

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

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

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2561

Volume 2 No.1 July-Dec 2018 ISSN : 2539-6676

หน้า

Page

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาสถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ
ทางถนนในจังหวัดนครปฐม : โรงพยาบาลนครปฐม
ประณี ตั้งจารุวัฒนชัย

12

Contents

Original Articles

The Study about Road Traffic injury Situation
in NakhonPathom Province : NakhonPathom
Hospital

Pranee Tungcharuwattanachai

ประสิทธิภาพของน้ำหมักชีวภาพ (EM) ในการซักผ้า
ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง งานซักฟอกโรงพยาบาล
ศรีประจันต์
นางจุฬาร ขำดี

20

The Effectiveness of EM for Washing the
Contaminated Secretion Clothes,
Laundry Unit, Si Prachan Hospital

Chulaporn Khamdee

การศึกษารูปแบบกลไกการสื่อสารความเสี่ยงด้าน
โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อการ
ขับเคลื่อนเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐ
ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในยุค Thailand 4.0
ชญากา ไตรวิญญ์สกุล

32

The Study of Mechanism Communicate
and Support due to Driving Corporation
Among Government, Non - Government and
Civil Society on AIDS and STIs Network in
Thailand 4.0

Chayapa Triwisakun

ประสิทธิภาพของสารฆ่าแมลงกลุ่มนีโอนิโคตินอยด์
และไพรีทรอยด์บางชนิดในการควบคุมเห็บ
วิลไล เครื่องคำ

46

Efficacy of Some Neonicotinoid and Pyre-
throid Insecticides for Controlling Bed Bug
Cimex hemipterus (Fabricius)

Wilail Kheungkham

รูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่
องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2 แห่งในจังหวัด
ราชบุรี

58

Rabies-Free Zone in Two Sub-District
Administrative Organizations (SAO),
Ratchaburi Province

กฤตยา โยธาประเสริฐ

Kittaya Yothaprasert

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี
เป็นวารสารทางวิชาการในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

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

คณะที่ปรึกษา

- | | | | |
|-------------------|--------------|--------------------------------------|-----------|
| 1. นายแพทย์สุเมธ | องค์วรรณดี | ผู้อำนวยการสำนักงาน | ที่ปรึกษา |
| | | ป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี | |
| 2. แพทย์หญิงจุไร | วงศ์สวัสดิ์ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | ที่ปรึกษา |
| 3. นายแพทย์อรรถพล | ชีวะสัตยากร | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | ที่ปรึกษา |
| 4. นายแพทย์โอภาส | พูลพัฒน์ | ข้าราชการบำนาญ | ที่ปรึกษา |
| 5. รศ.ดร.มธุรส | ทิพย์มงคลกุล | รองศาสตราจารย์ | ที่ปรึกษา |
| | | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | |

บรรณาธิการ

- | | | |
|--------------|-------------|-------------------|
| นายแพทย์พราน | ไพโรสุวรรณ์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ |
|--------------|-------------|-------------------|

คณะบรรณาธิการ

- | | | |
|--------------------|---------------|----------------------------------|
| 1. นายแพทย์พราน | ไพโรสุวรรณ์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ |
| 2. นายนิคม | กสิวิทย์อำนวย | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| 3. นางสาวโสภภาพรณ | จิรนิติชัย | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| 4. นพ.พงศ์ธร | ชาติพิทักษ์ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| | | สำนักเครื่องดื่มนอกแอลกอฮอล์ |
| 5. นางสาวจุฑาทิพย์ | ชมพูนุช | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 6. นายกวี | โพธิ์เงิน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 7. นายธีรเนตร | พานิชเจริญ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |

8. นายไกรฤกษ์	สุธรรม	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ
9. นางปัญพพร	อินบำรุง	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
10. นางเพชรรัตน์	อรุณภาคมงคล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
11. ว่าที่ ร.ต.อนุสรณ์	ภวภูตานันท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
12. นายสุประสันน์	วิริยะวงศานุกูล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
13. นางจอมสุตา	อินทรกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
14. นางสาวทิพสุคนธ์	บำรุงวงศ์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผู้จัดการ

1. นางสาวศุภลักษณ์	แย้มสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
--------------------	----------	-----------------------

ฝ่ายจัดการ

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

คณะผู้จัดทำวารสาร

1. นางสาวกฤตยา	โยธาประเสริฐ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
2. นางจตุพร	กุศลสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
3. นางกัญยา	เอกอัคร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
4. นางนิภา	สอสะอาด	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
5. นางปิยนุช	เทพยสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. นางสาวสงกรานต์	ดีรีน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
7. นางสาวฉัตรนรินทร์	พลการ	เภสัชกรชำนาญการ
8. นางสาวสุธาทิพย์	บุรณสกลิตนันท	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
9. นางสาวศิริวรรณ	พูลพิพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
10. นางพรวิมล	ชำนาญกิจ	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

กำหนดออก ปีละ 2 ครั้ง มกราคม, กรกฎาคม

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

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ยินดีรับบทความทางวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพหรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือรอการตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

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

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

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

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

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง
บทความพื้นวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง ที่นำมาเขียน วิจารณ์ 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 ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ

บทนำ	ศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
วัตถุประสงค์และวิธีการ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
วัสดุและวิธีการ	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูลวิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุป เปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใดและควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
เอกสารอ้างอิง	1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 2. การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม 3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิงเว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่ไม่ได้ทั่วๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิงให้ใช้ชื่อย่อ

ตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ และรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

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

ก. วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช

ตัวอย่าง เช่น ธีระ รามสูต, นิวัติ มนตรีวิสุติ, สุรศักดิ์ ลัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากกวางขวางของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 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. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน:ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค. ตระหนักจิต หะริณสุต, 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

neurophysiology. 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 เอื้อมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542. 80 หน้า.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

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

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

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

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

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

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

4. การส่งต้นฉบับ

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

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร พร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนามัน ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 2 ท่านร่วมพิจารณา

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 5 เล่ม

ความรับผิดชอบ

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

ใบสมัครส่งบทความ/ผลงานวิชาการลงตีพิมพ์
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

1. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)

.....
.....

2. ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)

.....
.....

3. ผู้นิพนธ์

.....

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

4. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

..... วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

..... วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

6. สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล

☐ เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความ/ผลงานวิชาการนี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงชื่อ..... เจ้าของบทความ/ผลงานวิชาการ

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

7. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ

1. ต้นฉบับบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 สำหรับภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพถ่ายขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกออกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ

2. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ ให้ส่งเอกสารต้นฉบับ 1 ชุดพร้อม Electronics File โดย

2.1 ใบสมัครและเอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว ส่งที่กลุ่มพัฒนางานวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ถนนศรีสุริยวงศ์ 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 2 ฉบับที่ 2 ของปี พ.ศ.2561 เริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2561 โดยคณะบรรณาธิการ ได้ประมวลเอาเนื้อหาสาระทางวิชาการที่หลากหลายให้กับผู้อ่านทุกๆ ท่านได้นำเอาองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางานทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ได้มากยิ่งขึ้น คณะบรรณาธิการและคณะผู้เชี่ยวชาญจึงได้กลั่นกรองเนื้อหาวิชาการอย่างเข้มข้น และดำเนินการผลิตเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ ประสิทธิภาพของน้ำหมักชีวภาพ(EM) ในการซักผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งงานซักฟอกโรงพยาบาลศรีประจันต์การศึกษาศาสนาการณการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดนครปฐม : โรงพยาบาลนครปฐมการศึกษารูปแบบกลไกการสื่อสารความเสี่ยงด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อการขับเคลื่อนเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในยุค Thailand 4.0ประสิทธิภาพของสารฆ่าแมลงกลุ่มนีโอนิโคตินอยด์ และไพรีทรอยด์บางชนิดในการควบคุมเรือดและรูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2 แห่งในจังหวัดราชบุรีซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานต่อไป

บรรณาธิการ

การศึกษาสถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดนครปฐม : โรงพยาบาลนครปฐม

The Study about Road Traffic injury Situation in NakhonPathom Province : NakhonPathom Hospital

ปราณี ตั้งจารุวัฒนชัย วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) Pranee Tungcharuwattanachai M.Sc.(Public Health)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม NakhonPathom Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดนครปฐม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่เดือนมกราคม 2556 – ธันวาคม 2560 และศึกษาระบบการนำส่งผู้บาดเจ็บมายังโรงพยาบาล การดูแลรักษาผู้บาดเจ็บวิกฤต ในการนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้บาดเจ็บให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังเฉพาะผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556– 31 ธันวาคม 2560 ที่บันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรมเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุของผู้บาดเจ็บที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า อุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด ถึงร้อยละ 33.53 สาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต ร้อยละ 66.42 เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน และเดือนตุลาคม เป็นเดือนที่พบว่ามีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตมากที่สุด โดยเฉพาะช่วงวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ และเกิดเหตุในช่วงเวลา 16.00 -19.59 น. ถึงร้อยละ 29.00 ในส่วนของการเสียชีวิต พบว่า ร้อยละ 33.00 เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล (ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ และระหว่างนำส่ง) นอกจากนี้ยังพบว่า เพศชายมีการบาดเจ็บมากกว่าเพศหญิง แต่อัตราการเสียชีวิตในเพศหญิง พบถึงร้อยละ 79.06 และยังพบช่วงวัยทำงาน อายุระหว่าง 15–59 ปี โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีการบาดเจ็บและเสียชีวิตมากที่สุด ถึงร้อยละ 19.46 ในด้านอาชีพ พบว่า ร้อยละ 50.88 เป็นผู้ใช้แรงงาน ส่วนยานพาหนะที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิต ได้แก่รถจักรยานยนต์ โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกๆ ปี อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บและทำให้เสียชีวิตมากที่สุด คือ ศีรษะ พบได้ถึงร้อยละ 74.00 โดยพบว่าการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะมีแนวโน้มลดลง ผู้ขับขีส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.00 ไม่มีการสวมหมวกนิรภัย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ถึงร้อยละ 61.00 มีการดื่มแอลกอฮอล์และขับขี่รถจักรยานยนต์พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงการใช้เข็มขัดนิรภัยในผู้ขับขีรถยนต์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ด้านการส่งต่อผู้บาดเจ็บจากโรงพยาบาลเครือข่ายมายังโรงพยาบาลนครปฐมมีแนวโน้มลดลง และการดูแลผู้บาดเจ็บก่อนนำส่งมีการปฐมพยาบาล โดยการตาม/Splint มีแนวโน้มที่สูงขึ้น และผู้บาดเจ็บในกลุ่มผู้บาดเจ็บรุนแรง (มีค่า Ps score >0.75) พบว่ามีผู้รอดชีวิตมากขึ้น

สรุปผลการศึกษา การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะรวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยจากเครือข่ายมีแนวโน้มลดลง สืบเนื่องจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ที่เกิดเหตุ ระหว่างนำส่ง มีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย การพัฒนาระบบการบริการในห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก/ทั่วไป ห้องผ่าตัด โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรกู้ชีพให้สามารถดูแลช่วยเหลือและนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องและทันเวลาที่ จึงควรมีการสนับสนุนและพัฒนาทีมกู้ชีพที่ปฏิบัติงานด้วยจิตอาสาให้มีคุณภาพและครอบคลุมทุกพื้นที่

Abstract

The purposes of this research was to the study road traffic injury in Nakhon Pathom Province at Nakhon Pathom Hospital since January 2013 to December 2017 and studied pre hospital care system, critical care service to developed the best performance.

By using study design and used data from Nakhon Pathom hospital since January 1th 2013 to December 31st 2017 which reported in Injury Surveillance Program.

The results found that the cause of injury was road traffic injury (33.53 %) and caused of death (66.42%). The most injuries and deaths were in October, especially on weekend Saturday and Sunday. The highest accident period time was at 04.00 - 07.59 pm.(29.00%). In the death case found that 33.00% happened in Pre hospital (Died at the scene and during taken to hospital). Gender was male had more injuries than female but female death rate is so high (79.06%) and they were working age group(15-59 years old) especially teenage (15-19 years old) was the highest (19.46%). In the occupation found that (50.88%) were workers. The vehicle that caused injury and death were motorcycle. Which trend was rising every year. The most injured and fatal organ was 74.00% of the head injury and tends to decrease. The driver had no helmet (72.00%) and was the caused of death (61.00 %). There was an increasing alcohol drinking while driving a motorcycle and the use of seat belts in motorists tends to increase as well. The transfer system from other network hospital to Nakhon Pathom Hospital was likely to decrease and caring for the wounded before delivery, first aid by splint increasing, severe injuries had Ps score >0.75 and it was higher survivor.

The summary of our findings in research suggestion that head Injury which the cause of death and the transfer system rate from other hospital to Nakhon Pathom Hospital are decrease trend because of the development of the injury care system at the scene and during take to hospital. They have developing the transfer system, Emergency Room service, Intensive Care Unit, Wards and Operation Room. Especially the develop of the rescuers can be assist and send to the hospital accurately and promptly. So we shall support and develop the rescuers team that performs volunteer work to provide quality and cover all areas.

ประเด็นสำคัญ

สถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน/
โรงพยาบาลนครปฐม

Key words :

Road Traffic injury Situation/
NakhonPathom Hospital

บทนำ

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.2558 พบว่า ในแต่ละปีประชาชนทั่วโลก เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนประมาณ 1.25 ล้านคน หรือ 3,400 คนต่อวัน นอกจากนี้ ประมาณ 20-50 ล้านคน มีความพิการตามมา และยังเป็นสาเหตุ เสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรอายุ 15-29 ปีโดยเพศชาย เสียชีวิตมากกว่าเพศหญิงเกือบ 3 เท่า¹ สำหรับ สถานการณ์ในประเทศไทย จากสถิติข้อมูลมรณบัตร ในช่วงปี พ.ศ. 2555 – 2559 พบว่าอัตราการเสียชีวิต อยู่ระหว่าง 21-23 ต่อแสนประชากร เฉลี่ย 14,771 คน ต่อปี กลุ่มประชากรที่เสียชีวิตสูงสุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-19 ปี รองลงมา คือ 20–24 ปี รถจักรยานยนต์เป็น พาหนะที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุดในทุกกลุ่มวัย²

การกำหนดเป้าหมายในการลดการเสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนตามกรอบปฏิญญามอสโก ที่กำหนดให้ปี พ.ศ. 2555–2563 เป็นทศวรรษ แห่งความปลอดภัยทางถนน (Decade of Action for Road Safety) คืออัตราการเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุทางถนน ใน ปี พ.ศ.2563 ลดลง ร้อยละ 50 จากปี พ.ศ. 2553 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนด อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ใน ปี พ.ศ.2560 ไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร โดยผลการวิเคราะห์ ข้อมูลจากรายงานสาเหตุการเสียชีวิตจากใบมรณบัตร พบว่า อัตราการเสียชีวิตทั่วประเทศเฉลี่ยเท่ากับ 20.68 ต่อแสนประชากร ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด³

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การบาดเจ็บและ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุทางถนน

3. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรง ของการบาดเจ็บ

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive analytical research) โดยศึกษา ข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective analytical) ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556 – 31 ธันวาคม 2560

ประชากร / กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นผู้บาดเจ็บ จากอุบัติเหตุทางถนนทุกรายที่มาได้รับการรักษา พยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล นครปฐม ระยะเวลา ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2560 ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดย ใช้โปรแกรมการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ขอบเขตการวิจัย

เก็บข้อมูลเฉพาะผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทาง ถนนที่มาได้รับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) และบันทึกเข้าโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

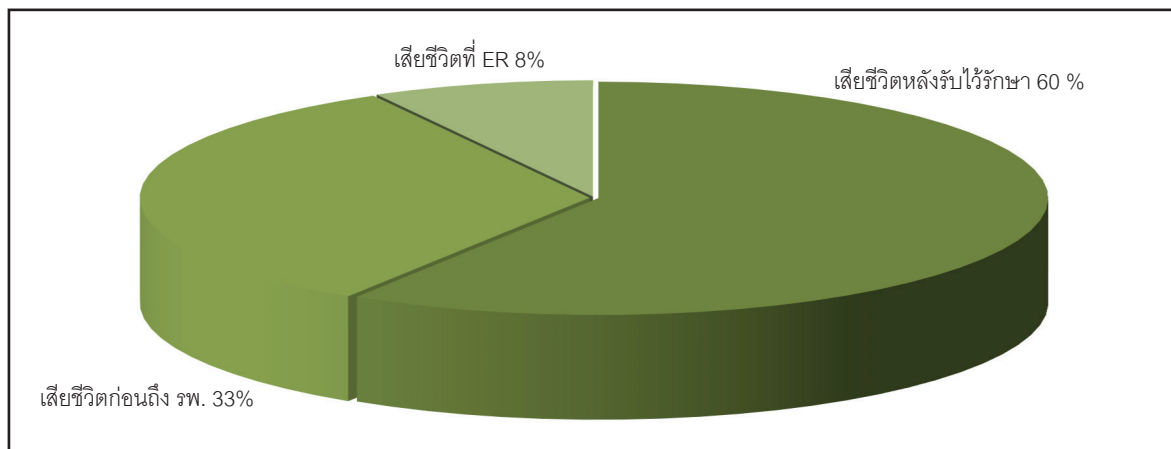
การศึกษาค้นคว้านี้ ได้กำหนดการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย,

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ, โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนพบมากที่สุด ถึงร้อยละ 33.53 จากการบาดเจ็บทั้งหมด

รวมถึงสาเหตุการเสียชีวิตพบมาก ถึงร้อยละ 66.52 จากผู้บาดเจ็บทั้งหมด แต่มีแนวโน้มลดลง มีการเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล (ตั้งแต่จุดเกิดเหตุและระหว่างนำส่งโรงพยาบาล) ถึงร้อยละ 33 สัดส่วนการเสียชีวิตตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ในห้องฉุกเฉินและในโรงพยาบาลนับจนถึง 30 วัน โดยภาพรวมอยู่ที่ 33:8:59 ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของสถานที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

เพศชายมีอัตราการบาดเจ็บมากกว่าเพศหญิง (62.33 : 37.67) และอัตราการเสียชีวิตในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (79.06 : 20.93) ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 10-15 ปีมีการบาดเจ็บและเสียชีวิตมากที่สุด ถึงร้อยละ 19.46 ดังตารางที่ 1 ในด้านอาชีพ มีผู้ใช้แรงงานเสียชีวิต ถึงร้อยละ 50.88 รองลงมา คือ กลุ่มนักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 22.85

ช่วงวันหยุด เสาร์/อาทิตย์ มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตมากกว่าวันอื่นๆ ในสัปดาห์ โดยเฉพาะวันอาทิตย์มีจำนวนมากที่สุดช่วงเวลา ระหว่าง 16.00-19.59 น. มีผู้บาดเจ็บ ร้อยละ 29.00 รองลงมา เป็นช่วงเวลาระหว่าง 20.00-23.59 น. ร้อยละ 19.00 สำหรับช่วงเวลาที่มิใช่เสียชีวิตสูงสุด ได้แก่ ช่วงเวลา 20.00-23.59 น. ถึงร้อยละ 24.00 ในส่วนของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ต้องเข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยใน ถึงร้อยละ 39.89 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่

ตารางที่ 1 จำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ	ชาย		หญิง		รวม	
	บาดเจ็บ	ตาย	บาดเจ็บ	ตาย	บาดเจ็บ	ตาย
< 1 ปี	28	1	23	0	51	1
1 ปีถึง< 5 ปี	547	4	410	3	957	7
5 ปีถึง< 10 ปี	563	4	427	1	990	5
10 ปีถึง< 15 ปี	1,723	24	985	7	2,708	31
15 ปีถึง< 20 ปี	5,169	131	2,460	23	7,629	154
20 ปีถึง< 25 ปี	3,834	121	2,084	22	5,918	143
25 ปีถึง< 30 ปี	2,280	74	1,280	19	3,560	93
30 ปีถึง< 35 ปี	2,006	83	1,174	13	3,180	96
35 ปีถึง< 40 ปี	1,705	67	1,042	17	2,747	84
40 ปีถึง< 45 ปี	1,350	75	949	20	2,299	95
45 ปีถึง< 50 ปี	1,219	57	936	21	2,155	78
50 ปีถึง< 55 ปี	1,060	53	908	20	1,968	73
55 ปีถึง< 60 ปี	876	43	758	14	1,634	57
60 ปีขึ้นไป	1,885	128	1,221	49	3,106	177
ไม่ทราบอายุ	3	0	1	0	4	0
รวม	24,248	865	14,658	229	38,906	1,094

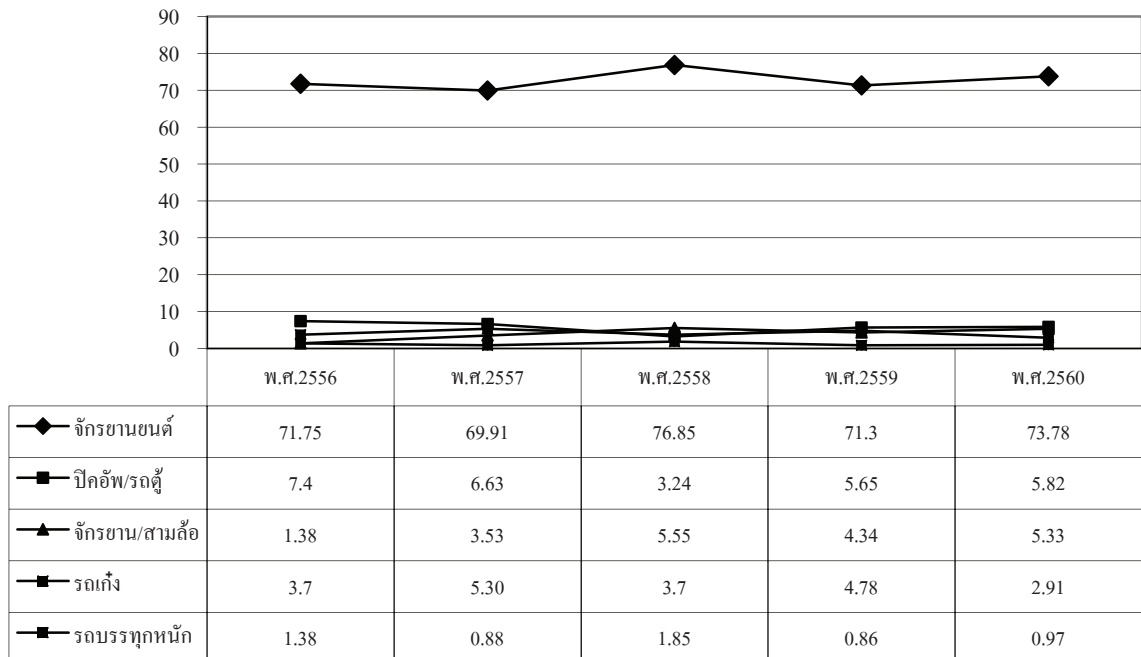
ตารางที่ 2 จำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำแนกตามเวลาที่เกิดเหตุ

ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ	จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด	จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด
00.00 – 03.59น.	4,292	175
04.00 – 07.59 น.	3,979	145
08.00 – 11.59 น.	5,567	141
12.00 – 15.59 น.	6,213	137
16.00 – 19.59 น.	11,278	233
20.00 – 23.59 น.	7,556	261
ไม่ทราบช่วงเวลาที่เกิดเหตุ	3	2
รวม	38,906	1,094

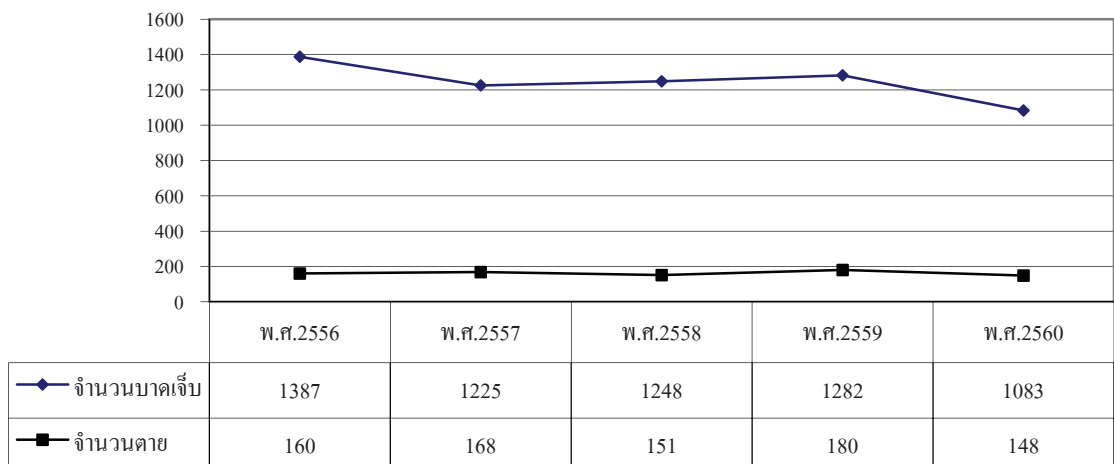
รถจักรยานยนต์ เป็นยานพาหนะที่เป็นสาเหตุ และเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดโดยเฉลี่ย ร้อยละ 83.00 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกๆ ปี และผู้เสียชีวิตโดยเฉลี่ย ร้อยละ 72.66 ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ และพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ ถึงร้อยละ 74.00 รองลงมา คือบาดเจ็บที่ทรวงอก และอวัยวะส่วนของช่องท้อง ร้อยละ

11.00, 9.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ใช้รถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย ถึงร้อยละ 72.00 และเป็นผู้ขับขี่ที่เสียชีวิตโดยไม่สวมหมวกนิรภัย ถึงร้อยละ 61.00 สำหรับการดื่มสุราและขับขีรถ พบว่ามีร้อยละการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการดื่มสุรา ด้านการใช้เข็มขัดนิรภัยในผู้ขับขี่รถยนต์ ทุกประเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร จำแนกตามยานพาหนะ



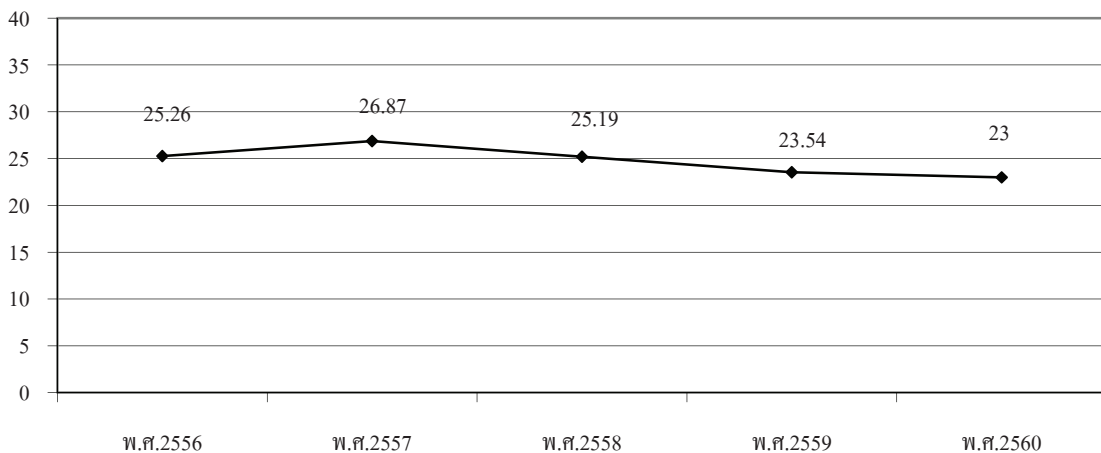
แผนภูมิที่ 3 แสดงจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ



ด้านการส่งต่อผู้บาดเจ็บจากโรงพยาบาลใน
เครือข่าย พบว่า มีแนวโน้มลดลงในทุกๆ ปี (ดังแสดง
ในแผนภูมิที่ 4) ส่วนการดูแลด้านการตามกระดุกก่อน
การส่งต่อของทีมกู้ชีพ มีแนวโน้มสูงขึ้นสำหรับผู้บาดเจ็บที่
บาดเจ็บรุนแรง ได้แก่ ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตที่เกิดเหตุ
เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยใน
ซึ่งในกลุ่มผู้บาดเจ็บนี้ เมื่อจำแนกความรุนแรงของการ
บาดเจ็บตามข้อมูลด้าน Anatomical ได้แก่ ค่า ISS

ตามข้อมูลทาง Physiological ได้แก่ ค่า PS และ
ค่า Coma Scale ซึ่งค่าเหล่านี้สามารถนำมาวิเคราะห์
และทำนายผลการรักษาผู้บาดเจ็บที่รุนแรง ซึ่งตาม
เกณฑ์ที่กำหนดพิจารณาจากค่า Ps Score > 0.75
ควรมีค่าน้อยกว่า 1 สำหรับข้อมูลผลการดำเนินงาน
พบว่า อัตราการเสียชีวิตมีค่าอยู่ที่ 0.95, 1.22, 1.08,
0.93 และ 1.19 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 5

แผนภูมิที่ 4 กราฟแสดงแนวโน้มร้อยละของผู้บาดเจ็บที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย



แผนภูมิที่ 5 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร เปรียบเทียบกับโอกาสรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บ

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้บาดเจ็บที่มีค่า Ps score >0.75	จำนวนเสียชีวิต	ร้อยละ
พ.ศ.2556	7,135	68	0.95
พ.ศ.2557	7,105	87	1.22
พ.ศ.2558	7,696	83	1.08
พ.ศ.2559	7,858	73	0.93
พ.ศ.2560	7,289	87	1.19

สรุปและวิจารณ์

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้บาดเจ็บและ
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดนครปฐม
ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่ปี พ.ศ 2556 - 2560 มีพาหนะที่
เป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุ คือ รถจักรยานยนต์ และ
เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงที่สุดจากการบาดเจ็บ

ที่ศีรษะ โดยผู้ขับขี่ไม่มีการสวมหมวกนิรภัย มีการใช้
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเป็นกลุ่มช่วงอายุ 15-19 ปี
ซึ่งเป็นวัยเรียน ดังนั้น จึงควรมีมาตรการความเข้มข้น
ในสถานศึกษา ให้มีการสวมหมวกนิรภัยมากขึ้น และ
ลดการดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ต้องพัฒนา ทีมกู้ชีพให้มีความรู้ความสามารถ และทักษะด้านการช่วยชีวิตนอกเหนือจากการกู้ภัย รวมถึงการเข้าถึงจุดเกิดเหตุได้รวดเร็วและนำส่งโรงพยาบาลได้ทันที

สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และผู้เกี่ยวข้องที่ให้ ความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ที่มีได้ เอ่ยนามทุกท่าน ณ ที่นี้ และขอขอบคุณสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ที่ให้คำแนะนำ และสนับสนุนในการศึกษาค้างนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูล และคำปรึกษาแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้างนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงาน

เอกสารอ้างอิง

1. ดร.ณิ ศรียะรัตน์. แนวทางการพัฒนา นโยบายเพื่อลดอุบัติเหตุการจราจรทางบก ในกรุงเทพมหานคร : เขตสายไหม (วิทยานิพนธ์ รัฐศาสตรมหาบัณฑิต).กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์; 2558.88 หน้า.
2. กาญจน์กรอง สว่างคะ.การศึกษาพฤติกรรม การขับขี่ของวัยรุ่นที่มีผลต่อความเสี่ยงในการ เกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์ (วิทยานิพนธ์วิศวกรรมขนส่ง).กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2559.80หน้า.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ. สรุปรายงานประจำปี 2560. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ 2560.

ประสิทธิผลของน้ำหมักชีวภาพ (EM) ในการซักผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งงานซักฟอก
โรงพยาบาลศรีประจันต์

The Effectiveness of EM for Washing the Contaminated Secretion Clothes,
Laundry Unit, Si Prachan Hospital

นางจุฬาร ขำดี พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

Chulaporn Khamdee, RN, M.N.S (Adult Nursing)
Infection Control Unit, Si Prachan Hospital,

โรงพยาบาลศรีประจันต์ อำเภอสรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

Si Prachan District, Suphanburi Province

บทคัดย่อ

การซักผ้าเป็นการช่วยลดปริมาณเชื้อโรค หากกระบวนการซักผ้าไม่ดีพอจะทำให้เครื่องผ้าไม่สะอาด มีเชื้อโรคปะปน ผู้ป่วยสวมใส่เกิดการติดเชื้อที่ผิวหนัง นอกจากนี้ เครื่องผ้าที่สะอาดทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย เมื่อสวมใส่ งานซักฟอก โรงพยาบาลศรีประจันต์ ได้พัฒนาการซักผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาด ระหว่างการซักด้วยการใช้ EM ในขั้นตอนการล้างผ้าและการไม่ใช้ EM ในขั้นตอนการล้างผ้า

วิธีการทดลองนำน้ำหมักชีวภาพ หรือ Effective Microorganisms หรือ EM ในสัดส่วน EM ขยาย 2.5 ซีซี ผสมน้ำสะอาด 500 ซีซี มาใช้ในขั้นตอนการล้างผ้าของการซักผ้าด้วยเครื่องซักผ้าอัตโนมัติ (แบบที่1) เปรียบเทียบกับวิธีการซักผ้าแบบไม่ใช้ EM ในขั้นตอนการล้างผ้า (แบบที่2) ดำเนินการทดลองระหว่างเดือน มีนาคม-กรกฎาคม 2560 เปรียบเทียบผลการซักผ้าของทั้งสองวิธีด้วยปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาด/พบรอยคราบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ และสถิติ T-test

ผลการทดลองพบว่าปริมาณเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งที่ใช้การซักด้วย EM จำนวน 974 กิโลกรัม พบผ้าที่ซักไม่สะอาด/พบรอยคราบ จำนวน 18 กิโลกรัม ปริมาณเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งที่ใช้วิธีการซักแบบไม่ใช้ EM จำนวน 967 กิโลกรัม พบผ้าที่ซักไม่สะอาด/พบรอยคราบ จำนวน 35 กิโลกรัม เมื่อเปรียบเทียบปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาด/พบรอยคราบ ระหว่างการซักด้วยวิธีการใช้ EM และวิธีการไม่ใช้ EM (N = 30) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) นอกจากนี้ จากการประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการซักผ้าทั้งสองวิธี พบว่าเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจโดยรวมต่อการซักผ้าด้วยวิธีการไม่ใช้ EM ในระดับ “พึงพอใจปานกลาง” (mean = 3.00, S.D.=0.58) และมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการซักผ้าด้วยวิธีการใช้ EM ในระดับ “พึงพอใจมากที่สุด” (mean = 4.67, S.D. =0.36) โดยเฉพาะข้อการลดกลิ่นคาวขณะซักเครื่องผ้า เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความพึงพอใจ ระดับ “พึงพอใจมากที่สุด” (mean = 5.00, S.D. = 0.00)

ข้อเสนอแนะ จากการวิจัยครั้งนี้ ควรควบคุมกำกับการใช้น้ำยา EM ในขั้นตอนการล้างผ้าเท่านั้น จัดเก็บน้ำยา EM ให้เหมาะสม (ปิดฝาให้สนิท ห้ามอยู่ในที่ร้อน) ศึกษาสัดส่วนการใช้น้ำยา EM ที่เหมาะสมต่อปริมาณเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง

Abstract

Washing clothes is one way of reducing germs. If the washing process is not good enough, the contaminated clothes may cause infection in patients are worn. Moreover, the clean clothes make patients feel comfortable when wearing. Laundry Unit, Si Prachan Hospital has developed the washing process of contaminated secretion clothes. The objective of this study is to compare the amount of contaminated clothes after between using EM and non-using EM in a washing process. Method Mixed Effective Microorganism or EM as portion EM 2.5 cc and water 500 cc. Using mixed water during washing process in automatic washing machine (method 1) compare with non-using EM washing process (method 2). This study was developed between March-July 2017. Compared the efficiency of washing process by counting the amount of contaminated clothes or stain on clothes. Data was analyzed by the frequency, percentage and T-test statistic. Results : The amount of contaminated clothes which washed with EM is 974 kilograms, and unclean or stain clothes was found 18 kilograms. The amount of contaminated clothes which washed with non-using EM is 967 kilograms, and unclean or stain clothes was found 35 kilograms. A highly statistically significant difference ($P < .01$) was observed in amount of contaminated clothes between using and non-using EM during washing process. The assessment of staff satisfaction on both washing process founded that the overall satisfaction with non-using EM washing process was “moderate satisfaction” “(mean = 3.00, SD =0.58), with using EM washing process was “very satisfaction” “(mean = 4.67, SD=0.36). Reducing smells during washing clothes made the staff satisfied and level “very satisfaction” (mean = 5.00, SD = 0.00) Suggestion : The staff should use EM only in the washing process, store EM properly (close the lid, not stay in heat environment), study the proportion of EM using the appropriate amount of contaminated secretion clothes.

ประเด็นสำคัญ

ประสิทธิผลของน้ำหมักชีวภาพ(EM)/ผ้าปนเปื้อน
สารคัดหลั่ง

Key words :

The Effectiveness of EM/Contaminated Secretion
Clothes

บทนำ

การแบ่งประเภทของเครื่องผ้าหรือเสื้อผ้าผู้ป่วยในโรงพยาบาล⁽¹⁾ ได้แบ่งประเภทของผ้า 1) ผ้าเปื้อนธรรมดาหมายถึงผ้าที่เปื้อนเหงื่อไคลอาหาร คราบสกปรกทั่วไป ผ้าประเภทนี้ มีเชื้อโรคปนเปื้อนไม่มาก และมักเป็นเชื้อที่พบบนผิวหนังของคนทั่วไปไม่ค่อยมีอันตรายในแง่การก่อโรค 2) ผ้าปนเปื้อนเชื้อโรคหรือผ้าติดเชื้อ หมายถึง ผ้าที่เปื้อนเลือด สารน้ำหรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย เช่น หนอง เสมหะ อุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น การซักผ้าจะช่วยลดปริมาณเชื้อโรค หากกระบวนการซักผ้าไม่ดีพอ จะทำให้เครื่องซักผ้าไม่สะอาด มีเชื้อโรคปะปน ผู้ป่วยสวมใส่เกิดการติดเชื้อผิวหนัง นอกจากนี้เครื่องซักผ้าที่สะอาด ผู้ป่วยสุขสบายเมื่อสวมใส่

โรงพยาบาลศรีประจันต์ มีเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง ประมาณวันละ 30-50 กิโลกรัม หรือเดือนละ 1,000-1,500 กิโลกรัม ผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งส่วนใหญ่เป็นการเปื้อนเลือด อุจจาระ ปัสสาวะและอาเจียนของผู้ป่วย เมื่อหน่วยงานส่งเครื่องซักผ้ามางานซักฟอกจะทำการซัก โดยใช้เครื่องซักผ้าอัตโนมัติซึ่งจะมีขั้นตอนการล้างผ้า ซักผ้า การสลัดผ้า และการอบผ้าให้หมาด อย่างไรก็ตาม จากการตรวจสอบความสะอาดภายหลังการซักเสื้อผ้า พบปัญหา เสื้อผ้ามีรอยคราบเลือดและสารคัดหลั่ง จากข้อมูลปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวน 133,140,155 กิโลกรัมตามลำดับ (สถิติงานซักฟอก,ปี 2557-2559) ทำให้ต้องนำกลับมาซักใหม่ ซึ่งเป็นภาระงานและสิ้นเปลืองทรัพยากร นอกจากนี้ จากการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยในต่อความสะอาดของเครื่องผ้าพบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ร้อยละ 85-89 (เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90) ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมาย และจากการสุ่มสัมภาษณ์

ผู้รับบริการจะไม่กล้าใช้เครื่องผ้าที่มีรอยคราบสารคัดหลั่ง เนื่องจากเกรงว่าจะมีเชื้อโรคปะปนอยู่ด้วย ถึงแม้ว่าเครื่องซักผ้าสำหรับโรงพยาบาลจะมีโปรแกรมการซักผ้าด้วยน้ำร้อน มีอุณหภูมิระหว่าง 40-90 องศาเซลเซียส เพื่อช่วยในการฆ่าแบคทีเรียและไวรัสที่ปะปนมากับผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งแล้วก็ตาม จึงเห็นได้ว่ากระบวนการซักผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งเป็นสิ่งสำคัญ งานซักฟอกโรงพยาบาลศรีประจันต์ จึงได้พยายามค้นหาวิธีการซักเครื่องผ้าที่จะทำให้เครื่องผ้ามีความสะอาดมากที่สุดและผู้รับบริการมั่นใจเมื่อสวมใส่

Effective Microorganisms : EM หรือที่รู้จักกันทั่วไปในชื่อ น้ำหมักชีวภาพ เป็นของเหลวสีน้ำตาล กลิ่นหอมอมเปรี้ยวอมหวาน เกิดจากการทำงานของกลุ่มจุลินทรีย์อีเอ็มเป็นกลุ่มจุลินทรีย์ที่มีชีวิตไม่สามารถใช้ร่วมกับสารเคมีหรือยาปฏิชีวนะ และยาฆ่าเชื้อต่างๆ ได้ ไม่เป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิต เช่น คน สัตว์ พืช และแมลง เป็นประโยชน์และยังช่วยปรับความสมดุลของสิ่งมีชีวิตและสิ่งแวดล้อม เป็นกลุ่มจุลินทรีย์ที่สามารถนำไปเพาะขยายจากจุลินทรีย์ที่มีประโยชน์มากกว่า 10 สกุล 80 ชนิด ได้แก่ กลุ่มจุลินทรีย์สังเคราะห์ กลุ่มจุลินทรีย์ผลิตกรดแลกติก กลุ่มจุลินทรีย์ตรึงไนโตรเจน กลุ่มจุลินทรีย์แอคทีโนไมซีตส์ ซึ่งเป็นกลุ่มจุลินทรีย์ที่ได้จากธรรมชาตินำมาเพาะเลี้ยงและขยายให้จุลินทรีย์แต่ละชนิด เพิ่มจำนวนด้วยปริมาณที่สมดุลกันด้วยอาหารจากธรรมชาติ เช่น น้ำตาลโปรตีน รำข้าว และสารประกอบที่ไม่เป็นอันตรายต่อสิ่งมีชีวิต⁽²⁾ คุณสมบัติของ EM โดยทั่วไป ประโยชน์ของจุลินทรีย์โดยทั่วไป มักพบใน 1) ด้านการเกษตร เช่น ช่วยปรับสภาพความเป็นกรด-ด่างในดินและน้ำ

