียนและผู้สัมผัสในชุมชนที่อยู่ในพื้นที่อำเภอศรีประจันต์ผ่านทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 300 คน

8. เก็บปัสสาวะส่งตรวจหาสารพันธุกรรมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 5 ตัวอย่าง และเจาะเลือดส่งตรวจหา IgG, IgM for Measles จำนวน 8 ตัวอย่าง ส่งสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ วันที่ 16 มีนาคม 2561 ผลการตรวจปัสสาวะหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสซิกา ไม่พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสซิกา

9. สุ่มตรวจลูกน้ำยุงลายในบ้านพักจำนวน 7 หลัง พบลูกน้ำจำนวน 4 หลัง พบตัวโม่งจำนวนมาก

10. แนะนำให้ผู้พักอาศัยในโรงเรียน กำจัดลูกน้ำยุงลาย โดยการถ่ายน้ำในท้องน้ำที่พบลูกน้ำทั้งหมด และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์บริเวณรอบบ้านพักเป็นโอ่งขนาด 100 ลิตร จำนวน 1 ภาชนะ และแนะนำการทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัยด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ

11. เฝ้าระวังอาการผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่จนครบ 2 เท่า ระยะพักตัว (42 วัน จากวันเริ่มป่วย ผู้ป่วยรายสุดท้าย) คือ วันที่ 3 พฤษภาคม 2561

วิจารณ์ผล

1. ยืนยันการระบาดของโรคหัดในโรงเรียนมัธยม และในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ในระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561 – 22 มีนาคม 2561 เนื่องจากพบผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหัด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการรวม 17 ราย เป็นผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 11 ราย ผู้ป่วยสงสัย จำนวน 6 ราย สามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 2 ระยะพักตัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยาอย่างชัดเจน คือ อยู่ในโรงเรียนเดียวกัน เป็นนักกีฬาที่ฝึกซ้อมร่วมกัน เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน และเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่สัมผัสผู้ป่วย

2. มีการประสานงานกันในระดับพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ โรงพยาบาลศรีประจันต์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ระดับจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และระดับเขต คือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี กองโรคป้องกันด้วยวัคซีนในการจัดหาวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้สัมผัสที่ต้องเดินทางไปต่างจังหวัดได้ทันภายในเวลา 72 ชม. ภายหลังสอบสวนโรค รวมทั้ง สามารถระดมเจ้าหน้าที่มาช่วยในการสอบสวนโรคและควบคุมโรค ซึ่งถือเป็นจุดแข็งของชุมชนนี้

3. ผลการศึกษาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน พบว่ามีจุดเสี่ยงสำคัญที่อาจทำให้มีการระบาดของโรคในครั้งนี้ คือ ระยะเวลาที่มีการระบาดของโรคเป็นช่วงใกล้สอบปลายภาค นักเรียนที่มีอาการป่วยบางรายจะไม่หยุดเรียน

ระยการแพร่ของโรคที่สามารถแพร่เชื้อได้ ตั้งแต่ก่อนมีอาการป่วยและหลังมีผื่นแล้ว 3-4 วัน การติดต่อของโรคเป็นการติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ เชื้อสามารถแพร่กระจายไปในอากาศได้ จึงทำให้ยากต่อการป้องกันโรค

4. นักเรียนที่เป็นนักกีฬา ส่วนใหญ่จะอยู่ในบ้านพักของโรงเรียน เพื่อเก็บตัวซ้อมกีฬา ถึงแม้จะหยุดเรียนเมื่อมีอาการป่วย แต่ยั้งต้องพักรวมกับเพื่อน รวมทั้งการซ้อมกีฬาบางชนิด มีการสัมผัสกันของนักกีฬาอย่างใกล้ชิด เช่น กีฬาฟันจักสกีส์ที่เป็นการต่อสู้แบบประชิดตัวทำให้สามารถติดต่อโรคกันได้ง่าย

5. นักเรียนบางส่วนมีภูมิลำเนาต่างจังหวัด เมื่อโรงเรียนปิดเทอมหลังวันที่ 16 มีนาคม 2561 จึงเดินทางกลับภูมิลำเนา ทำให้มีโอกาสแพร่เชื้อสู่ชุมชนอื่นได้

6. จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนบางราย ที่มีอาการไม่ครบตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหัด คือ มีเพียงแค่อากาไรไข้ และมีผื่น หรือ ไข้ ไอ และมีผื่น แต่สามารถตรวจพบภูมิคุ้มกัน ชนิด IgM ในกระแสเลือด หรือตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโรคหัดได้ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าขณะที่สัมภาษณ์ผู้ป่วย อาจเป็นช่วงที่ผู้ป่วยยังมีอาการไม่ครบ หรือผู้ป่วยจำอาการไม่ได้ หรือ มีผู้ป่วยมีอาการน้อยกว่าที่เกณฑ์วินิจฉัยโรคกำหนดไว้ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มในเรื่องนี้ ซึ่งหากมีข้อมูลเพิ่มเติม ยืนยัน จะสามารถทำให้การเฝ้าระวังโรคหัดทำได้รวดเร็วขึ้น

ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค

1. ช่วงที่เกิดเหตุการณ์ระบาดเป็นช่วงสอบปลายภาค และเริ่มปิดเทอม ผู้ป่วยบางส่วนที่สอบเสร็จแล้ว จึงหยุดเรียนแล้ว ไม่สามารถติดตามตามอาการได้ครบทุกราย

2. ช่วงที่เกิดการระบาดของโรค ได้รับการชี้แจงจากกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค ว่าวัคซีนหมดคลัง จึงไม่สามารถนำวัคซีนมาสนับสนุนการควบคุมโรคในผู้สัมผัสโรคทั้งหมดได้ในเวลา 72 ชั่วโมง

สรุปผล

1. ยืนยันการระบาดของโรคหัดในโรงเรียนมัธยมและในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ในระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561–22 มีนาคม 2561 โดยพบผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหัด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันรวม 17 ราย เป็นผู้ป่วยยืนยันจำนวน 11 ราย ผู้ป่วยสงสัยจำนวน 6 ราย สามารถควบคุมให้สงบได้ภายใน 1 ระยะฟักตัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยา คือ อยู่ในโรงเรียนเดียวกัน เป็นนักกีฬาที่ฝึกซ้อมร่วมกัน เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน และเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่สัมผัสผู้ป่วย

2. ไม่สามารถค้นหาแหล่งที่มาของโรคได้ ว่าผู้ป่วยรายแรกรับเชื้อมาจากที่ใด แต่ภายหลังมีผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ระบาด สามารถบอกความเชื่อมโยงได้เป็นส่วนใหญ่ คือ เรียนอยู่ห้องเดียวกัน ซ้อมกีฬาด้วยกัน เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้าน หรือสัมผัสผู้ป่วยจากการปฏิบัติงาน

3. ขนาดของปัญหา พบผู้ป่วยสงสัยและผู้ป่วยยืนยันทั้งหมด 17 ราย โดยที่เป็นครูและนักเรียนจำนวน 13 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 1.48 ของจำนวนนักเรียนและบุคลากรของโรงเรียนทั้งหมด อาจเป็นการติดเชื้อในพื้นที่ และพบมีการแพร่ไปยังผู้สัมผัสในชุมชนและในโรงพยาบาล แต่สามารถควบคุมโรคให้สงบลงได้ใน 2 generation

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ควรมีการสำรองวัคซีนป้องกันโรคหัดไว้เพื่อตอบโต้การระบาดของโรคหัดอย่างเพียงพอ หรือควรมีระบบการจัดการที่สามารถขอใช้วัคซีนของหน่วยงานในพื้นที่ข้างเคียงที่พอจะสามารถสำรองให้ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณฉัตรนรินทร์ พลการ เกษัชกร ชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ที่ช่วยประสานขอวัคซีนมาให้ทันกักขังที่ต้องเดินทางไปแข่งขันต่างจังหวัดได้อย่างรวดเร็ว และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข้างเคียงในพื้นที่ ในการอำนวยความสะดวกในการฉีดวัคซีนให้กับนักศึกษาที่โรงเรียน สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีประจันต์ โรงพยาบาลศรีประจันต์ และเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอศรีประจันต์ ที่อำนวยความสะดวกในการสอบสวนโรคและควบคุมโรคครั้งนี้ ให้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยนิษฐ์ ธรรมาภรณ์พิลาศ, เลิศฤทธิ์ ลีลาธร. แนวทางการเฝ้าระวังควบคุมโรค การตรวจรักษา และส่งตัวอย่างตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อการกำจัดโรคหัดตามโครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ (ฉบับปรับปรุงวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2559). กรุงเทพฯ; สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ : 2559: p18-19