ช่วยแก้ปัญหาจากแมลงศัตรูพืชและโรคระบาดต่างๆ ช่วยปรับสภาพดินให้ร่วนซุย อุ้มน้ำและอากาศผ่านได้ดี ช่วยย่อยสลายอินทรีย์วัตถุ เพื่อให้เป็นปุ๋ย (อาหาร) แก่อาหารพืชดูดซึมไปเป็นอาหารได้ดี ไม่ต้องใช้พลังงานมากเหมือนการให้ปุ๋ยวิทยาศาสตร์ ช่วยสร้างฮอร์โมนพืช พืชให้ผลผลิตสูงและคุณภาพดีขึ้น ช่วยให้ผลผลิตคงทนสามารถเก็บรักษาไว้ได้นาน มีประโยชน์ต่อการขนส่งไกลๆ เช่น ส่งออกต่างประเทศ ช่วยกำจัดกลิ่นเหม็นจากฟาร์มปศุสัตว์ ไก่และสุกร ได้ภายในเวลา 24 ชม. ช่วยกำจัดน้ำเสียจากฟาร์มได้ภายใน 1-2 สัปดาห์ เป็นต้น 2) ด้านการประมง เช่น ช่วยควบคุมคุณภาพในบ่อเลี้ยงสัตว์น้ำได้ ช่วยแก้ปัญหาโรคพยาธิในน้ำเป็นอันตรายต่อกุ้ง ปลา กบ หรือสัตว์น้ำที่เลี้ยงได้ ช่วยรักษาโรคแผลต่างๆ ในปลา กบ จระเข้ ฯลฯ ได้ ช่วยลดปริมาณชีเลนในบ่อ และทำให้เลนไม่เน่าเหม็น สามารถนำไปผสมปุ๋ยหมักใช้พืชต่างๆ ได้อย่างดี เป็นต้น 3) ด้านสิ่งแวดล้อม ช่วยปรับสภาพเศษอาหารจากครัวเรือนให้กลายเป็นปุ๋ยที่มีประโยชน์ต่อพืชผักได้ ช่วยปรับสภาพน้ำเสียจากอาคารบ้านเรือน โรงงานโรงแรมหรือแหล่งน้ำเสีย ช่วยดับกลิ่นเหม็นจากกองขยะ⁽³⁾

งานวิจัยกลาง ตั้งใจที่จะพัฒนางานนี้ให้ดียิ่งๆ ขึ้น ด้วยแนวคิด หลักการ และ วิธีการของ R2R (Routine to Research) ได้นำยา EM มาทดลองใช้ในการชักผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งในขั้นตอนแรกของการชักผ้า โดยเปรียบเทียบกับวิธีการชักผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งด้วยวิธีปกติเพื่อค้นหาวิธีการชักผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งที่สะอาดที่สุดและเหมาะสมกับบริบทของงานวิจัยกลาง โรงพยาบาลศรีประจันต์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเครื่องผ้าที่ชักไม่สะอาด ระหว่างการชักด้วยวิธีการใช้ EM และวิธีการไม่ใช้ EM

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อวิธีการเครื่องชักผ้าทั้งสองวิธี

สมมติฐานการวิจัย

ปริมาณเครื่องผ้าที่ชักไม่สะอาด ระหว่างการชักด้วยวิธีการใช้ EM และวิธีการไม่ใช้ EM มีความแตกต่างกัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.01$

เมื่อให้ผลการชักเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งด้วยวิธีการใช้ EM เป็น μ_1

และผลการชักเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งด้วยวิธีการใช้น้ำ เป็น μ_2

$$H_1 : \mu_1 \neq \mu_2$$

นิยาม

1. เครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง หมายถึง ปอกหมอน ผ้าปู ผ้าขาว เสื้อ กางเกงผู้ป่วยที่เปื้อนเลือด อาเจียน ปัสสาวะ อุจจาระ และหรือ ผ้าห่อเครื่องมือที่เปื้อนเลือด อาเจียน ปัสสาวะ อุจจาระ

2. วิธีการชักเครื่องผ้าใช้น้ำยา EM (วิธีการแบบที่ 1) หมายถึง การชักผ้าตามขั้นตอนการชักผ้าด้วยเครื่องชักผ้าอัตโนมัติ โดยเติมน้ำยา EM 500 ซีซี เปิดเครื่องชักผ้า เครื่องจะทำงานโดยปล่อยน้ำและผสมน้ำยา EM ให้ไหลเข้าเครื่องเพื่อทำการล้างผ้าในขั้นตอนแรก หลังจากนั้น เติมน้ำยาชักที่ใช้ในการชักผ้าตามมาตรฐาน และให้เครื่องผ้าจะทำงานจนจบกระบวนการ

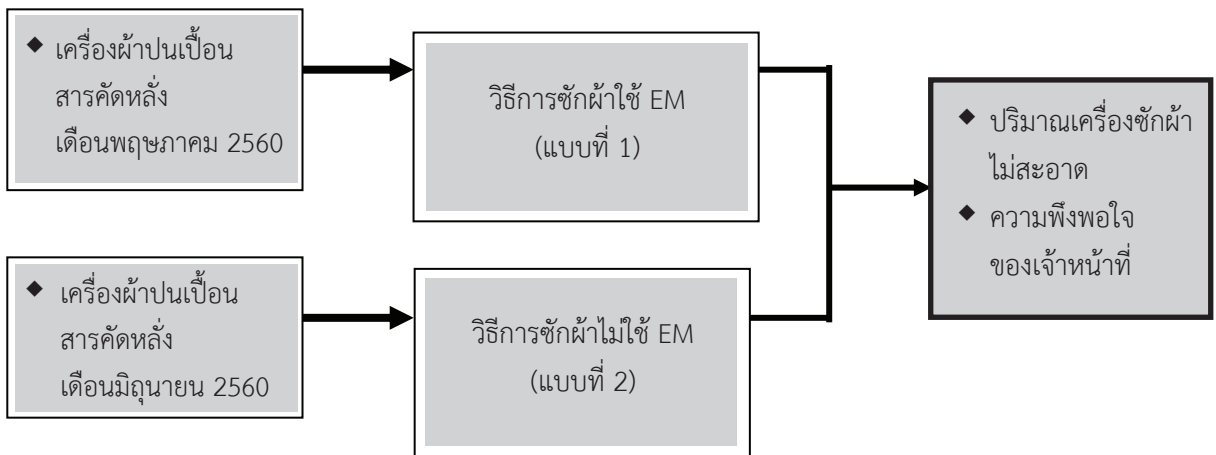
3. วิธีการชักเครื่องผ้าไม่ใช้น้ำยา EM (วิธีการแบบที่ 2) หมายถึง การชักผ้าตามขั้นตอนการชักผ้าด้วยเครื่องชักผ้าอัตโนมัติ โดยเปิดเครื่องชักผ้าเครื่องปล่อยน้ำไหลเข้าเครื่องเพื่อทำการล้างผ้าในขั้นตอนแรก หลังจากนั้น เติมน้ำยาชักที่ใช้ในการชักผ้าตามมาตรฐาน และให้เครื่องผ้าจะทำงานจนจบกระบวนการ

4. น้ำยา EM หมายถึง น้ำหมักชีวภาพ ที่โรงพยาบาลศรีประจันต์นำมาใช้ในโรงพยาบาล หมักโดยใช้สูตรหัวเชื้อ 1 ส่วน กากน้ำตาล 1 ส่วน และน้ำสะอาด 20 ส่วน เป็นเวลา 7 วัน เรียกว่าเป็น น้ำยา EM ขยาย และนำมาผสมสัดส่วน น้ำยา EM ขยาย จำนวน 2.5 ลิตร ผสมน้ำสะอาด จำนวน 500 ลิตร

5. ปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาด หมายถึง จำนวนกิโลกรัมของเครื่องผ้าที่พบรอยคราบแม่เพียง เล็กน้อยภายหลังการซัก จากการตรวจสอบด้วย สายตาแบบ double check

6. ตรวจสอบด้วยสายตาแบบ double check หมายถึง การตรวจสอบเครื่องผ้าขณะพับ ด้วยสายตา ของคนพับคนที่ 1 และยืนยันด้วยคนพับคนที่ 2

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบผลการ ซักเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง ระหว่างวิธีการ ใช้ EM และวิธีการไม่ใช้ EM ต่อปริมาณเครื่องผ้า ที่ซักไม่สะอาดดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม – กรกฎาคม 2560 ณ งานซักฟอก โรงพยาบาล ศรีประจันต์

ประชากร / กลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ เครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง จากหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ คัดเลือกแบบเจาะจง ในเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งของงานผู้ป่วยใน งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัดและงานอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องซักผ้าระบบอัตโนมัติ ที่มีโปรแกรม การล้างผ้าในขั้นตอนแรกและมีโปรแกรมการซักด้วย น้ำร้อน (เครื่องซักผ้า 2)
2. วิธีการซักเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง ประกอบด้วย

วิธีการซักผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งโดยใช้ EM แบบที่ 1	วิธีการซักผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งโดยไม่ใช้ EM แบบที่ 2
1. นำผ้าเข้าเครื่องซักเครื่องที่ 2 จำนวน 30 – 35 กิโลกรัม	1. นำผ้าเข้าเครื่องซักเครื่องที่ 2 จำนวน 30 – 35 กิโลกรัม
2. เติมน้ำยา EM จำนวน 500 ซีซี ในช่องเติมน้ำยาช่องที่ 1	2. เปิดเครื่องซักผ้าให้ทำงาน ในขั้นตอนที่ 1 (ขั้นตอนการล้างผ้า) เครื่องจะทำการล้างผ้า โดยปล่อยน้ำและระบายน้ำทิ้ง
3. เปิดเครื่องซักผ้าให้ทำงาน ในขั้นตอนที่ 1 (ขั้นตอนการล้างผ้า) เครื่องจะทำการล้างผ้า โดยปล่อยน้ำยา EM ผสมกับน้ำ และระบายน้ำทิ้ง	3. เมื่อเครื่องปล่อยน้ำทั้งหมดแล้ว เติมน้ำยาซักผ้าในช่อง 2 จำนวน 250 ซีซี และน้ำยาซักผ้าขาวในช่อง 3 จำนวน 800 ซีซี และชาวด์ล้างผ้า จำนวน 300 ซีซี
4. เมื่อเครื่องปล่อยน้ำทั้งหมดแล้ว เติมน้ำยาซักผ้าในช่อง 2 จำนวน 250 ซีซี และน้ำยาซักผ้าขาวในช่อง 3 จำนวน 800 ซีซี และชาวด์ล้างผ้า จำนวน 300 ซีซี	4. ให้เครื่องทำงานตามขั้นตอนปกติจนเสร็จสิ้นกระบวนการ
5. ให้เครื่องทำงานตามขั้นตอนปกติจนเสร็จสิ้นกระบวนการ	5. นำผ้าออกจากเครื่องซักผ้า เข้าเครื่องอบผ้า/ตากผ้า ตามขั้นตอนการทำให้ผ้าแห้ง
6. นำผ้าออกจากเครื่องซักผ้า เข้าเครื่องอบผ้า/ตากผ้า ตามขั้นตอนการทำให้ผ้าแห้ง	6. นำผ้าพับ พร้อมตรวจสอบความสกปรก/รอยคราบคัดแยกผ้าที่ไม่สะอาด
7. นำผ้าพับ พร้อมตรวจสอบความสกปรก/รอยคราบคัดแยกผ้าที่ไม่สะอาด	7. ซังน้ำหนักและบันทึกน้ำหนักผ้าไม่สะอาด
8. ซังน้ำหนักและบันทึกน้ำหนักผ้าไม่สะอาด	

3. การตรวจสอบด้วยวิธี double check

4. แบบบันทึกผลการทดสอบ

5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อวิธีการซักเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งของเจ้าหน้าที่งานซักฟอกเป็นแบบประเมินที่งานจ่ายกลางทำขึ้นเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อวิธีการซักเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งทั้งสองวิธี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ สอบถามความคิดเห็น คำตอบเป็น Rating scale 5 อันดับได้แก่

- ◆ พึงพอใจมากที่สุด มีคะแนน 5 คะแนน
- ◆ พึงพอใจมาก มีคะแนน 4 คะแนน
- ◆ พึงพอใจปานกลาง มีคะแนน 3 คะแนน
- ◆ พึงพอใจน้อย มีคะแนน 2 คะแนน
- ◆ พึงพอใจน้อยที่สุด มีคะแนน 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน

อันดับภาคขึ้น = (คะแนนเต็มแบบสอบถาม – คะแนนน้อยที่สุด)/ จำนวนอันดับภาคขึ้น = (20-4)/5 = 3.2

คะแนน 16.9 – 20.0 คะแนน

หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

คะแนน 13.7 – 16.8 คะแนน

หมายถึง พึงพอใจมาก

คะแนน 10.5 – 13.6 คะแนน

หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

คะแนน 7.3 – 10.4 คะแนน

หมายถึง พึงพอใจน้อย

คะแนน 4.0 – 7.2 คะแนน

หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

ขั้นตอนและวิธีการ

ขั้นตอนที่ 1 ทำการทดลองตามวิธีการชักเครื่องผ้า ดังนี้

1. รับเครื่องผ้าจากหน่วยงานใส่ถังผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง
2. นำเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งซึ่งน้ำหนักและบันทึกไว้
3. นำเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง ใส่เครื่องชักผ้า 2 เมื่อชักผ้าตามแนวทางที่กำหนด ดังนี้
 - 3.1 เครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง ในเดือนพฤษภาคม 2560 ชักโดยใช้วิธีการชักเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งโดยใช้น้ำยา EM (แบบที่1)
 - 3.2 เครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งในเดือนมิถุนายน 2560 ชักโดยใช้วิธีการชักเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งโดยไม่ใช้น้ำยา EM (แบบที่2)
4. ทำการชักผ้าตามขั้นตอนการชักผ้าโดยใช้เครื่องชักผ้าอัตโนมัติ จนจบกระบวนการ
5. นำเครื่องผ้าออกจากเครื่องชักผ้า เพื่อปฏิบัติตามแนวทางการพับผ้า งานจ่ายกลาง โรงพยาบาลศรีประจันต์

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความสะอาดด้วยสายตาแบบ double check ปฏิบัติ ดังนี้

1. นำผ้าวางบนโต๊ะพับผ้า
2. เจ้าหน้าที่คนที่ 1 พับผ้าตามแนวทางการพับผ้าของแต่ละประเภทผ้า โดยคลี่ผ้าทุกชิ้นตรวจสอบรอยคราบสารคัดหลั่งทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ก่อนการพับ
3. หากพบรอยคราบแม้เพียงเล็กน้อยด้วยสายตา ให้ double check โดยเจ้าหน้าที่คนที่ 2 ยืนยันตรงกัน แยกผ้าที่พบรอยคราบใส่ถังไว้
4. ทำตามข้อ 2 และ 3 ของเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งที่ชักแล้วทุกชิ้น
5. เมื่อเสร็จสิ้น นำผ้าที่พบรอยคราบซึ่งน้ำหนัก (เป็นกิโลกรัม) และบันทึกในแบบบันทึกผลการทดสอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ดังนี้

1. ใช้สถิติความถี่และร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งในแต่ละวันจำนวนรอบของการชักผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งและผลการทำความสะอาด
2. ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อวิธีการชักเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งทั้งสองวิธี
3. ใช้สถิติ T-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของปริมาณเครื่องผ้าที่ชักไม่สะอาดของการชักผ้าด้วยวิธีไม่ใช้น้ำยา EM และวิธีใช้น้ำยา EM โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยเรื่องเปรียบเทียบวิธีการชักเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งด้วยการใช้

EM และไม่ใช่ EM ต่อปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาดของงานซักฟอก โรงพยาบาลศรีประจันต์ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ปริมาณเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งและปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาด ระหว่างวิธีการไม่ใช่ EM (แบบที่1)(n=30) กับวิธีการใช้EM(แบบที่2)(n= 30)

รอบของการซัก	วิธีการไม่ใช่ EM (แบบที่ 1)		วิธีการไม่ใช่ EM (แบบที่ 2)	
	ผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง	ผ้าที่ซักไม่สะอาด	ผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง	ผ้าที่ซักไม่สะอาด
รอบที่ 1	33	1	33	0
รอบที่ 2	32	0	33	0
รอบที่ 3	33	1	33	0
รอบที่ 4	33	2	33	0
รอบที่ 5	33	1	33	1
รอบที่ 6	33	0	33	0
รอบที่ 7	31	1	33	2
รอบที่ 8	33	2	33	1
รอบที่ 9	33	1	33	1
รอบที่ 10	32	2	33	0
รอบที่ 11	33	2	33	1
รอบที่ 12	33	1	33	1
รอบที่ 13	33	1	33	0
รอบที่ 14	34	0	32	0
รอบที่ 15	33	3	33	0
รอบที่ 16	33	1	32	1
รอบที่ 17	33	1	32	0
รอบที่ 18	32	1	32	0
รอบที่ 19	30	1	33	1
รอบที่ 20	32	0	32	1
รอบที่ 21	32	2	30	0
รอบที่ 22	32	1	33	2
รอบที่ 23	32	1	32	1

รอบที่ 24	32	2	30	0
รอบที่ 25	33	2	33	1
รอบที่ 26	32	1	32	1
รอบที่ 27	30	1	33	2
รอบที่ 28	33	1	32	0
รอบที่ 29	30	1	32	0
รอบที่ 30	32	1	32	1
รวม	967	35	974	18

จากตารางที่ 1 พบว่า ปริมาณเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งที่ซักด้วยวิธีการไม่ใช่ EM มีจำนวน 967 กิโลกรัม มีปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาด จำนวน 35 กิโลกรัม และปริมาณเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งที่ซักด้วยวิธีการใช้ EM จำนวน 974 กิโลกรัม มีปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาด จำนวน 18 กิโลกรัม

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อวิธีการซักผ้าทั้งสองวิธี

ข้อคำถาม	วิธีการซักผ้าไม่ใช่ EM			วิธีการซักผ้าใช้ EM		
	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลความหมาย	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลความหมาย
1. ลำดับขั้นตอนการซักเครื่องผ้า	3.67	1.16	พึงพอใจมาก	4.33	0.00	พึงพอใจมากที่สุด
2. กลิ่นคาวของสารคัดหลั่งขณะซักเครื่องผ้า	3.00	1.16	พึงพอใจปานกลาง	5.00	0.00	พึงพอใจมากที่สุด
3. ความสะอาดจากการประเินด้วยสายตา	3.00	1.16	พึงพอใจปานกลาง	4.00	0.00	พึงพอใจมากที่สุด
4. ความพึงพอใจโดยรวมของการซักเครื่องผ้าโดยไม่ใช่ EM	3.00	0.58	พึงพอใจปานกลาง	4.67	0.00	พึงพอใจมากที่สุด

จากตารางที่ 2 ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อวิธีการซักเครื่องผ้าทั้งสองวิธี พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจโดยรวมต่อวิธีการซักเครื่องผ้าด้วยการใช้ EM มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 อยู่ในระดับ “พึงพอใจมากที่สุด” และมีความพึงพอใจโดยรวมต่อวิธีการไม่ใช่ EM มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 อยู่ในระดับ “พึงพอใจปานกลาง”

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาด ระหว่างวิธีการซักผ้าด้วยการไม่ใช้ EM (แบบที่1) กับวิธีการใช้ EM (แบบที่2)

วิธีการซักผ้า	N	Mean	SD	t	p
ปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาด ด้วยวิธีการซักผ้าไม่ใช้EM (แบบที่1)	30	1.15	.658	3.195	.002*
ปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาด ด้วยวิธีการซักผ้าใช้ EM (แบบที่2)	30	0.60	.675		

*P<.01

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้ค่า p-value เท่ากับ .002 มีค่าน้อยกว่า p-value ที่กำหนดไว้ คือ 0.01 แสดงว่า ยอมรับสมมติฐาน H_1 จึงสรุปได้ว่าผลการเปรียบเทียบปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาด ระหว่างการซักเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง ด้วยวิธีการใช้ EM และไม่ใช้ EM มีความแตกต่างกัน โดยปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาดด้วยวิธีการใช้ EM ในขั้นตอนการล้างผ้ามีปริมาณน้อยกว่าการซักด้วยวิธีการไม่ใช้ EM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปและวิจารณ์

ในการศึกษาเรื่อง เปรียบเทียบวิธีการซักเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งด้วยวิธีการใช้ EM และไม่ใช้ EM ต่อปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาด ของงานซักฟอก โรงพยาบาลศรีประจันต์ผลการวิจัยพบว่า ปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาดของทั้งสองวิธีมีความแตกต่างกัน โดยปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาดด้วยวิธีการใช้ EM มีปริมาณน้อยกว่า ปริมาณเครื่องผ้าที่ซักไม่สะอาดด้วยวิธีการไม่ใช้ EM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ทั้งนี้เนื่องจาก น้ำหมักชีวภาพ (Effective Microorganisms:) หรือ EM ที่ใส่ในขั้นตอนการล้างเครื่องผ้าช่วยทำให้ผ้าสะอาดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก

น้ำยา EM ประกอบด้วยจุลินทรีย์ที่มีประโยชน์จำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มจุลินทรีย์สังเคราะห์ (Photosynthetic microorganisms) ทำหน้าที่สังเคราะห์สารอินทรีย์ที่ดี 2) กลุ่มจุลินทรีย์ผลิตกรดแลคติก (Lactic acid) ทำหน้าที่ลดจำนวนแบคทีเรียที่เป็นโทษ 3) กลุ่มจุลินทรีย์จำพวกเชื้อราที่มีเส้นใย (Filamentous fungi) ทำหน้าที่เป็นตัวเร่งการย่อยสลายสารอินทรีย์ให้มีขนาดเล็กลง 4) กลุ่มจุลินทรีย์ที่ใช้ในการหมัก (Fermented microorganisms) ทำหน้าที่ในการกระตุ้นวงจรการย่อยสลาย 5) กลุ่มจุลินทรีย์พวกตรึงไนโตรเจน (Nitrogen fixing microorganisms) ทำหน้าที่ตรึงก๊าซไนโตรเจนจากอากาศ⁽²⁾ จากคุณสมบัติของ EM ดังกล่าว เมื่อเติมในเครื่องซักผ้าในขั้นตอนแรกของการซักผ้า คือ ขั้นตอนการล้างผ้า น้ำยา EM เมื่อสัมผัสกับเครื่องซักผ้าที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งจุลินทรีย์ที่ดีในกลุ่มสังเคราะห์เร่งสร้างจุลินทรีย์ที่ดีให้เพิ่มจำนวนมากขึ้น ในขณะเดียวกันจุลินทรีย์ในกลุ่มเชื้อราที่มีเส้นใยจะเร่งการย่อยสลายเลือดและสารคัดหลั่งให้มีขนาดเล็กลง โดยมีจุลินทรีย์ในกลุ่มที่ใช้ในการหมักเร่งกระตุ้นวงจรการย่อยสลายให้เร็วขึ้นทำให้เลือดและสารคัดหลั่งมีขนาดเล็กหลุดออกจาก

เส้นใยผ้า จึงช่วยลดการฝังแน่นของคราบเลือด ในเส้นใยผ้า ทำให้ไม่พบหรือลดรอยคราบเลือด/ สารคัดหลั่ง ซึ่งสอดคล้องกับการรวบรวมการศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของ EM ของวรพจน์ กนกกัณฑ์พงษ์⁽⁴⁾ ที่พบว่าน้ำยา EM สามารถลดจำนวนปริมาณขยะและของเสียได้โดยการย่อยสลายปริมาณขยะให้มีขนาดเล็กลงนอกจากนี้ น้ำยา EM สามารถช่วยลดกลิ่นคาวของเลือด/สารคัดหลั่งได้ในระหว่างกระบวนการซักผ้า ทั้งนี้เนื่องจาก จุลินทรีย์ในกลุ่มเชื้อราที่มีเส้นใยจะเร่งย่อยสลายสารอินทรีย์ที่มีขนาดเล็กและจากกลไกการดูดซับ (absorption) อนุภาคของกลิ่นและสิ่งสกปรกที่มีขนาดเล็กจะติดกับตัวจุลินทรีย์ ซึ่งจะถูกระบายไปกับน้ำ ในขั้นตอนที่สองของโปรแกรมการซักเครื่องผ้า จึงทำให้กลิ่นคาวเลือดและสารคัดหลั่งลดลงในกระบวนการซักผ้า สอดคล้องกับการศึกษาของวรพจน์ กนกกัณฑ์พงษ์⁽⁴⁾ ได้รวบรวมการศึกษา EM ช่วยลดกลิ่นในบ่อบำบัดน้ำเสีย น้ำเสียขยะ และประดัมรัฐ ประจันเขตต์⁽³⁾ ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้จุลินทรีย์ที่มีประสิทธิภาพ (Effective Microorganism, EM) สามารถบำบัดน้ำเสียหลังภาน้ำท่วมได้

จากผลการศึกษาความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อวิธีการซักเครื่องผ้าทั้งสองวิธี พบว่า เจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจโดยรวมต่อวิธีการซักผ้าด้วยการใช้ EM ในขั้นตอนการล้างผ้า อยู่ในระดับ “พึงพอใจมากที่สุด” และมีความพึงพอใจโดยรวมต่อวิธีการซักผ้าด้วยการไม่ใช้ EM ในขั้นตอนการล้างผ้า อยู่ในระดับ “พึงพอใจปานกลาง” เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ข้อ “การลดกลิ่นคาวของสารคัดหลั่งในขณะซัก” และข้อ “ความสะอาดจากการประดัมด้วยสายตา” เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความพึงพอใจต่อการซักผ้าด้วยวิธีการใช้ EM อยู่ในระดับ “พึงพอใจมากที่สุด”(mean = 5.00, S.D. = 0.00) ในขณะที่เจ้าหน้าที่ที่พึงพอใจต่อการซัก

ผ้าด้วยวิธีการไม่ใช้ EM อยู่ในระดับ “พึงพอใจปานกลาง” ทั้งนี้ เนื่องจากน้ำยา EM ช่วยลดกลิ่นคาวเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างกระบวนการซักผ้า และช่วยลดรอยคราบเลือดและสารคัดหลั่งได้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

สำหรับงานจ่ายกลาง กำหนดแนวทางการนำ EM มาใช้ในการซักเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง โดยควบคุมกำกับการใช้น้ำยา EM ในขั้นตอนการล้างผ้าเท่านั้นและควบคุมการจัดเก็บน้ำยา EM ให้เหมาะสม (ปิดฝาให้สนิท ห้ามอยู่ในที่ร้อน)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการทำวิจัยเพื่อ ศึกษาสัดส่วนการใช้ น้ำยา EM เหมาะสมต่อปริมาณเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่งหรือกรณีที่จะเพิ่มปริมาณเครื่องผ้าปนเปื้อนสารคัดหลั่ง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีประจันต์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ที่ได้ให้คำแนะนำเป็นกำลังใจ และเอื้ออำนวยความสะดวกการทำวิจัย ขอขอบคุณประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยและเครื่องมือที่ได้สนับสนุนน้ำยา EM ในการทดลองและใช้ในการซักเครื่องผ้าประจำวัน ขอขอบคุณคุณสุวรรณา เตียวเจริญกิจ ผู้ผลิตน้ำยา EM ขยายของโรงพยาบาลศรีประจันต์ ขอขอบคุณผู้ปฏิบัติงานซักฟอกทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานและการพัฒนางานเป็นอย่างดีตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. รัชดา เจ็ดรังสี. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง IC in Laundry, 16 ธันวาคม 2557.
2. เกษตรกรศิวิเซ. นิตยสารเกษตรกรรมธรรมชาติ แนวใหม่.14(82):35-37
3. ประดับรัฐ ประจันเขตต์. “การประยุกต์ใช้ จุลินทรีย์ที่มีประสิทธิภาพ (Effective Microorganism, EM) เพื่อการบำบัดน้ำเสีย หลังภาวะน้ำท่วม” [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.sci.rmutt.ac.th/research/?tag>
4. วรพจน์ กนกกันต์พงษ์.(2559).ต่างมุมมอง เทคโนโลยี EM. [ระบบออนไลน์] : แหล่งที่มา คลังความรู้ศูนย์สารสนเทศ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.www.lib.hcu.ac.th/ci.rmutt.ac.th/research

การศึกษารูปแบบกลไกการสื่อสารความเสี่ยงด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
เพื่อการขับเคลื่อนเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน
และภาคประชาสังคม ในยุค Thailand 4.0

The Study of Mechanism Communicate and Support due to Driving Corporation
Among Government ,Non - Government and Civil Society
on Aids and STIs Network in Thailand 4.0

ชญาภา ไตรวิชัยสกุล ศศ.ม.

ChayapaTriwisakun M.A.

สังคมศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุข

Medical Health and Social Scince

สำนักโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Bureau of AIDS and STIs

บทคัดย่อ

กระบวนการการสื่อสารที่ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง และการสื่อสารความเสี่ยงเป็นงานที่ต้องดำเนินการ ต่อเนื่อง เป้าหมาย คือ ลดความหวาดวิตก สร้างความไว้วางใจ ความน่าเชื่อถือ ความร่วมมือในการแก้ปัญหา โดยอาศัยกลไกการสื่อสารในรูปแบบเครือข่าย ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ก้าวเข้าสู่โลกไซเบอร์ วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์รูปแบบกลไกในการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อให้เกิดความรู้รอบด้านสุขภาพ และทักษะด้านสุขภาพ ของกรมควบคุมโรค ด้านโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับเครือข่ายผู้ทำงานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในประเทศไทย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยทบทวน รวบรวม และวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis) จากเอกสารวิชาการ รายงานรูปแบบต่างๆ และการสังเกตการดำเนินงาน และเผยแพร่ข้อมูลการดำเนินงาน ในระหว่าง ปี 2560-2561 เกี่ยวข้องกับมาตรการ ภายใต้ยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี เชื่อมโยงกับ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12

ผลการดำเนินงาน จุดเด่นของกลไกการสื่อสารความเสี่ยงที่พบ คือ การสื่อสารโดยเน้นเป้าหมาย ตามแผนงานของการจัดการโครงการต่างๆ ในการพัฒนารูปแบบระบบบริการ และสื่อสารตรงไปยังผู้เกี่ยวข้อง และหน่วยงานที่รับผิดชอบ (stakeholders) ในรูปแบบการนำเสนอผ่านเวทีวิชาการ ถึงนโยบาย ข้อขัดข้อง และอุปสรรคที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในแผนงานนั้นเท่านั้น เน้นการดำเนินงานของบุคคล หน่วยงาน ที่ใช้เวลาดำเนินการ ในช่วงเวลาหนึ่ง แต่ไม่มีเป้าหมายการสื่อสารความเสี่ยงถึงการแก้ไขในกลุ่มเป้าหมายเพื่อคนทั่วไปโดยตรง หรือพบได้ไม่ชัดเจน และสัดส่วนยังไม่มาก สรุปและเสนอแนะ พบว่ากลไกการสื่อสารความเสี่ยงใช้ปัญหา ผลกระทบจากการดำเนินงานในระดับผู้ที่ให้บริการ เป็นประเด็นหลักในการสื่อสารเน้นด้านการจัดการ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านที่เกี่ยวข้อง ซึ่งบ่งชี้ไปในทิศทางเดียวกัน คือ การลดการตีตราในกลุ่มที่เป็นปัญหา ในเชิงสังคม แต่ไม่มีเป้าหมายสื่อสารความเสี่ยง เพื่อการแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้นในระดับมวลชน 1.ควร มีการพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยกำหนด “ตัวกลาง” ที่ชัดเจน ที่นำไปสู่เป้าหมายการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพในทุกมิติคือ การป้องกัน ดูแลรักษา ส่งเสริม และฟื้นฟู ชี้ให้เห็นถึง

การนำไปสู่การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ในผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2. การสื่อสารความเสี่ยงควบคู่ไปกับการใช้ “สื่อ” ผลักดันการสื่อสารในระดับที่เป็นมวลชน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (media relation)

Abstract

The communicate processing for exchange information and synthesis of systematization are part of risk management process. Risk communication continuously due to goal of reducing feared worried grown up to trust cooperation to solved problems by of mechanism communication connection among stakeholders toward cyber world. The objective is synthesis model mechanism communication risk of management for health literacy and health life skill DDC of AIDS and STIs among the government, non - government and civil society on AIDS and STIs network in Thailand 4.0. The study of qualitative content analysis had reviewed collected and synthesized document reporting operation, recommendation and observation were published among 2017-2018 strategies concern measure involvement strategies DDC. It passed they were transition to Thailand's 20-Year National Strategy plan. To connect with the eleventh national economic and social development plan (2012-2016). The points of highlight were goal of management projects following their plan to develop health system model and directed to provider, project manager or responsibilities setting (stakeholders) to academic present model regarding policy, conflict interest and obstacle development which unable to solve in project in period sometime to operation personal in setting, but no goal of solving risk communication for target group who were direction general population or not clear finding and rare proportion. Wherever the finding of risk communication mechanism, were outcome of problems from project management on area setting which were main issue for management communication, knowledge development concerning implicate same direction they were reduce stigmatize in problem groups social especially in key population. But no goal of risk communication to solved in civil.1. Would systemically be develop risk communication model by clearly “instrument” lead to all dimension of risk communication health goal as so as prevent, treat and care, promote ,rehabilitate. To leading motion and change social in stakeholder group. 2. Risk communication along with media using to drive mass communication cause to quickly changing and effective (media relation)

ประเด็นสำคัญ

รูปแบบกลไกการสื่อสารความเสี่ยงด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อการขับเคลื่อนเครือข่ายความร่วมมือภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม

Key words :

Mechanism Communicate and Support /Driving Corporation/ Government, Non-Government and Civil Society Thailand 4.0Aids and STIs Network/ Thailand 4.0

บทนำ

แนวทางในการสื่อสารความเสี่ยงในภาวะวิกฤติขององค์การอนามัยโลก คือ การสร้างความเชื่อมั่นหรือเชื่อถือ ให้กับผู้ที่เราสื่อสารความเสี่ยงด้วย (Trust) การสื่อสารความเสี่ยง ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเหตุการณ์ (Announcing early) ข้อมูลที่สื่อสารความเสี่ยงต้องโปร่งใส ไม่ปิดบัง และตรวจสอบได้ (Transparency) การสื่อสารสาธารณะที่ไม่แบ่งฝ่าย ไม่เลือกสื่อสารความเสี่ยงเฉพาะกับคนที่เรารักเท่านั้น (The public) การวางแผนการดำเนินงาน โดยต้องเตรียมพร้อมข้อความที่จะสื่อสาร ออกไป (Planning) เตรียมผู้ที่สื่อสารความเสี่ยงต้องเป็นผู้ที่มีเครดิตน่าเชื่อถือ และต้องเตรียมช่องทางที่จะสื่อสารข้อความ ทางสื่อออนไลน์ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ และทางการพบปะสาธารณชน (public meeting) ยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค การสื่อสารสาธารณะ และประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงและได้ผล เพื่อป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กำหนดให้ระบบสื่อสารสาธารณะ ประชาสัมพันธ์ และ เทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

การทบทวนวิสัยทัศน์ และแผนยุทธศาสตร์ การดำเนินงานของกรมฯ ปีพ.ศ. 2559-2563 เริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ทางยุทธศาสตร์ (Strategic Analysis) วิสัยทัศน์ คือ “เป็นองค์กรชั้นนำระดับนานาชาติ ที่สังคมเชื่อถือและไว้วางใจ เพื่อปกป้องประชาชนจากโรคและภัยสุขภาพ ด้วยความเป็นเลิศทางวิชาการ ภายในปี พ.ศ. 2563” และได้ปรับปรุง ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความร่วมมือและสนับสนุนภาคีเครือข่ายภายในประเทศและนานาชาติ ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนานวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน และวิชาการการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและ

ภัยสุขภาพของประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพการนำด้านนโยบาย และยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นหลักของประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 5 เตรียมความพร้อม และการจัดการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตามมาตรฐานสากล ยุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารจัดการองค์การแนวใหม่ และมีการสื่อสารถ่ายทอดให้ทุกหน่วยงานทุกระดับใช้

ในปัจจุบัน การสื่อสารความเสี่ยงและระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในด้านการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงได้มากที่สุด คือ โทรทัศน์ เคเบิลทีวี เป็นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารแหล่งช่องทางของการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้ง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน รองลงมาเป็นสื่อบุคคล โดยการได้รับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพมาก แต่พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์/การติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารแหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารโดยสรุปการรับรู้ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในระดับต่ำ ซึ่งจะพบว่า รูปแบบที่เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ เพื่อการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน ยังมีน้อย



ความท้าทายที่สำคัญต่อการสื่อสารความเสี่ยง ด้านโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการของเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จะมีผลต่อการเลือกนำเทคโนโลยีมาใช้ในการป้องกันควบคุมโรค

ภาคธุรกิจ และอุตสาหกรรมจะมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อกลไกการจัดการผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ความรวดเร็วของการสื่อสารในยุค social media ประกอบกับความตื่นตัวด้านสุขภาพจะทำให้ข่าวสารสามารถเผยแพร่ไปได้ อย่างรวดเร็ว

ระบบหลักประกันสุขภาพกับแนวคิดการลงทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคให้กับประชาชนของหน่วยบริการ

การกระจายอำนาจและระดับของความตื่นตัวของท้องถิ่นจะมีผลกระทบ ให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพื้นฐานในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ทำให้โรคไม่ติดต่อจะเป็นภาระโรคที่สำคัญในอนาคต ทั้งยังจะส่งผลกระทบต่อภาวะทางการเงินของระบบสุขภาพอีกด้วย

ความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ทำลายรูปแบบการป้องกันควบคุมโรคแบบเดิมๆ โลกเชื่อมโยงถึงกันรวดเร็ว โรคระบาดก็แพร่เร็ว แต่ความต้องการจะร่วมมือกันก็มีมากขึ้น

แม้อุบัติการณ์โรคติดต่อในภาพรวมจะลดลง แต่จะเป็นประเด็นที่สร้างผลกระทบต่อความมั่นคง เศรษฐกิจ และสังคมได้ในระดับที่สูง โดยเฉพาะโรคติดต่ออันตราย

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากมีรากฐานของปัญหาจากการพัฒนาการของระบบเศรษฐกิจ และค่านิยมที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้ บางประเด็นอาจมีผู้เสียประโยชน์ คอยขัดขวางการดำเนินงาน



ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ความเชื่อมโยงระหว่าง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 เพื่อการสื่อสารความเสี่ยงภัยสุขภาพด้านโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในยุค Thailand 4.0

ประเทศไทยยังมีจุดอ่อนในเชิงโครงสร้างหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง จุดอ่อนและการบริหารจัดการที่ขาดประสิทธิภาพ และความโปร่งใส จึงส่งผลให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับแรงกดดันและความเสี่ยงมากขึ้น ภายใต้สถานการณ์ที่กระแสโลกาภิวัตน์มีความเข้มข้นขึ้น โดยที่การเคลื่อนย้ายของประชากร สินค้าและบริการต่างๆ เงินทุน เทคโนโลยี ตลอดจนข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เป็นไปอย่างเสรี ส่งผลให้การแข่งขันในตลาดโลกมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ขณะเดียวกันความเสี่ยงและข้อจำกัดที่เกิดจากสภาพภูมิอากาศที่มีความผันผวนรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและการดำเนินธุรกิจ รวมถึงกฎเกณฑ์และกฎระเบียบในสังคมโลก มีความเข้มงวดมากขึ้น ในเรื่องของสิ่งแวดล้อม สิทธิมนุษยชนและกฎระเบียบต่างๆ ทางด้านการเงิน ภาษี ดังกล่าว จึงเป็นแรงกดดันให้ประเทศไทยต้องมีการปรับตัวและแก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ควบคู่ไปกับการสร้างกลไกเชิงรุก เพื่อให้เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ดังนั้น จึงกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) ประกอบด้วยแผนปฏิบัติการตามแนวทางการปฏิรูปประเทศ (Roadmap) ใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน การพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่างๆ ให้สอดคล้อง บูรณาการกันเพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมาย เสริมจุดแข็งให้เอื้อต่อการพัฒนาประเทศให้บรรลุซึ่งเป้าหมาย การสร้างและรักษาไว้ ซึ่งผลประโยชน์แห่งชาติ โดยสาระสำคัญของยุทธศาสตร์ชาตินี้ ประกอบด้วย

เป้าหมายของชาติที่คนไทยทุกคนต้องการบรรลุร่วมกันรวมถึงนโยบายแห่งชาติและมาตรการเฉพาะ ซึ่งเป็นแนวทาง ทิศทาง และวิธีการที่ทุกองค์กร และคนไทยทุกคนต้องมุ่งดำเนินการไปพร้อมกัน เพื่อให้ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ในด้านการเมืองภายในประเทศ การเมืองต่างประเทศ เศรษฐกิจ สังคมจิตวิทยา การทหาร วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี การพลังงาน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สร้างความสุขของคนไทย สังคมมีความมั่นคงเสมอภาค และเป็นธรรม ประเทศสามารถแข่งขันได้ในระบบ กรอบแนวทางที่สำคัญ คือ

1. ด้านความมั่นคง

1.1 เสริมสร้างความมั่นคงของสถาบันหลัก และการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

1.2 ปฏิรูปกลไกการบริหารประเทศและ พัฒนาความมั่นคงทางการเมืองขจัดคอร์รัปชัน สร้างความเชื่อมั่นในกระบวนการยุติธรรม

1.3 การรักษาความมั่นคงภายในและความสงบเรียบร้อยภายในตลอดจนการบริหารจัดการ ความมั่นคงชายแดนและชายฝั่งทะเล

1.4 การพัฒนาระบบกลไกมาตรการและ ความร่วมมือระหว่างประเทศทุกระดับและรักษา ดุลยภาพความสัมพันธ์ กับประเทศมหาอำนาจ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาความมั่นคงรูปแบบใหม่

1.5 การพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพ การฝึกกำลังป้องกันประเทศการรักษาความสงบ เรียบร้อยภายในประเทศ สร้างความร่วมมือกับ ประเทศเพื่อนบ้านและมิตรประเทศ

1.6 การพัฒนาระบบการเตรียมพร้อมแห่งชาติ และระบบบริหารจัดการภัยพิบัติ รักษาความมั่นคง ของฐานทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม

1.7 การปรับกระบวนการทำงานของกลไกที่เกี่ยวข้องจากแนวตั้งสู่แนวนานมากขึ้น

2. ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน

2.1 การพัฒนาสมรรถนะทางเศรษฐกิจส่งเสริมการค้าการลงทุนพัฒนาสู่ชาติการค้า

2.2 การพัฒนาภาคการผลิตและบริการเสริมสร้างฐานการผลิตเข้มแข็งยั่งยืนและส่งเสริมเกษตรกรรายย่อยสู่เกษตรยั่งยืนเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

2.3 การพัฒนาผู้ประกอบการและเศรษฐกิจชุมชน พัฒนาทักษะผู้ประกอบการยกระดับผลิตภาพแรงงานและพัฒนา SMEs สู่สากล

2.4 การพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษและเมืองพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนและพัฒนาระบบเมืองศูนย์กลางความเจริญ

2.5 การลงทุนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการขนส่ง ความมั่นคง และพลังงานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการวิจัยและพัฒนา

2.6 การเชื่อมโยงกับภูมิภาคและเศรษฐกิจโลก สร้างความเป็นหุ้นส่วน การพัฒนากับนานาชาติ ส่งเสริมให้ไทยเป็นฐานของการประกอบธุรกิจ ฯลฯ

3. ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ

3.1 พัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

3.2 การยกระดับการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพเท่าเทียมและทั่วถึง

3.3 ปลุกฝังระเบียบวินัยคุณธรรมจริยธรรม ค่านิยมที่พึงประสงค์

3.4 การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาวะที่ดี

3.5 การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย

4. ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม

4.1 สร้างความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม

4.2 พัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ

4.3 มีสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย

4.4 สร้างความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคมทุนทางวัฒนธรรมและความเข้มแข็งของชุมชน

4.5 พัฒนาการสื่อสารมวลชนให้เป็นกลไกในการสนับสนุนการพัฒนา

5. ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

5.1 จัดระบบอนุรักษ์พื้นที่ฟูและป้องกันการทำลายทรัพยากรธรรมชาติ

5.2 วางระบบบริหารจัดการน้ำให้มีประสิทธิภาพทั้ง 25 ลุ่มน้ำ เน้นการปรับระบบการบริหารจัดการอุทกภัยอย่างบูรณาการ

5.3 การพัฒนาและใช้พลังงานที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

5.4 การพัฒนาเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศและเมืองที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

5.5 การร่วมลดปัญหาโลกร้อนและปรับตัวให้พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

5.6 การใช้เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์และนโยบายการคลังเพื่อสิ่งแวดล้อม

6. ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

6.1 การปรับปรุงโครงสร้างบทบาทภารกิจของหน่วยงานภาครัฐให้มีขนาดที่เหมาะสม

6.2 การวางระบบบริหารราชการแบบบูรณาการ

6.3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนและพัฒนาบุคลากรภาครัฐ

6.4 การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ

6.5 การปรับปรุงกฎหมายและระเบียบต่างๆ ให้ทันสมัยเป็นธรรม และเป็นสากล

6.6 พัฒนาระบบการให้บริการประชาชนของหน่วยงานภาครัฐ

6.7 ปรับปรุงการบริหารจัดการรายได้และรายจ่ายของภาครัฐ

คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2558 เห็นชอบทิศทางและกรอบยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) และต้องมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยมีการแปลงยุทธศาสตร์ชาติเป็นแผนงาน/โครงการในช่วง 5 ปี ซึ่งระบุแผนปฏิบัติการ และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่เป็นรูปธรรม ให้มีการประเมินผลของการดำเนินงานในรอบ 1 ปี และ 5 ปี กำหนดแนวทางการพัฒนาซึ่งเกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยงภัยสุขภาพรอบด้าน คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ มีแนวทางการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพคนทุกกลุ่มวัยให้มีทักษะและความรู้ความสามารถ ยกระดับคุณภาพการศึกษา และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการลดปัจจัยเสี่ยง ทางสุขภาพและส่งเสริมให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นต้น

การสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ และพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์

กระบวนการการสื่อสารที่ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการวิเคราะห์ ข้อมูลอย่างเป็นระบบเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการจัดการความเสี่ยง และการสื่อสารความเสี่ยงเป็นงานที่ต้องดำเนินการต่อเนื่อง เป้าหมายตามยุทธศาสตร์ที่ 1 คือ ลดความหวาดวิตก สร้างความไว้วางใจ ความน่าเชื่อถือ ความร่วมมือในการแก้ปัญหา โดยอาศัยกลไกการสื่อสาร เพื่อจัดการร่วมกันในรูปแบบเครือข่ายระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเข้าสู่การปฏิรูปในยุคเปลี่ยนผ่านสู่โลกไซเบอร์

กรมควบคุมโรคกำหนดแนวทาง มาตรการ เฝ้าระวังและตอบโต้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและ

ภัยสุขภาพ เฝ้าระวังพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ การวิจัย พัฒนา ปัจจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ เป็นปัจจัยต้น ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ ที่หลากหลาย พัฒนาภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงฯ เช่น การบริหารบุคลากร ฯลฯ การบริหารจัดการภาพลักษณ์ การประเมินผลการดำเนินงาน

กระบวนการการสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต้องส่งข้อมูลที่แม่นยำ ทันเวลา ให้กับผู้รับสาร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่อยู่ภายนอกหรือ ภายในองค์กรก็ตาม ในกลุ่มสื่อมวลชน วิธีการสื่อสารหลัก คือ การให้ข้อมูล สร้างความบันเทิง สร้างมติดมหาชน และการได้ส่วนแบ่งของผู้อ่านสื่อมวลชน มองว่าตนเองเป็นผู้พิทักษ์ข่าวสาร สื่อต้องการความแม่นยำและความสนใจจากผู้อ่าน/ผู้ชม สื่อจากประสบการณ์ด้านลบ สื่อมีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารมากเกินไปจนจำเป็น สื่อต้องเผชิญกับเส้นตายและข้อจำกัดด้านพื้นที่และเวลา (ข้อมูลควรชัด และควรมีเอกสารให้แก่สื่อมวลชน) สื่อต้องการบทความพิเศษหรือแนวโน้มเป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า การสื่อสารความเสี่ยงโดยทั่วไป เน้นวิธีการที่แยกตามกลุ่มเป้าหมาย และลักษณะของข่าวสารที่เฉพาะเจาะจง ในด้านการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีเป้าหมายการสื่อสารที่นำไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ.2573 กล่าวคือ ไม่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีแรกเกิด การติดเชื้อรายใหม่น้อยกว่าปีละ 1,000 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เพื่อลดการตายเนื่องจากเอดส์ ให้ได้ปีละ 4,000 ราย และไม่มีการตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ และประชากรหลัก บรรลุตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2557-2559 และ

ความพยายามในการแก้ปัญหาเอดส์ของประเทศไทย ตามกรอบแนวทางการปฏิบัติงานเร่งรัดการยุติปัญหา เอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562 มุ่งเน้นการให้บริการแบบผสมผสานที่มีประสิทธิผล และเชื่อมโยง การป้องกันการชักชวนเข้าสู่ระบบบริการ การคัดกรอง และตรวจเอชไอวี การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในผู้ที่พบผลเลือดบวก และการคงอยู่ในระบบดูแล รักษาอย่างต่อเนื่อง (Reach-Recruit-Test -Treat-Retrain) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดำเนินงานนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กร และภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม องค์กร พัฒนาเอกชน ภาควิชาการ องค์กรระหว่างประเทศ และผู้แทนจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์แห่งประเทศไทย

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อวิเคราะห์รูปแบบกลไกในการสื่อสารความเสี่ยงของกรมควบคุมโรค ที่ดำเนินการด้านโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมกับเครือข่าย ผู้ทำงานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในประเทศไทย

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยทบทวน รวบรวม และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จาก เอกสารวิชาการ ที่เป็นนโยบาย แนวทาง มาตรการ และเนื้อหาสรุปการบรรยายและอภิปราย การจัด ทำแผน การประสานความร่วมมือ ดำเนินงานของ โครงการต่างๆ ภายใต้งบประมาณและเงินสนับสนุน จากองค์กรต่างๆ ในช่วงเวลา 2 ปีที่ผ่านมา (ปี 2560-2561) ภายใต้นโยบายและแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ.2557-2559 ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ 2560-2573 เป้าประสงค์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ที่ 4 ปรับ

ภาพลักษณ์ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครอง สิทธิ ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ.2560-2564 ยุทธศาสตร์ ที่ 3 ขยายความครอบคลุมและเพิ่มความต่อเนื่องใน การใช้นวัตกรรมการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการป้องกัน และรับการตรวจรักษารวมทั้งการใช้ถุงยางอนามัย ในเยาวชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ และกรอบแนวทาง การปฏิบัติการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ.2558-2562 กรมควบคุมโรค มุ่งเน้นเพื่อวิเคราะห์ ผู้ถ่ายทอดและดำเนินนโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนถึงหน่วยงานบริการในการนำองค์ความรู้ แนวนโยบายไปใช้ในการสื่อสารความเสี่ยงผสมผสาน ในการจัดบริการ เพื่อพัฒนาและต่อยอดการดำเนิน มาตรการศึกษาข้อเสนอที่สื่อความหมายถึงสัญลักษณ์ ของการแทรกข้อมูลข่าวสาร การเตือนภัยด้านโรค เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ค้นหาวิธีการ การ เสนอประเด็นสำคัญที่อยู่ในความสนใจและนำไปสู่การ วางแผนงานนโยบาย หรือมาตรการในการปฏิบัติต่อไป

ผลการศึกษา

จุดเด่นของงานสื่อสารความเสี่ยงที่พบ คือ การสื่อสารโดยเน้นเป้าหมายตามแผนงานของการ จัดการโครงการต่างๆ ที่ได้รับการอนุมัติดำเนิน โครงการ โดยกรมควบคุมโรค เป็นโครงการที่มี ลักษณะในเชิงการพัฒนารูปแบบระบบบริการ และ สื่อสารความเสี่ยงไปยังผู้เกี่ยวข้องและหน่วยงานที่ รับผิดชอบ (stakeholders) ข้อมูลการสื่อสารใช้ รูปแบบการนำเสนอเนื้อหาการดำเนินโครงการฯ ผ่านเวทีวิชาการ เช่น ประชุมชี้แจง สรุปรายงานใน เชิงนโยบาย ข้อขัดข้อง และอุปสรรคที่ไม่สามารถ แก้ไขได้ในแผนงานนั้นเท่านั้น 1) เป้าหมายการสื่อสาร ความเสี่ยงเน้นการดำเนินงานของบุคคล หน่วยงาน ที่ถ่ายทอดนโยบายการพัฒนาบริการสุขภาพที่จำกัด

การใช้เวลาดำเนินการในช่วงเวลาหนึ่งภายใต้
 ปึงบประมาณของภาครัฐ ไม่มีการดำเนินการเชิงรุก
 ในกลุ่มประชาชน 2) มาตรการเพื่อสนับสนุนการ
 ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 3 การดำเนินงาน
 เพื่อสื่อสารความเสี่ยงด้านโรคเอดส์ และโรคติดต่อ
 ทางเพศสัมพันธ์ ระหว่างผู้ถ่ายทอดดำเนินนโยบาย
 และเครือข่ายผู้ทำงาน (ยุทธศาสตร์ที่ 3 ปี พ.ศ.
 2559) ซึ่งพบว่า ไม่มีเป้าหมายการสื่อสารความเสี่ยง
 ถึงการแก้ไขในกลุ่มเป้าหมายเพื่อประชาชนทั่วไป
 โดยตรง หรือพบได้ไม่ชัดเจน และสัดส่วนยังไม่น่า
 เป็นเพียงสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการดำเนินงาน
 หรือการรณรงค์เฉพาะที่มีเวลา และกลุ่มคนจำกัด
 3) ปัญหาที่พบยังคงเป็นปัญหาเรื่องการปรับทัศนคติ
 ทางด้านลบภายหลังจากตรวจเลือดแล้ว ได้แก่
 การละเมิดสิทธิโดยตรง ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องมุมมองของ
 สังคมที่ยังไม่ได้รับข่าวสารเพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้
 อันนำมาซึ่งพฤติกรรมการละเมิดสิทธิผู้ป่วย ปัญหาเหล่านี้
 มีความแตกต่างกันไปในมิติของสถานะของ
 การเป็นและไม่เป็นผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี 4) ประเด็นที่
 เสนอปัญหาของการสร้างความเข้าใจเรื่องการตีตรา
 และลดการเลือกปฏิบัติ เกี่ยวข้องกับเรื่องของทัศนคติ
 และกระบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้น ซึ่งสะท้อน
 ให้เห็นว่า กลไกการดำเนินโครงการต่างๆ มุ่งเน้น
 การพัฒนาระบบบริการเชิงเทคนิคเพื่อพัฒนาคุณภาพ
 การบริการที่ยังไม่สื่อสารเรื่องของการนำยุทธศาสตร์
 ไปใช้ในการปฏิบัติจริงจึงในระดับมวลชน

1. การถ่ายทอด แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่าง เครือข่ายผู้ทำงาน

ได้มีการนำเสนอข้อมูลการประมวลสาระสำคัญ
 ความก้าวหน้าในเชิงวิชาการ รวมทั้ง การอภิปรายผล
 สถานการณ์นโยบาย มาตรการ และแนวทางด้านโรคเอดส์
 และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนผลการดำเนินงาน
 ประสพการณ์ที่ได้ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาทุกๆ 2 ปี
 ด้วยการแลกเปลี่ยน และแสดงความคิดเห็น ระหว่าง

เครือข่ายผู้ทำงาน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากหลาย
 ภาคส่วน คือภาครัฐ ภาคประชาสังคม และมี
 องค์กรเอกชนทั้งภายในและต่างประเทศที่สนับสนุน
 การดำเนินงาน ภายใต้แผนงานของคณะกรรมการ
 แห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
 สู่เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ซึ่งเป็นการติดตาม
 การดำเนินงานที่ผ่านมาของประเทศไทย ตั้งแต่
 ปี พ.ศ. 2548-2560 พบว่า ยังมีผลกระทบใน
 การตรวจเลือดหลังจากพบว่า มีการติดเชื้อเอชไอวี
 มีการรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งปัญหานี้
 ถือเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ
 ทั้งในฐานะที่เป็นผู้ติดเชื้อเองและในฐานะของคน
 ทำงาน มีการแสดงออกใน 2 รูปแบบ คือ ทัศนคติ
 ทางด้านลบ การละเมิดสิทธิโดยตรง ซึ่งอาจ
 เป็นเรื่องมุมมองของสังคม ต่อปัญหาในเรื่องนี้
 ที่มีความแตกต่างกันไปในมิติของสถานะของการเป็น
 และไม่เป็นผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี

กลุ่มที่มีสถานะการเป็นผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ได้แก่
 ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มที่สังคมตีตรา
 จากการประกอบอาชีพ (เช่น อาชีพบริการทางเพศ)
 กลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ และบุคคลที่สังคม
 ตัดสินว่ามีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
 เช่น กลุ่มผู้ขาย (ชนิดฉีดยา) ยังถูกกีดกันการเข้าถึง
 การป้องกัน ไม่มีการแจกเข็ม กระบอกฉีดยาเพราะ
 ถูกตีตราและปิดกั้นด้วยกฎหมาย งบประมาณ ที่ส่งผล
 ต่อการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ขายเสฟติด
 ในช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมา ไม่สามารถขับเคลื่อน
 การแก้ปัญหาเอดส์ในกลุ่มผู้ขายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

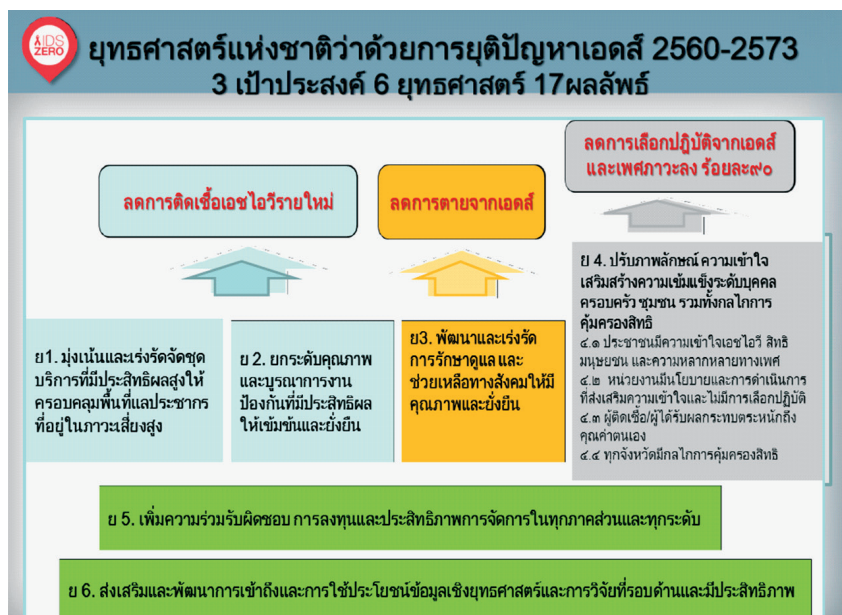
กลุ่มที่มีสถานะการไม่เป็นผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ได้แก่
 บุคคลในชุมชน ที่เป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่
 ภาครัฐผู้รักษากฎหมาย สาเหตุการเลือกปฏิบัติ
 มาจากการที่หน่วยงาน/บริษัทเหล่านั้น เกรงว่าภาพ
 ลักษณ์ของตัวเองจะไม่ดีในสายตาของสังคม กลุ่มที่
 มีความกลัวในลักษณะที่มากกว่าปกติ และเป็นเรื่อง

“มโน” ทางสังคม ทำให้ต้องการทราบว่าใครติดเชื้อ เอชไอวีบ้าง

2. จุดเน้นของกิจกรรมของการดำเนินงานขับเคลื่อน

1. มีการดำเนินโครงการสำคัญรองรับ ซึ่งเป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องใน

ด้านสุขภาพ และการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ได้แก่ โครงการรณรงค์สิทธิด้านเอดส์และพัฒนาดัชนี การตีตรา



ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ 2560-2573

วิสัยทัศน์ : การร่วมยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ.2573 ที่คำนึงถึงหลักการสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคระหว่างเพศเป้าประสงค์ที่ 3 ลดการเลือกปฏิบัติจากเอดส์และเพศภาวะลง 90% มีหลักการพื้นฐานการสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำและไม่มีประชากรใดถูกละเลย การเคารพปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคทางเพศ การเป็นเจ้าของและร่วมรับผิดชอบของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคมและเอกชน ยุทธศาสตร์ที่ 4 ปรับภาพลักษณ์ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้ง กลไกการคุ้มครองสิทธิ

ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ.2560 –2564

วิสัยทัศน์ : ยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย เพื่อไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศภายใน 15 ปี (พ.ศ. 2573) เป้าประสงค์ ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายบริการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพและเป็นมิตร ใช้โครงสร้างหน่วยงานที่มีอยู่พร้อม ทั้งพัฒนาศักยภาพและร่วมมือดำเนินงานกับภาคีภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้สามารถเห็นผลสำเร็จได้เร็วและเกิดความต่อเนื่องยั่งยืน ยุทธศาสตร์ที่ 3 ขยายความครอบคลุมและเพิ่มความต่อเนื่องในการใช้วัฏกรรมการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการป้องกันและรับการตรวจรักษา

รวมทั้ง การใช้ถุงยางอนามัยในเยาวชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ การนำมาตรการการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) มาใช้ ในหน่วยบริการของรัฐ มาตรการนี้มีประโยชน์เพราะให้ความสำคัญในเรื่องลดการตีตรา และผู้ใช้ยาที่มีความซับซ้อนของปัญหาการติดยาเสพติด และผู้ติดยาที่มีความซับซ้อนของปัญหาการติดยาเสพติด เข้ามามีส่วนร่วม ทำให้คนในชุมชน เข้าสู่ระบบบริการ ได้สะดวกมากขึ้น เป็นช่องทางให้ได้รับข้อมูลความรู้ และได้อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีข้อจำกัดสำหรับการดำเนินงานในบางพื้นที่ เนื่องจากการมีทัศนคติ มุมมอง และความเข้าใจทางด้านลบต่อผู้ใช้ยา

Local responses and national scaling up การริเริ่มโครงการที่มีประสิทธิภาพและขยายเป็นนโยบายระดับประเทศไทย ได้แก่ โครงการถุงยางอนามัย 100% โครงการการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก โครงการ ARV ซึ่งเริ่ม ปี พ.ศ. 2547 สามารถทำสำเร็จในเวลา 2 ปี

3. ปัญหาที่ถือเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ ส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิตทั้งในฐานะที่เป็นผู้ติดเชื้อเอง และในฐานะของคนทำงาน เนื่องจากหน่วยงานของรัฐและเอกชนหลายแห่งยังนำเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีมาพิจารณาภาพลักษณ์ และการตัดสินใจในเรื่องหน้าที่การงาน

ประเด็นในเรื่องเพศที่หลากหลายและแตกต่างออกไป ถุงยางอนามัย ทัศนคติด้านลบต่อถุงยางอนามัย เพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและป้องกันโรค ยังขาดมุมมองในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อความสุขหรือสุขภาวะทางเพศการตรวจเลือดซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจและกังวลต่อผลกระทบที่เกิดจากสังคมและคนรอบข้าง

ผลการดำเนินงานของโครงการต่างๆ ของกรมควบคุมโรค ภาคอื่นๆ และเครือข่ายดังกล่าว มีข้อสรุปบทเรียนการทำงานที่สะท้อนถึงความมุ่งหวัง

ในการสื่อสารระหว่างเครือข่ายถึงกลไกการขับเคลื่อนการทำงานที่จะมุ่งไปสู่ประชาชนในการแก้ปัญหาเรื่อยมา โดยสรุปเป็นประเด็นสำคัญดังนี้

1. การสื่อสารถึงอุปสรรคของการทำงานเอ็ดสียในพื้นที่ ในเรื่องการตรวจรักษาเร็ว เป็นผลจากขาดการสื่อสารความเข้าใจถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีพฤติกรรมที่เสี่ยง คือ ประชาชนที่รัฐต้องให้ความสำคัญ

“การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในการตรวจร่างกายประจำปี ทำได้ยากเพราะมีแรงต้านทั้งภายในและภายนอก”

“การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในโรงพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

“ผู้ต้องขังแรกเข้าเรือนจำ ไม่มีงบประมาณรองรับ”

“ไม่มีงบประมาณสนับสนุน ตรวจคัดกรองกลุ่มชายรักชาย กลุ่มนักเรียนมัธยมปลาย เนื่องจากไม่ใช่พื้นที่เป้าหมายและไม่ใช่มุมที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) อีกทั้งนักเรียนมีพัฒนาการตามวัย จึงต้องฝึกอบรมใหม่เรื่อยๆ”

“การตีตราและกีดกันผู้ติดเชื้อ ยังมีอยู่ในทุกวงการ ยังไม่มีการแก้เป็นระบบ และต่อเนื่อง ต้องหาสาเหตุและแก้ไขถูกจุด ทุกฝ่ายต้องทำความเข้าใจ โดยเฉพาะสื่อ พร้อมมีมาตรการทางกฎหมายในการป้องปราม และบังคับใช้ ต้องลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหมือนโรคอื่นๆ

“บทบาทการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในทศวรรษแห่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เพื่อมุ่งสู่การยุติปัญหาเอดส์ร่วมกัน”

“ในหน่วยงานเอกชน ยังไม่มีบริการเมธาโดน การแจกเข็ม/กระบอกฉีดยา การทำงานต้องมีนโยบาย

ควรจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวาง และกลุ่มประชากร ไม่เข้าสู่ระบบบริการเพราะกลัวการตีตรา สนับสนุน ให้เกิดการร่วมแก้ปัญหา ด้วยการเพิ่มพลังทำงาน อย่างจริงจัง ข้อจำกัดด้าน งบประมาณในงานป้องกัน การเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุ การเสริมพลังให้คนทำงาน สามารถทำงานต่ออย่างไร ประเด็นของบทบาท ทางเพศในสังคมไทย งานเอดส์ ในมุมมองเอกชน ควรแก้ไขในเชิงอำนาจ การปฏิรูปประเทศไทย ควรเพิ่มบทบาทของคนกลุ่มน้อยในสังคม”

2. การสื่อสารความเสี่ยงที่เจตนาถึง กลุ่มเป้าหมายเฉพาะเจาะจง แต่ไม่สามารถบ่งชี้ ให้ชัดเจนตามบทบาทภารกิจได้ เพื่อให้มีตัวกลาง ที่จะสื่อความเข้าใจถึงประเด็นปัญหาสำคัญที่ได้ จากข้อเสนอแนะ โดยไม่ได้เน้นย้ำถึงการสื่อสารกับ ผู้ให้บริการ เพื่อให้วางแผนและจัดทำข้อมูลหรือนำ ความรู้ไปใช้สื่อสารกับประชาชนทั่วไปที่รู้ตัวว่าเสี่ยง สำหรับผู้ที่ป่วยและญาติ คือ

“ทำให้การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการ ตรวจปกติ อย่างน้อย 1 ครั้ง ในชีวิต และตรวจอีก ถ้ามีพฤติกรรมเสี่ยง”

“การให้ยาต้านไวรัส ว่าต้องมีความพร้อมทั้ง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคนใกล้ชิดช่วยเหลือ”

“ใช้รูปแบบคัดกรองที่ไม่ซับซ้อน และส่งต่อไป ยังหน่วยที่มีความพร้อม”

“การป้องกันก่อนการติดเชื้อเพื่อลดอัตราการ ติดเชื้อรายใหม่ ต้องควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับคนที่ติดเชื้อแล้วทำอะไร ให้สื่อสารให้คน เหล่านั้น เข้ารับการรักษาได้เร็ว (CD4 ยังสูง) เพื่อ ลดการป่วยจากโรคแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่การตาย การให้บริการจะมีคุณภาพดีได้ถ้าปริมาณ ผู้มา ใช้บริการไม่มาก และจะทำให้เสียชีวิตจากเอดส์ น้อยลง ระบบให้คำแนะนำการรักษาผ่าน social media เช่น Application Line

เป็นช่องทางการสื่อสารที่มีประโยชน์มาก”

“การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การให้ความรู้ สร้างความตระหนักให้ใช้ถุงยางอนามัย วิธีการลด การติดเชื้อรายใหม่ ต้องคิดนอกกรอบ Prevention package”

สรุปและข้อเสนอแนะ

ประเทศไทยต้องมีการปรับตัวและแก้ไข เปลี่ยนแปลงโครงสร้างควบคู่ไปกับการสร้างกลไก เชิงรุก เพื่อให้เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ดังนั้น จึงกำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ประกอบด้วยแผนปฏิบัติการ ตามแนวทางการปฏิรูปประเทศ (Road map) ใช้ในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศสู่ความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน การพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อใช้เป็นกรอบในการจัด ทำแผนต่างๆ ให้สอดคล้อง บูรณาการกัน เพื่อให้เกิด เป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมาย เสริมจุดแข็ง ให้เอื้อต่อการพัฒนาประเทศ ให้บรรลุซึ่งเป้าหมาย การสร้างและรักษาไว้ซึ่งผลประโยชน์แห่งชาติ กลไก เพื่อการสื่อสารความเสี่ยงด้านโรคเอดส์ และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ในมิติของการมองปัญหาผล กระทบจากการถูกตีตราจากบุคลากรที่ให้บริการ พบว่า เนื้อหาการนำเสนอรายงานในเวที หรือ จัดพิมพ์เผยแพร่ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย มาตรการ สถานการณ์ ผลการดำเนินงานด้านการเฝ้า ระวัง ป้องกัน ดูแลรักษาโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ ที่ดำเนินงานในช่วงระยะเวลา 2 ปี ที่ผ่านมา มีการกำหนดเป้าหมายผลกระทบในเชิง บวก จากการดำเนินงานในระดับบุคลากรที่ให้บริการ เป็นประเด็นหลักในการสื่อสาร เน้นด้านการจัดการ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านที่เกี่ยวข้อง ซึ่งบ่งชี้ไป ในทิศทางเดียวกัน คือ การลดการตีตราในกลุ่มที่

เป็นปัญหาในเชิงสังคม จากการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลรักษา การป้องกัน และการลดการติตราในกลุ่มที่เป็นปัญหาในเชิงสังคม ความขัดแย้งในเจตคติของเพศสภาวะ อนามัยเจริญพันธุ์ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ สู่เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ยังมีประเด็นปัญหาการตีตราเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรหลักได้แก่ ชายรักชาย กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด โดยพบว่า กฎหมายในการลงโทษผู้ใช้สารเสพติดเป็นอุปสรรคต่อการดูแลรักษา ผู้ใช้สารเสพติดที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วป่วย และกลุ่มที่ยังไม่สามารถป้องกันการแพร่เชื้อ สารสำคัญที่ได้เป็นข้อมูลซึ่งนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบ และสะท้อนผลการดำเนินงานของเครือข่าย สู่การสรุปบทเรียนองค์ความรู้ของวิชาการ เทคโนโลยีในเชิงการจัดการซึ่งมีส่วนผลักดันในการขับเคลื่อนสู่การปรับปรุงรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยง และพัฒนานโยบายใช้ปัญหาผลกระทบ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรหลัก แต่ไม่มีเป้าหมายสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้นในระดับมวลชน นโยบายแห่งชาติ และมาตรการเฉพาะ ซึ่งเป็นแนวทาง ทิศทาง และวิธีการที่ทุกองค์กรและคนไทยทุกคนต้องมุ่งดำเนินการไปพร้อมกัน เพื่อให้ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ในด้านต่างๆ รวมไปถึง

เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สร้างความสุขของคนไทย สังคมมีความมั่นคงเสมอภาค และเป็นธรรม ประเทศสามารถแข่งขันได้ในระบบ สร้างความเข้าใจการเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กรอบแนวทางที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงด้านภัยสุขภาพด้านโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คือข้อ 1.4 การพัฒนาระบบกลไกมาตรการและความร่วมมือระหว่างประเทศทุกระดับและรักษาคุณภาพความสัมพันธ์ กับประเทศมหาอำนาจเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหามั่นคงรูปแบบใหม่ ข้อ 1.7 การปรับกระบวนการทำงานของกลไกที่เกี่ยวข้องจากแนวดิ่งสู่แนวนานมากขึ้น

- 1) ควรมีการพัฒนาารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยกำหนด “ตัวกลาง” ที่ชัดเจนที่นำไปสู่เป้าหมายการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพในทุกมิติคือ การป้องกัน ดูแลรักษา ส่งเสริม และฟื้นฟู เป็นการให้ข้อเสนอแนะให้เห็นถึงการนำไปสู่การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งคือผู้รับบริการโดยตรง
- 2) การสื่อสารความเสี่ยง ควบคู่ไปกับการใช้ “สื่อ” ผลักดันการสื่อสารในระดับที่เป็นมวลชน เพื่อเพิ่มแรงขับที่ส่งผลกระทบและสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (media relation)

เป้าหมายการปฏิรูปด้านสาธารณสุข ระยะ 18 เดือน



Governance Excellence



ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์

1. การใช้อย่างสมเหตุสมผล
2. การพัฒนาสมุนไพร



อภิบาลระบบ

สร้างต้นแบบองค์กรคุณธรรม

การเงินการคลังสาธารณสุข

1. Stateless เสนอ กรม.เห็นชอบ (บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ)
2. ลดเหลื่อมล้ำ ด้านสิทธิประโยชน์และการบริหารจัดการระหว่าง 3 กองทุน

ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

จัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Data Clearing House)

v.5 - 15 มิ.ย. 2559

3) ควรมีการนำประเด็นการตีตราและเลือกปฏิบัติ เชื่อมโยงกับการจัดการระบบสุขภาพ มาเป็น “ตัวกลาง” ในการสื่อสารความเสี่ยงด้วยรูปแบบที่หลากหลายโดยเน้นสร้างแหล่งช่องทางที่ประชาชน เข้าถึงง่ายโดยไม่ต้องเปิดเผยอัตลักษณ์ หรือสถานะ ของการติดเชื้อ และสะดวกที่ประชาชนส่วนใหญ่นิยม

เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงความสำคัญ ของปัญหาที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการให้บริการ มีความเข้าใจและปรับทัศนคติ เรียนรู้ในการแก้ปัญหา ด้านทาง คือ การสื่อสารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดมุมมองความคิด ตัดสินใจเข้าไปใช้ระบบ บริการสุขภาพ และสามารถตรวจสอบ ประเมิน ให้อย่างมั่นใจในการยอมรับ และให้ความร่วมมือในการ เข้ารับบริการ สิ่งที่ต้องดำเนินการในระดับมาตรการ แนวทางที่เร่งรัดในช่วงระยะเวลา 5 ปี ของระยะ การปฏิรูประบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่กรุณา ให้คำปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.ยุทธศาสตร์แห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; 2560.
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์. รู้ทันเอดส์. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
3. ลาวัลย์ กิจรุ่งเรืองกุล. คุณภาพชีวิตและ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต].นนทบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช;2547.
4. วราภรณ์ บุญเชียง และคณะ. ปัจจัยส่งเสริม การมีชีวิตยืนยาวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารโรคเอดส์; 2551. 36-46.

ประสิทธิภาพของสารฆ่าแมลงกลุ่มนีโอนิโคตินอยด์และไพรีทรอยด์บางชนิดในการควบคุมเรือด

Efficacy of Some Neonicotinoid and Pyrethroid Insecticides for

Controlling Bed Bug *Cimex hemipterus* (Fabricius)

วิไล เครื่องคำ วท.บ. (เกษตรศาสตร์) เกษฏวิทยา
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี

Wilai Kheungkham B.S. (Agricultural) Entomology
The Office of Disease Prevention Control 5 Ratchaburi

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสารฆ่าแมลงกลุ่ม Neonicotinoid และ Pyrethroid และใช้ระยะเวลาในการทดลอง ตั้งแต่เดือนเมษายน 2558 - กุมภาพันธ์ 2561 โดยสารฆ่าแมลงกลุ่ม Neonicotinoid ได้แก่ Dinotefuran, imidacloprid และกลุ่ม Pyrethroid ได้แก่ Alpha cypermethrin, Cypermethrin ในการป้องกันกำจัดเรือดแต่ละชนิด ที่ความเข้มข้น 5 ระดับ คือ 0.125, 0.25, 0.50, 1.00 และ 2.00 ml/m² ตามลำดับ ตรวจสอบอัตราการตายของเรือดหลังการพ่นสารเคมี 6 เวลา คือ ชั่วโมงที่ 3, 6, 12, 24, 48 และ 72 พบว่า ในระยะเวลาการทดลองสูงสุด 72 ชั่วโมง สาร Dinotefuran ที่ความเข้มข้น 1.00 และ 2.00 ml/m² มีประสิทธิภาพทำให้เรือดตายมากที่สุด มีอัตราการตาย 87.50 และ 92.50 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสาร Imidacloprid, Alpha cypermethrin และ Cypermethrin อัตราการตายของเรือดสูงสุดของสาร Imidacloprid อยู่ที่ความเข้มข้น 2.00 ml/m² เท่ากับ 67.50 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสาร alpha cypermethrin ที่มีอัตราการตายสูงสุดความเข้มข้น 1.00 ml/m² เท่ากับ 15.0 เปอร์เซ็นต์ และสาร cypermethrin อัตราการตายสูงสุดที่ความเข้มข้น 2.00 ml/m² เท่ากับ 17.50 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งสาร Alpha cypermethrin และ Cypermethrin ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสารฆ่าแมลง Neonicotinoid และ Pyrethroid ในการควบคุมเรือดชนิด *C. hemipterus* สรุปได้ดังนี้ คือ สารฆ่าแมลงที่มีประสิทธิภาพจากมากที่น้อยที่สุด คือ Dinotefuran, Imidacloprid, alphacypermethrin และ cypermethrin ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ การใช้สารฆ่าแมลงจะมีประสิทธิภาพดี หรือไม่ดีนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับสารออกฤทธิ์ที่ทำให้แมลงตายเพียงอย่างเดียว ยังมีองค์ประกอบอีกหลายอย่างที่จะต้องคำนึงถึง เช่น ผู้ใช้จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการใช้สารฆ่าแมลงและสามารถใช้อย่างถูกวิธี มีความเหมาะสมกับบริบทของสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ และการจัดเก็บสารฆ่าแมลงก็มีความสำคัญจะต้องจัดเก็บตามหลักการที่ถูกต้อง มิฉะนั้นสารฆ่าแมลงก็จะเสื่อมคุณภาพทำให้ไม่มีประสิทธิภาพได้เช่นกัน

Abstract

This research was an experimental research. Objective : To compare the effectiveness of insecticides Neonicotinoid (Dinotefuran, Imidacloprid) and Pyrethroid (Alpha cypermethrin, Cypermethrin) group for prevention for controlling Bed Bug *Cimex hemipterus* (Fabricius) at the concentration level 0.125, 0.25, 0.50, 1.00 and 2.00 ml/m² and check the rate of death of Bed Bug after insecticides spraying 6 times included 3, 6, 12, 24, 48 and 72 hours. Trial period from April 2015 to February 2018. The results found that the maximum duration of experiment was 72 hours Dinotefuran at concentration 1.0 and 2.0 ml/m² had effective causing the most dead *Cimex hemipterus* with a mortality rate of 87.50 and 92.50 percent respectively. There were significant statistical differences with Imidacloprid, Alpha cypermethrin and Cypermethrin. The highest rate of death of Imidacloprid at concentration 2.00 ml/m² was 67.50 percent which had statistically significant differences with Alpha cypermethrin with the highest mortality rate at concentration 1.00 ml/m² (15.00 %) and Cypermethrin the highest mortality rate at concentration 2.00 ml/m² was 17.50% which Alpha cypermethrin and Cypermethrin no statistically significant differences. In conclusion the most effective substances from the most to the least were the Dinotefuran, Imidacloprid, Alpha cypermethrin and Cypermethrin respectively. The suggestion :The use of insecticides can be good or bad it does not depend on the active ingredient that makes the insect die but there are many others elements that be considered, for example, users must have knowledge and understanding in the use of insecticides and can be used correctly, appropriate to the context of each area of the environment and the storage of pesticides is important.

ประเด็นสำคัญ

ประสิทธิภาพของสารฆ่าแมลงกลุ่มนีโอนิโคตินอยด์และ
ไพรีทรอยด์/ การควบคุมเรือด

Key words :

Efficacy of Some Neonicotinoid and Pyrethroid
Insecticides/ Controlling Bed Bug

บทนำ

แมลงศัตรูในบ้านเรือนจัดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้อยู่อาศัยปัญหาหนึ่งเนื่องจากทำความรำคาญให้กับผู้อยู่อาศัย แมลงศัตรูในบ้านเรือนมีมากมายหลายชนิด บางชนิดสร้างเฉพาะความรำคาญ บางชนิดเป็นพาหะนำโรค และบางชนิดสามารถกัดและดูดเลือดทำให้เกิดแผลพุพองได้ การป้องกันกำจัดโดยส่วนใหญ่จะใช้สารเคมีที่มีขายอยู่ทั่วไปตามท้องตลาด แต่ยังไม่สามารถป้องกันกำจัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและยังสร้างความต้านทานต่อสารเคมีที่ใช้กำจัดทำให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและไม่สามารถป้องกันกำจัดได้ เือด (bedbug) เป็นแมลงศัตรูในบ้านเรือนชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญทางการแพทย์ เป็นแมลงประเภทมวนอยู่ในอันดับ Hemiptera วงศ์ Cimicidae เป็นแมลงเบียนภายนอกของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมและสัตว์ปีก ชนิดที่ดูดเลือดคน คือ Cimexhemipterus (Cimexrotundatus) พบในแถบร้อน และ Cimexlectularius พบในแถบหนาว⁽¹⁾ มีบันทึกว่าเป็นแมลงศัตรูของมนุษย์มาตั้งแต่อดีตในระยะ 3-4 ปีที่ผ่านมา เริ่มมีการพบตัวเือดบ่อยขึ้น หลังจากที่มีการรายงานว่า พบเือดซุกซ่อนอยู่ตามเบาะนั่งของขบวนรถไฟขบวนหนึ่ง จนเป็นเหตุให้ผู้โดยสารโดนเือดกัด จนทำให้การรถไฟแห่งประเทศไทยต้องหยุดเดินรถไฟชั่วคราว เพื่อดำเนินการกำจัดเือดในตู้โดยสาร นอกจากนี้ตามโรงแรมต่างๆ ก็เริ่มพบตัวเือดมากขึ้น ทำให้ประเทศไทยเกิดปัญหาตัวเือดระบาดส่งผลกระทบต่อแหล่งที่เป็นสถานที่ท่องเที่ยวของไทย เช่น กรุงเทพมหานคร ชลบุรี ภูเก็ต กระบี่ และเชียงใหม่ เป็นต้น เือดมักออกหากินในเวลากลางคืนหรือในความมืด ตอนกลางวันมักหลบซ่อนตัวอยู่ตามที่นอน ซอกเตียง แก้วอี้ รอยแยกของผนังและพื้น

โดยเฉพาะอาคาร สถานที่สาธารณะต่างๆ ได้แก่ โรงภาพยนตร์ โรงแรม ค่ายทหาร ในรถยนต์ และรถไฟ เป็นต้น แหล่งที่พบเือดมากที่สุด คือ สถานที่ที่ค่อนข้างสกปรก⁽²⁾ ในอดีตไม่พบการระบาดของเือดในประเทศไทยมากนัก เพราะองค์การอนามัยโลกได้ส่งเสริมให้ใช้ DDT และมีการใช้อย่างแพร่หลายในปี พ.ศ.2517 เพื่อควบคุมยุง⁽³⁾ ในปัจจุบันพบว่าเือดเป็นแมลงที่มีความสำคัญทางการแพทย์ สร้างความรำคาญต่อมนุษย์และสัตว์ด้วยการกัดดูดเลือด ทำให้ผู้ที่ถูกกัดดูดเลือด รู้สึกคันบริเวณที่เือดกัด ซึ่งเกิดจากการแพ้ น้ำลายของเือดและต่อมาอาจทำให้เกิดการบวมผื่นแพ้และผิวหนังอักเสบบริเวณดังกล่าวได้ มีสาเหตุหลายประการที่ทำให้เือดกลับมาระบาด เช่น การเดินทางที่ง่ายและรวดเร็วในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเดินทางออกต่างประเทศ การใช้เฟอร์นิเจอร์มือสอง และการใช้สารเคมีกำจัดแมลงเป็นเวลานาน และใช้ในปริมาณมาก ทำให้เือดเกิดความต้านทานต่อสารเคมีฆ่าแมลง⁽⁴⁾ เนื่องจาก ในปัจจุบันเือดเป็นแมลงศัตรูบ้านเรือนที่สำคัญ และป้องกันกำจัดได้ยาก อีกทั้งผู้คนส่วนมากที่ยังไม่รู้จักเือด หรือไม่ทราบว่ามีเือดระบาดอยู่ในบ้านเรือน และการใช้สารเคมีที่ป้องกันกำจัดแมลงศัตรูในบ้านเรือนทั่วไป เช่น มด ยุง หรือแมลงสาบไม่สามารถป้องกันกำจัดเือดได้ เมื่อใช้บ่อยๆ ไปเป็นเวลานาน เป็นสาเหตุทำให้เือดเกิดการพัฒนาด้านทนสารฆ่าแมลง จึงยากต่อการป้องกันกำจัดมากยิ่งขึ้น ดังนั้น จึงต้องมีการหาข้อมูล และคัดเลือกสารเคมีกำจัดแมลงเพื่อใช้ในการป้องกันกำจัดอย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัยต่อผู้ใช้ ผู้อยู่อาศัยมากที่สุด

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสารฆ่าแมลงกลุ่ม Neonicotinoid ได้แก่ Dinotefuran, Imidacloprid และกลุ่ม Pyrethroid ได้แก่ Alpha cypermethrin, Cypermethrin ในการป้องกันกำจัดเรือด

นิยามศัพท์

(เปอร์เซ็นต์)1/ : ค่าเฉลี่ยที่มีตัวอักษรเหมือนกันหรือแตกต่างกันในแนวนอน หรือแนวสทมภ์ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยที่มีตัวอักษรเหมือนกันในแนวสทมภ์ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P>0.05$) เช่น 2.50A และ 2.50A, 2.50C และ 2.50C, 2.50D และ 2.50D เป็นต้น

2. ค่าเฉลี่ยที่มีตัวอักษรแตกต่างกันในแนวสทมภ์ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($P>0.05$) เช่น 2.50A และ 2.50B, 2.50B และ 2.50C, 2.50C และ 2.50D เป็นต้น

WP : Wet table powder สูตรชนิดผงผสมน้ำ เป็นรูปผง เมื่อจะใช้ต้องเจือจางด้วยน้ำ ได้สารละลายในรูปของสารผสมแขวนลอย

EC : Emulsifiable Concentrate สูตรชนิดน้ำมันเข้มข้น เป็นของเหลวที่ผสมเป็นเนื้อเดียวกัน เมื่อทำการเจือจางด้วยน้ำก่อนนำไปใช้ จะได้สารอิมัลชัน มีลักษณะสีขาวขุ่น สามารถใช้กับถังสเปรย์หรือเครื่องพ่นหมอกควันได้

SC : Suspension Concentrate สูตรชนิดของเหลวข้น เป็นสารผสมแขวนลอย ต้องทำการเขย่าก่อนการผสมน้ำ

การตัดสินว่าเรือดตาย : เรือดหยุดนิ่งเฉยด้วยพู่กันแล้ว ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เมื่อถูกปลายไม้กล้องจุลทรรศน์

พฤติกรรมแก่งตาย : ลักษณะแมลงนอนแน่นิ่ง ไม่ขยับเขยื้อน ไม่ไหวติง เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของนักล่าหรือสิ่งรบกวน เพื่อให้เห็นว่าตายแล้ว แต่เมื่อมีสิ่งเร้าไปกระทบก็จะมีการเคลื่อนไหวหรือฟื้นจากการสลบให้เห็นว่ายังมีชีวิตอยู่ หรือสลบไปแล้วฟื้นขึ้นมาใหม่

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาประสิทธิภาพของสารฆ่าแมลงกลุ่มนีโอนิโคตินอยด์และไพรีทรอยด์บางชนิดในการควบคุมเรือด มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

รูปแบบงานวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

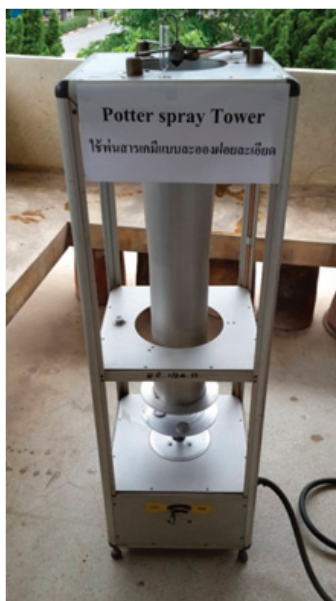
ตัวเรือด ชนิด Cimexhemipterus ที่เพาะเลี้ยงในห้องปฏิบัติการทางกีฏวิทยาของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.4 จังหวัดราชบุรี

ระยะเวลาการทดลอง

เมษายน 2558 - กุมภาพันธ์ 2559

ขั้นตอนการดำเนินการ

ใช้วิธีการให้แมลงได้รับพิษ โดยการสัมผัส ซึ่งแมลงศัตรูจะได้รับสารเคมีทางผนังลำตัวโดยตรง ในการทดลองจะใช้เครื่องฉีดพ่น Potter spraytower ซึ่งเป็นเครื่องพ่นชนิดฝอยละเอียด



ภาพที่ 6 เครื่องพ่นสารเคมีแบบฝอยละเอียดยี่ห้อ potter spray tower

แยกตัวเรือดตัวเต็มวัย เพศผู้ 5 ตัว และ เพศเมีย 5 ตัว ต่อการทดลอง 1 ซ้ำ โดยจะใช้ตัวเรือดทั้งหมด 1,000 ตัว ใส่ลงในกล่องพลาสติกแล้วนำไปแช่ในตู้เย็นประมาณ 30 วินาที เพื่อให้ตัวเรือด

หยุดการเคลื่อนไหว⁽⁵⁾ หลังจากนั้น เทตัวเรือดลงในจานแก้วแล้วนำไปพ่นสารฆ่าแมลง ในอัตรา 40 ml/m² ฉีดพ่นสารเคมีฆ่าแมลงให้ทั่วตัวแมลง เก็บไว้ในอุณหภูมิห้อง ทำการทดลองทั้งหมด 5 กรรมวิธี 5 ความเข้มข้น คือ 0.125, 0.25, 0.50, 1.00 และ 2.00 ml/m² ความเข้มข้นละ 4 ซ้ำ สำหรับชุดควบคุมพ่นด้วยน้ำกลั่น และบันทึกจำนวนตัวเรือดที่ตายภายใน 3, 6, 12, 24, 48 และ 72 ชั่วโมง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์การตายด้วยวิธี LSD (Least Significant Difference) โดยแต่ละกรรมวิธีใช้สารเคมีฆ่าแมลง ดังนี้

กรรมวิธีที่ 1 พ่นสาร Imidacloprid 20% SC

กรรมวิธีที่ 2 พ่นสาร Dinotefuran 10% WP

กรรมวิธีที่ 3 พ่นสาร Alpha cypermethrin 10% SC

กรรมวิธีที่ 4 พ่นสาร Cypermethrin 35% EC

กรรมวิธีที่ 5 ชุดควบคุม (น้ำกลั่น)



1



2



3



4



5



6

ภาพที่ 7 แสดงการเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงรูปร่างแบบไม่สมบูรณ์ของตัวเรือดแต่ละระยะ

1 ระยะไข่ (Egg)

2, 3 ตัวกลางวัย (Nymph)

4 ตัวเต็มวัย (Adult)

5, 6 การเพาะเลี้ยงตัวเรือดในห้องปฏิบัติการ



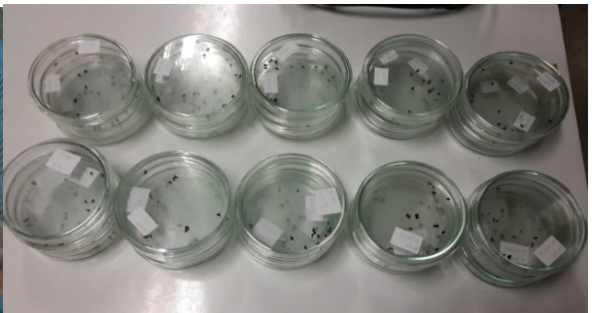
1



2



3



4



5

6

ภาพที่ 8 วิธีการดำเนินงาน

- 1, 2, 3 การคัดแยกตัวเรือดตัวเต็มวัยแยก เพศผู้ , เพศเมีย
4, 5, 6 การเก็บตัวเรือดหลังจากพ่นสารฆ่าแมลง

เครื่องมือสำหรับการวิจัย

1. เครื่องพ่นสารเคมีแบบฝอยละเอียด
2. กล้องจุลทรรศน์
3. พู่กัน
4. ปีกเกอร์แก้ว
5. จานแก้ว
6. ปีเปต
7. สาร Dinotefuran 10% WP
8. สาร Alpha cypermethrin 10% SC
9. สาร Cypermethrin 35% EC
10. น้ำกลั่น
11. สาร Imidacloprid 20% SC
12. กระดาษขาว
13. เครื่องนับจำนวนแบบมือกด
14. เครื่องวัดอุณหภูมิความชื้น
15. กล่องพลาสติก
16. เครื่องชั่งตวงวัด 4 ตำแหน่ง
17. แบบบันทึกประสิทธิภาพสารเคมีต่ออัตราการตายของเรือดต่อเวลา

วิธีการเตรียมสารละลายเคมีสำหรับการทดลอง

การเจือจางสารละลายการเจือจางสารละลายเป็นการทำให้สารละลายมีความเข้มข้นลดลงตามที่ต้องการ โดยจะต้องมีการเติมตัวทำละลายลงในสารละลายนั้น ซึ่งสามารถคำนวณความเข้มข้นของสารละลาย โดยใช้สูตรได้ดังนี้

$$C_1 V_1 = C_2 V_2 \quad \text{เมื่อ} \quad \begin{aligned} C_1 &= \text{ความเข้มข้นเริ่มต้น} \\ V_1 &= \text{ปริมาตรเริ่มต้น} \\ C_2 &= \text{ความเข้มข้นสุดท้าย} \\ V_2 &= \text{ปริมาตรสุดท้าย} \end{aligned}$$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกประสิทธิภาพสารเคมีต่ออัตราการตายของเรือดต่อเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยตารางแจกแจงความถี่ จำนวน และร้อยละ

2. การทดสอบเปรียบเทียบด้วยชุดควบคุม ถ้าที่อัตราการตายระหว่าง 5-20% ให้ปรับค่าอัตราการตายจริงโดยใช้ Abbott's formula และถ้ามีอัตราการตายมากกว่า 20% แสดงว่าผลการทดสอบผิดพลาดต้องทำการทดสอบใหม่⁽⁶⁾

$$\text{สูตร Abbott's formula} = \frac{\% \text{ การตายของเรือดที่ได้รับสารฆ่าแมลง} - \% \text{ การตายของเรือดในชุดควบคุม} \times 100}{100 - \% \text{ การตายของเรือดในชุดควบคุม}}$$

3. วิเคราะห์จากความแปรปรวน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์การตาย โดยใช้วิธี LSD (Least Significant Difference)

4. กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

สารฆ่าแมลง Dinotefuran, Imidacloprid, Alpha cypermethrin และ Cypermethrin ฉีดพ่นกับตัวเต็มวัยของเรือดโดยให้รับพิษด้วยการสัมผัสกับสารเคมีโดยตรง ฉีดพ่นด้วย Potter spray tower ที่ความเข้มข้น 5 ระดับ คือ 0.125, 0.25, 0.50, 1.00 และ 2.00 ตามลำดับ ตรวจสอบอัตราการตายของเรือดหลังการพ่นสารเคมี 6 เวลา คือ ชั่วโมงที่ 3, 6, 12, 24, 48 และ 72

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการตายของเรือดเมื่อได้รับสารฆ่าแมลง Neonicotinoid และ Pyrethroid ในสภาพห้องปฏิบัติการ

สารเคมี	ความเข้มข้น (ml/m ²)	อัตราการตายของเรือด(เปอร์เซ็นต์)					
		3 hr.	6 hr.	12 hr.	24 hr.	48 hr.	72 hr.
Imidacloprid	0.125	27.50 ^{BC}	27.50 ^{BC}	27.50 ^{BC}	25.00 ^{BC}	17.50 ^{EFG}	25.00 ^{FG}
	0.25	32.50 ^B	32.50 ^B	37.50 ^B	30.00 ^B	20.00 ^{EF}	37.50 ^{EF}
	0.50	65.00 ^A	65.00 ^A	72.50 ^A	57.50 ^A	50.00 ^{CD}	55.00 ^{BCD}
	1.00	65.00 ^A	65.00 ^A	67.50 ^A	67.50 ^A	60.00 ^{BC}	60.00 ^{BC}
	2.00	62.50 ^A	62.50 ^A	67.50 ^A	70.00 ^A	65.00 ^{BC}	67.50 ^B
Dinotefuran	0.125	5.00 ^D	5.00 ^D	12.50 ^{CDE}	20.00 ^{BCD}	32.50 ^{DE}	40.00 ^{DEF}
	0.25	12.50 ^{CD}	12.50 ^{CD}	25.00 ^{BCD}	27.50 ^B	47.50 ^{CD}	45.00 ^{CDE}
	0.50	5.00 ^D	5.00 ^D	2.50 ^E	17.50 ^{BCD}	47.50 ^{CD}	57.50 ^{BC}
	1.00	7.50 ^D	7.50 ^D	12.50 ^{CDE}	32.50 ^B	77.50 ^{AB}	87.50 ^A
	2.00	2.50 ^D	2.50 ^D	10.00 ^{DE}	22.50 ^{BC}	87.50 ^A	92.50 ^A
Alpha cypermethrin	0.125	7.50 ^D	7.50 ^D	7.50 ^E	2.50 ^{DE}	5.00 ^{FG}	12.50 ^{GH}
	0.25	2.50 ^D	2.50 ^D	2.50 ^E	2.50 ^{DE}	5.00 ^{FG}	2.50 ^H
	0.50	2.50 ^D	2.50 ^D	2.50 ^E	2.50 ^{DE}	7.50 ^{FG}	10.00 ^{GH}
	1.00	5.00 ^D	5.00 ^D	7.50 ^E	7.50 ^{CDE}	12.50 ^{FG}	15.00 ^{GH}
	2.00	2.50 ^D	2.50 ^D	2.50 ^E	2.50 ^{DE}	5.00 ^{FG}	7.50 ^{GH}
Cypermethrin	0.125	0.00 ^D	0.00 ^D	0.00 ^E	0.00 ^E	0.00 ^G	2.50 ^H
	0.25	0.00 ^D	0.00 ^D	0.00 ^E	0.00 ^E	0.00 ^G	0.00 ^H
	0.50	5.00 ^D	5.00 ^D	5.00 ^E	7.50 ^{CDE}	17.50 ^{EFG}	12.50 ^{GH}
	1.00	2.50 ^D	2.50 ^D	2.50 ^E	2.50 ^{DE}	7.50 ^{FG}	7.50 ^{GH}
	2.00	5.00 ^D	5.00 ^D	7.50 ^E	7.50 ^{CDE}	17.50 ^{EFG}	12.50 ^{GH}

1/ค่าเฉลี่ยในสมมติเดียวกันตามด้วยอักษรที่เหมือนกันแสดงว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบโดยวิธี LSD เปรียบเทียบที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์

สรุป

สารฆ่าแมลงกลุ่ม Neonicotinoid และ Pyrethroid แต่ละชนิดพบว่าชุดควบคุมมีอัตราการตายของเรือดเท่ากับศูนย์ และสารฆ่าแมลงที่ความเข้มข้น 5 ระดับ คือ 0.125, 0.25, 0.50, 1.00 และ 2.00 ml/m² ตามลำดับ ตรวจสอบอัตราการตายของเรือดหลังการพ่นสารเคมี 6 เวลา คือ ชั่วโมงที่ 3, 6, 12, 24, 48 และ 72 พบว่าในระยะเวลาการทดลองสูงสุด 72 ชั่วโมง สาร Dinotefuran ที่ความเข้มข้น 1.00 และ 2.00 ml/m² มีประสิทธิภาพทำให้เรือดตายมากที่สุดมีอัตราการตาย 87.50 และ 92.50 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสาร Imidacloprid, Alpha cypermethrin และ Cypermethrin อัตราการตายของเรือดสูงสุดของสาร Imidacloprid อยู่ที่ความเข้มข้น 2.00 ml/m² เท่ากับ 67.50 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสาร Alpha cypermethrin ที่มีอัตราการตายสูงสุดความเข้มข้น 1.00 ml/m² เท่ากับ 15.0 เปอร์เซ็นต์ และสาร Cypermethrin อัตราการตายสูงสุดที่ความเข้มข้น 2.00 ml/m² เท่ากับ 17.50 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งสาร Alpha cypermethrin และ Cypermethrin ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสารฆ่าแมลง Neonicotinoid และ Pyrethroid ในการควบคุมเรือดชนิด *C. hemipterus* สรุปได้ดังนี้ คือ สารฆ่าแมลงที่มีประสิทธิภาพจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดคือ Dinotefuran, Imidacloprid, Alpha cypermethrin และ Cypermethrin ตามลำดับ

จากการทดสอบประสิทธิภาพของสารฆ่าแมลง Neonicotinoid และ Pyrethroid ในสภาพห้องปฏิบัติการ โดยให้เรือดได้รับพิษโดยตรงทางการสัมผัสพบว่า เมื่อเวลาผ่านไปสามชั่วโมงหลังจากพ่นสาร

สารเคมี Imidacloprid ทำให้เรือดมีอัตราการตายมากถึง 67.50 เปอร์เซ็นต์ ที่ความเข้มข้นแต่ละระดับ ได้แก่ 0.125, 0.25, 0.50, 1.00 และ 2.00 ml/m² เรือดมีอัตราการตายเท่ากับ 27.50, 32.50, 65.00, 65.00 และ 62.50 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งความเข้มข้นที่ 0.5, 1.0 และ 2.0 ml/m² อัตราการตายของเรือดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเข้มข้นที่ 0.125 และ 0.25 ml/m² อัตราการตายของเรือดทั้งสองความเข้มข้นไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในชั่วโมงที่ 6 พบว่าอัตราการตายของเรือดไม่มีความแตกต่างจากชั่วโมงที่ 3 ต่อมาในชั่วโมงที่ 12 เรือดมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นเป็น 27.50, 37.50, 72.50, 67.50 และ 67.50 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งในความเข้มข้นที่ 0.50, 1.00 และ 2.00 ml/m² อัตราการตายของเรือดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเข้มข้นที่ 0.125 และ 0.25 ml/m² ส่วนความเข้มข้นที่ 0.125 ml/m² มีอัตราการตายของเรือดสูงกว่าความเข้มข้นที่ 0.25 ml/m² แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึง Dinotefuran ที่ความเข้มข้น 0.25 ml/m² ด้วย ในชั่วโมงที่ 24 ของการพ่นสาร ความเข้มข้นที่ 2.00 มีอัตราการตายของเรือดมากที่สุดเท่ากับ 70% แต่ก็ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเข้มข้นที่ 1.00 และ 0.50 ml/m² ซึ่งมีอัตราการตายของเรือดเท่ากับ 67.50% และ 57.50% ตามลำดับ และความเข้มข้นที่ 0.25 กับ 0.125 ml/m² มีอัตราการตายของเรือด 30.00 กับ 25.00 ml/m² ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชั่วโมงที่ 48 อัตราการตายของเรือดเริ่มมีการลดลง เนื่องจากเรือดที่โดนสารเคมีสลับ

และฟื้นขึ้นมาใหม่ ทำให้อัตราการตายเรียงลำดับจากความเข้มข้นน้อยไปหามากเท่ากับ 17.50, 20.00, 50.00, 60.00 และ 65.00 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ โดยที่ความเข้มข้นที่ 2.00 และ 1.00 ml/m² ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความเข้มข้นที่ 0.50 แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ความเข้มข้นที่ 0.25 กับ 0.125 ml/m² โดยความเข้มข้นที่ 0.25 กับ 0.125 ml/m² ก็ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วงชั่วโมงสุดท้ายคือชั่วโมงที่ 72 อัตราการตายของ เวิร์ดมีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยโดยอัตราการตายของ เวิร์ดที่ความเข้มข้น 2.00, 1.00 และ 0.50 ml/m² ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สารเคมี Dinotefuran ในอัตราความเข้มข้น 0.125, 0.25, 0.50, 1.00 และ 2.00 มี เปอร์เซ็นต์การตาย ในช่วงชั่วโมงที่ 3, 6, 12 และ 24 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในช่วงชั่วโมงที่ 48 อัตราการตายของเวิร์มสูงที่สุดถึง 87.50 และ 77.50 เปอร์เซ็นต์ ในระดับความเข้มข้นที่ 2.00 และ 1.00 แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกันกับ ระดับความเข้มข้นที่ 0.50, 0.25 และ 0.125 ส่วนช่วงชั่วโมงสุดท้าย ชั่วโมงที่ 72 ความเข้มข้นที่ 1.00 และ 2.00 มีอัตราการตายเท่ากับ 87.50 และ 92.50 เปอร์เซ็นต์และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับสารเคมี Alpha cypermethrin กับ Cypermethrin อัตราการตายของเวิร์มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกระดับความเข้มข้น

ข้อเสนอแนะ

การใช้สารฆ่าแมลงจะมีประสิทธิภาพดีหรือไม่ดีนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับสารออกฤทธิ์ที่ทำให้แมลงตายเพียงอย่างเดียว ยังมีองค์ประกอบอีกหลายอย่างที่จะต้องคำนึงถึง เช่น ผู้ใช้จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการใช้สารฆ่าแมลง และสามารถใช้อย่างถูกต้อง มีความเหมาะสมกับบริบทของสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ และการจัดเก็บสารฆ่าแมลงก็มีความสำคัญจะต้องจัดเก็บตามหลักการที่ถูกต้อ มฉะนั้น สารฆ่าแมลงก็จะเสื่อมคุณภาพทำให้ไม่มีประสิทธิภาพได้เช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคุณสุนาะ พวงพัก หัวหน้าศูนย์ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงที่ 5.4 จังหวัดราชบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านเครื่องมือและให้คำปรึกษาแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ที่ให้ความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย ที่มีได้เอียนามทุกท่าน ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุภัทรา เทียวเจริญ. เวิร์ดและมวนเพชฌฆาต. ใน : อุษาวดี ถาวรระ, (ผู้รวบรวม), ชีววิทยา และการควบคุมแมลงที่เป็นปัญหา สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4.สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข, กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. บริษัทหนังสือดีวัน จำกัด.หน้า 67-72.
2. อภิวัฏ ธวัชสินอุษาวดี ถาวรระจักรวาล ชมภูศรีเพด็จ สิริยะเสถียร. เวิร์ด : ชีววิทยา และการป้องกันกำจัด. คู่มือสำหรับการ ป้องกันกำจัดเวิร์มในโรงแรมและที่พักอาศัย.

- พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทหนังสือดีวันจำกัด. กรุงเทพฯ, 2554.32 หน้า.
3. World Health Organization (WHO). Resolutions of the regional committee for South East Asia. Anti-Malaria Programme. In: Department of Health Systems Development, World Health Organization Regional Office for South-East Asia. September 6-9, 1974.
4. Potter, M. F. A bed bug state of mind : Emerging issues in bed bug management. Pest Control Technology 33 : 2005.82-85.
5. สุดธิดา สุวรรณยศ. ชีววิทยาของเรือดที่พบในประเทศไทยและประสิทธิภาพของสารฆ่าแมลงในการควบคุม. วิทยานิพนธ์ สาขาวิชากีฏวิทยา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2553. 60 หน้า.
6. Abbott, W.S. A method for computing the effectiveness of an insecticide. Journal of Economic Entomology. 1925.18: 265-267.

รูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2 แห่ง ในจังหวัดราชบุรี

Rabies-Free Zone in Two Sub-District Administrative Organizations (SAO), Ratchaburi Province

กฤตยา โยธาประเสริฐ ศศ.ม.

Kittaya Yothaprasert, M.S.A.

(สังคมศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุข)

(Medical Health and Social Science)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

The office of disease prevention and
control 5, Ratchaburi province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษารูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2 แห่ง ในจังหวัดราชบุรี ได้แก่ อบต.หนองโพ (ระดับ A) อ.โพธาราม และ อบต.ดอนใหญ่ (ระดับ B) อ.บางแพ เพื่อหาความแตกต่างระหว่างพื้นที่ A และพื้นที่ B ว่ามีกระบวนการดำเนินงาน มาตรการ หรือปัจจัยใดบ้างที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้โดยพิจารณาจากหลักเกณฑ์ มาตรการ และแนวทางการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มเป้าหมายเป็น นายก อบต. ปลัด อบต. ปศอ. สสอ. /รพ.สต. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อย่างน้อยพื้นที่ละ 5 คน รวม 16 คน เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive) ด้วยวิธีสนทนาและสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group discussion & In-depth interviews group) เครื่องมือ แนวทางสัมภาษณ์ วิเคราะห์เนื้อหาด้วย CIPP Model และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษาการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าใน อบต. 2 แห่ง ในจังหวัดราชบุรี พบว่า อบต.หนองโพ มีรูปแบบการดำเนินงานและปัจจัยที่นำไปสู่พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าระดับ A ประกอบด้วย ผลการวิเคราะห์ 5 ด้าน คือ 1.บริบทและสภาพแวดล้อม อบต.ทั้ง 2 แห่ง มีความแตกต่างกันมาก 2.การสนับสนุน เิงนโยบาย อบต.หนองโพ มีปัจจัยที่เอื้อให้ชุมชนประสบผลสำเร็จ คือ นายก อบต.ให้ความสำคัญเรื่องนโยบาย สุขภาพและมี ปศจ.เป็นคนพื้นที่ให้การสนับสนุน 3.กระบวนการทำงาน อบต.หนองโพ มีระบบการสำรวจ จัดทำทะเบียนประชากรสุนัขและแมวที่ชัดเจน และมีการฉีดวัคซีนป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่า ร้อยละ 80 มีการควบคุมประชากรสุนัข แมว และสุนัขที่ไม่มีเจ้าของร่วมกับเทศบาลอำเภอ 4.กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อบต.หนองโพ มีการจัดเวทีประชาคมการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดยมีส่วนร่วม จากผู้ใหญ่บ้าน รพ.สต.หนองโพ ปศจ.และปศอ. 5.ระบบการเฝ้าระวังการรายงานโรคและติดตามประเมินผล อบต.ทั้ง 2 แห่ง มีการประสานติดตามและส่งต่อผู้สัมผัสโรคให้ รพช.ฉีดวัคซีนและรายงานระบบ ร36 ขณะที่ อบต.ดอนใหญ่ มีปัญหาด้านบริบทของพื้นที่และขาดการนำแนวทางการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า มาใช้ในพื้นที่ทำให้ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันในสุนัขต่ำกว่าร้อยละ 80

สรุปปัจจัยที่เป็นปัญหาอุปสรรค ทั้ง 2 อบต. คือ ไม่มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน ขาดการจัดทำแผน ระดับ อบต.ไม่มีการจัดทำระบบเฝ้าระวังการเข้าออกของสุนัขนอกพื้นที่ และการสำรวจสุนัขที่ไม่มีเจ้าของ

ข้อเสนอแนะ จึงควรส่งเสริมให้ อบต.มีการกำหนดนโยบาย/แผนการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมและจัดทำระบบการสำรวจข้อมูลสุนัข แมวที่ไม่มีเจ้าของในพื้นที่สาธารณะ และควรมีการศึกษาวิจัยในพื้นที่ที่เป็นปัญหาซับซ้อนต่อไป

Abstract

This research was to study Rabies-free zone in two Sub-District Administrative Organizations (SAO), Ratchaburi province: Nong Pho SAO (Grade A) in Photharam District, and Don Yai SAO (Grade B) in Bang Phae District. It was to compare the difference between zone A and zone B about the processes, measures, or factors that will lead to success. The consideration was the criteria, measures and guidelines for Rabies-free zone. Target group in each zone had at least 5 people, in total 16 people, consisted of Chief Executive of the SAO, Chief Administrator of the SAO, Chief of District Livestock Office, Chief of District Public Health Office, Sub-District Health Promoting Hospital, Local chief, and Village headman. The methodology included the descriptive qualitative study, focus group discussion and In-depth interviews group and interview tools. The content was analyzed with CIPP Model and community participation process.

A study of rabies-free zone in two SAOs in Ratchaburi province was found that Nong Pho SAO had the implementation and factors leading to Rabies-free zone in grade A. Five items were analyzed including 1) Context and environment; both SAOs were very different. 2) Policy advocacy; Nong Pho SAO had the factors supporting the community's success because the Chief Executive of the SAO emphasized the health policy and the Chief of District Livestock Office in this zone was supporter. 3) Work process; Nong Pho SAO had the survey system, made dog and cat population registration clearly, had vaccination against rabies for more than 80%, had dog and cat population control including dog without owner, working together with Town Municipality. 4) Community participation process; Nong Pho SAO had a community-based rabies-free society with the cooperation of the village headman, Sub-District Health Promoting Hospital, Chief of Provincial Livestock Office, and Chief of District Livestock Office. 5) Disease surveillance, disease reporting and evaluation; both SAOs coordinated, monitored and referred the infected person to the community hospital giving vaccination and reporting in the system 36, whereas Don Yai SAO had the problem of the contextual area and did not follow the guidelines for Rabies-free zone. As a result, the coverage of vaccination in dogs was less than 80%.

In sum, obstacle factors of both SAOs were as followed: no clear policy, lack of making a plan in SAO level, no entry surveillance system for dog and cat outside the area and no exploring dog without owner. In suggestion, we should encourage SAO to make a policy/plan for the surveillance, prevention, and control. SAO should make a dog and cat without owner survey system in the public area. SAO should further study in the complex problem areas.

ประเด็นสำคัญ

รูปแบบ/การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า/อบต.2 แห่ง

Key words :

Rabies-Free Zone/Two Sub-District Administrative Organizations (SAO)/

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคร้ายแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ความรุนแรงถึงชีวิต ผู้ที่สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าจะต้องได้รับการฉีดวัคซีนร่วมกับอิมมูโนโกลบูลินเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคเฉพาะถิ่น พบมากในทวีปแอฟริกา เอเชีย และอเมริกาใต้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับเชื้อจากการถูกสุนัขบ้ากัด ข่วนหรือเลีย ในอเมริกาใต้สัตว์นำโรคส่วนใหญ่ยังเป็นสุนัขและค้างคาวแวมไพร์ในสหรัฐอเมริกาเกิดจากแรคคูน สกังก์ สุนัขป่า สุนัขจิ้งจอก และที่สำคัญ คือ ค้างคาวกินแมลง เช่นเดียวกับประเทศในยุโรป สัตว์ที่น่าเชื่อสำคัญ คือสุนัขจิ้งจอกในออสเตรเลียพบ ค้างคาวกินผลไม้ไม่น่าเชื่อมาสู่คน⁽¹⁾ และในประเทศไทย ส่วนใหญ่สัตว์ที่น่าเชื่อโรคพิษสุนัขบ้ามากที่สุด คือ สุนัข

แม้ว่า สถานการณ์ปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2547 จนถึงปัจจุบัน (2557) การรายงานผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า มีจำนวน 5 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อีสาน) ในจังหวัดปราจีนบุรี และจังหวัดศรีสะเกษ พบมากในกลุ่มอายุ 35-44 ปี อายุ 25-34 ปี และอายุ >65 ปีขึ้นไป เป็นคนสัญชาติไทย ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 66.7) และเกษตรกร (ร้อยละ 33.3) ตามลำดับ⁽²⁾ รองลงมาภาคกลาง พบมากในกรุงเทพฯ และเขตปริมณฑลบางพื้นที่ ใน ปี พ.ศ.2556 ไม่มีรายงานผู้ป่วยหรือผู้ที่สัมผัสโรคในภาคกลาง แต่มีการรายงานสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า และ มีจำนวนผู้ที่สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ไปฉีดวัคซีนป้องกัน หลังจากที่ได้สัมผัสโรคมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 500,000 ราย ต่อปี รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง

ถึง 1,000 ล้านบาทต่อปี⁽³⁾ จากการศึกษาต้นทุน ผลได้ของการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ที่เน้นการควบคุมป้องกันโรคในสุนัข ปี พ.ศ.2543 พบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์และคน จำนวนมหาศาล (1,188,446.635 บาท) ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในคน (ร้อยละ 68) สูงกว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในสัตว์ (ร้อยละ 32) ที่ทำให้ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายจากการลงทุน 99,321,106 บาท เป็นค่าใช้จ่ายในโครงการป้องกันควบคุมโรคในสุนัข ปี พ.ศ. 2543 จำนวน 202,674,921 บาท⁽⁴⁾ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก เห็นว่าปัญหาข้อโต้แย้งเกี่ยวกับภาระโรคของผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่เขตร้อนในประเทศที่กำลังพัฒนา ยังมีรายงานการเฝ้าระวังโรคน้อย ไม่มีการวินิจฉัยโรค ขาดการประสานงานกับภาคส่วนต่างๆ และไม่พบจำนวน/สัดส่วนของเด็กยากจนที่ได้รับผลกระทบในชุมชนชนบท ส่วนใหญ่ มีค่าใช้จ่ายการรักษาเกิดขึ้นหลังจากสัมผัสโรค โดยเฉพาะการเพิ่มประชากรสุนัขและคน จะทำให้คนเสียชีวิตของจากโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ประเด็นสำคัญในการสนับสนุนมาตรการควบคุมโรค ได้กำหนดให้มีข้อตกลงในการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน เมื่อเดือนพฤษภาคม 2556 ที่เน้นความร่วมมือกันป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เขตร้อน⁽⁵⁾

กรมควบคุมโรค และกรมปศุสัตว์ ได้ร่วมกัน ดำเนินการเร่งรัดให้ประเทศไทยสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และให้ความสำคัญกับการจัดทำบันทึกข้อตกลงตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การควบคุมโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) ร่วมมือกันดำเนินการป้องกัน

ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยกำหนดเป้าหมายให้ประเทศที่มีอุบัติการณ์ของโรคนี้ ร่วมมือกันกำจัดโรคให้หมดสิ้นไปภายใน ปี 2563⁽⁶⁾ กรมควบคุมโรค กรมปศุสัตว์ และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน ใน ปี พ.ศ. 2556 จัดทำแผนยุทธศาสตร์กำจัดโรคพิษสุนัขบ้า และบูรณาการแผนงานร่วมกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี (สคร.5) มีการประชุมจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระดับภาค (ภาคกลาง) ระดับ สคร.1-4 และปศุสัตว์เขต 1, 2, 7 ในการสัมมนาวิชาการ Zoonosis ภาคกลาง ครั้งที่ 1/2556 มีการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ โดยมีการสร้างและขยายเครือข่ายดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ขณะที่ จังหวัดราชบุรี ยังมีพื้นที่ระดับย่อย (ตำบล) บางแห่งที่ยังมีมาตรการไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดสิ้นไป ภายในปี พ.ศ.2563 หรือยังไม่มี การกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ครอบคลุมและไม่เปลี่ยนแปลงไปจากระดับเดิม

ดังนั้น การเตรียมความพร้อมสู่การดำเนินงานด้านยุทธศาสตร์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดสิ้นไป ภายใน ปี พ.ศ.2563 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2 แห่ง ในจังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นหน่วยงานย่อยขององค์กรส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานที่จะนำไปสู่เป้าหมายความสำเร็จของการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าได้ภายใน ปี พ.ศ.2563 เป็นการศึกษาข้อมูล

เชิงคุณภาพ เปรียบเทียบมาตรการ แนวทางการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าของท้องถิ่นเพื่อทราบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานระดับตำบลในพื้นที่ 2 แห่ง คือ ตำบลหนองโพ อำเภอโพธาราม จ.ราชบุรี และตำบลดอนใหญ่ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ว่ามีวิธีการดำเนินงานที่แตกต่างกันอย่างไร และมีปัจจัยใดเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะตำบลหนองโพ อำเภอโพธาราม ที่เคยเป็นพื้นที่ระดับ C ในปี พ.ศ.2556 สามารถดำเนินงานได้ตามเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า จากพื้นที่ C เป็นพื้นที่ A ได้ ในปี พ.ศ.2557 ในขณะที่พื้นที่ตำบลดอนใหญ่ อำเภอบางแพ เป็นพื้นที่ B ในปี พ.ศ.2556 แต่ไม่สามารถเลื่อนระดับจากพื้นที่ B เป็นพื้นที่ A ได้ ในปี พ.ศ.2557 สะท้อนให้เห็นว่า กระบวนการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ดังกล่าว ยังมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้องที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานเร่งรัดการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับท้องถิ่นได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับบริบทสังคมนั้นๆ อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2 แห่ง (ตำบลหนองโพ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี 1 แห่ง และตำบลดอนใหญ่ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี 1 แห่ง) ในจังหวัดราชบุรี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลที่มี

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค พิษสุนัขบ้า ในพื้นที่ระดับตำบล 2 แห่ง ในจังหวัดราชบุรี ได้แก่ อบต.หนองโพ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี และ อบต.ดอนใหญ่ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี โดยเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อเปรียบเทียบการดำเนินมาตรการ และแนวทางการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่ A และพื้นที่ B ว่า มีความแตกต่างกันอย่างไร โดยใช้ CIPP Model เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ปัญหา เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน (Community Participation) ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายก อบต. ปลัด อบต. ปศอ. สสอ. และผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) การศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ของการลดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่ระดับตำบล 2 แห่ง ตามหลักเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ที่ผ่านมาเป็นการศึกษาข้อจำกัดในด้านปัญหา อุปสรรคของการดำเนินงาน ว่ามีปัจจัยใดบ้าง ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และทำให้การดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมาไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

วิธีการดำเนินการวิจัย

มีเป้าหมายสำคัญที่จะนำไปสู่ปัจจัยความสำเร็จของการลดโรคและการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าให้ได้ภายในปี พ.ศ.2563 และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพื้นที่ A และพื้นที่ B ว่ามีกระบวนการดำเนินมาตรการ หรือปัจจัยใดบ้างที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในพื้นที่ 2 แห่งได้ โดยพิจารณาจากหลักเกณฑ์ มาตรการ และแนวทางการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เป็นเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Descriptive) ด้วยวิธีสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group &

In-depth interviews group) เครื่องมือตามแบบการสัมภาษณ์วิเคราะห์เนื้อหาด้วย CIPP Model และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มตัวอย่างและประชากรศึกษา

เป็นพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลที่มีการดำเนินงานหรือกิจกรรมเร่งรัดการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ A และพื้นที่ B ของ อบต.2 แห่ง ในจังหวัดราชบุรี คือ ตำบลหนองโพ อำเภอโพธาราม 1 แห่ง และตำบลดอนใหญ่ อำเภอบางแพ 1 แห่ง โดยเฉพาะเจาะจง และสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย อบต.ละ 5 คน ได้แก่ นายก อบต. ปศอ. สสอ. รพ.สต. และกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน รวม 10-15 คน เป็นการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์การบริหารตำบล ซึ่งเป็นหน่วยงานย่อยระดับท้องถิ่นที่ดำเนินการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในช่วงปีที่ผ่านมา (2556-2557)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการนิเทศติดตามแบบเสริมพลังกลุ่ม ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ นายก อบต. ปศอ. สสอ. รพ.สต. และกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus groups / Group discussion) และสัมภาษณ์กลุ่มเชิงลึก (In-dept Interviews) เพื่อศึกษารูปแบบของการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดยใช้กระบวนการนิเทศติดตามแบบเสริมพลัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ให้ข้อเสนอแนะและความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์กลุ่ม

ใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่ม เป็นการนิเทศติดตามเยี่ยมแบบเสริมพลัง และกระตุ้นผลักดันให้เกิดกลไกการพัฒนางานใน

พื้นที่ชุมชน เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2 แห่ง ที่เป็นพื้นที่ระดับ A และพื้นที่ระดับ B ของจังหวัดราชบุรี ที่มีการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า แบบมีเป้าหมายและปัจจัยความสำเร็จที่จะนำไปสู่การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าได้ ภายในปี พ.ศ.2563 เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างของกระบวนการดำเนินงานและมาตรการตามหลักเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าระดับชุมชน ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลสำเร็จต่อการปฏิบัติงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อนำรูปแบบที่ได้ไปใช้ขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป โดยใช้ CIPP Model ในการวิเคราะห์และประเมินผลรูปแบบความสัมพันธ์ของกระบวนการดำเนินงานในระดับชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. จัดทำแนวทางการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามหลักเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า มาตรการ และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า
2. จัดทำหนังสือประสานความร่วมมือไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี เพื่อให้เกิดการประสานงานกับปศุสัตว์จังหวัด ปศุสัตว์อำเภอ อบต. สสอ. รพ.สต. และกำนัน/ผู้ใหญ่บ้านที่เกี่ยวข้อง
3. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก สทนากลุ่ม และสัมภาษณ์กลุ่มร่วมกับนายก อบต. ปลัด อบต. ปศอ. สสอ. กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่ตามแบบสัมภาษณ์
4. วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ CIPP Model และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
5. สรุป อภิปรายผล และเสนอแนะ

นิยามความหมายที่ใช้ในการศึกษา

โรคพิษสุนัขบ้า หรือโรคกลัวน้ำ เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากสัตว์สู่คน มีความรุนแรงถึงเสียชีวิต โรคพิษสุนัขบ้าเกิดจากอาการสมองและไขสันหลังอักเสบ ผู้ป่วยจะมีไข้ ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว คันบริเวณรอยแผลที่ถูกสัตว์กัด มีอาการหงุดหงิด ตื่นเต้นต่อสิ่งเร้ามาก มีม่านตาขยาย น้ำลายไหลมาก กล้ามเนื้อคอกระตุกเกร็ง กลืนน้ำลายไม่ได้ มีอาการเป็นอัมพาต อ่อนแรง และเสียชีวิตในที่สุด

การสัมผัส หมายถึง การถูกกัด หรือน้ำลายกระเด็นเข้าบาดแผล หรือผิวหนังที่มีรอยถลอก หรือถูกเลีย เยื่อบุปาก จมูก ตาหรือกินอาหารดิบที่ปรุงจากสัตว์ หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า

ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง ผู้ที่ได้รับการสัมผัสกับสัตว์หรือผู้ป่วยที่ได้รับการพิสูจน์ หรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า รวมถึงกรณีที่สัตว์หนีหาย และสัตว์ไม่ทราบประวัติ

ขั้นตอนและหลักเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

1. จัดระดับพื้นที่

1.1. พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึงพื้นที่ที่ไม่ปรากฏโรคพิษสุนัขบ้าในคนและในสัตว์ทุกชนิด มีการเฝ้าระวังค้นหาโรคอย่างทั่วถึง มีมาตรการควบคุมอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง และควรมีการเฝ้าระวังการนำสัตว์เข้ามาในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ จนมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบคนและสัตว์เป็นโรคพิษสุนัขบ้าตลอดระยะเวลา 2 ปี ติดต่อกัน

1.2. พื้นที่ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies Free Areas)

ระดับ A หมายถึง พื้นที่ที่ไม่พบรายงานโรคในคนและในสัตว์ตลอดระยะเวลา 2 ปี

ระดับ B หมายถึง พื้นที่ที่ไม่พบรายงานคนเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ตลอดระยะเวลา 2 ปี แต่ยังมีรายงานสัตว์ตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้า

ระดับ C หมายถึง พื้นที่ที่ยังมีรายงานคน และสัตว์เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งนี้ ต้องมีกิจกรรมต่างๆ ตามหลักเกณฑ์การประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

2. แนวทางการดำเนินงานให้เป็นพื้นที่ปลอดโรค

พื้นที่ C ดำเนินการควบคุมโรคให้ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า 2 ปี ติดต่อกัน เพื่อยกระดับเป็นพื้นที่ B

พื้นที่ B ดำเนินการควบคุมโรคให้ไม่มีรายงานโรคทั้งในคนและในสัตว์ ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี เพื่อยกระดับเป็นพื้นที่ A โดยมีการเฝ้าระวังโรคในสัตว์อย่างต่อเนื่อง

พื้นที่ A ดำเนินการควบคุมโรค รักษาสภาพไม่มีรายงานโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและในสัตว์เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี ติดต่อกัน และมีการเฝ้าระวังค้นหาโรคอย่างทั่วถึง พร้อมทั้งมีมาตรการอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง มีการเฝ้าระวังการนำสัตว์เข้ามาในพื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพจนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบคนและสัตว์เป็นโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อยกระดับเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าต่อไป

3. การกำหนดพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

พื้นที่เป้าหมาย อปท. ทุกพื้นที่เป้าหมายดำเนินการเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าภายใน ปี พ.ศ. 2563

4. กลวิธีการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

4.1. การประสานงานการควบคุมโรคในจังหวัด ระหว่างหน่วยงาน

4.2. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ให้แก่สุนัขที่มีอายุตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ให้ครอบคลุมร้อยละ 80 ของสุนัขทั้งหมด

4.3. การควบคุมสุนัข

4.4. การส่งตรวจหาสัตว์ที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า

4.5. การรายงานและการควบคุมโรคเมื่อพบคนหรือสัตว์เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า

4.6. การทำ Ring vaccination

4.7. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคนที่ถูกสัตว์ที่เป็นหรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด

4.8. การประกาศเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

เกณฑ์การประเมิน

ในพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

1. ในคนต้องไม่มีผู้เสียชีวิตต่อเนื่อง 2 ปี จากพื้นที่ A ทุกรายที่สงสัยได้รับการตรวจ และร้อยละ ผู้สงสัยเสียชีวิตทุกรายได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

2. ในสัตว์ทุกตัวอย่างที่ส่งตรวจไม่พบเชื้อระยะเวลาที่ตรวจไม่พบโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์มีระยะเวลา 2 ปี ต่อเนื่องจากพื้นที่ระดับ A ร้อยละ สัตว์ส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบโรคพิษสุนัขบ้า อย่างน้อย ร้อยละ 0.01 ของจำนวนสัตว์ในพื้นที่ติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 2 ปี และมีการกักขังสุนัขที่สงสัยและกัดคนเพื่อดูอาการ 10 วัน

3. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ร้อยละสุนัขได้รับการฉีดวัคซีนของจำนวนสุนัขทั้งหมด ร้อยละ 100

4. การควบคุมจำนวนสุนัข ร้อยละสุนัข ได้รับการจดทะเบียนของจำนวนสุนัขทั้งหมด ร้อยละ 100 ต้องไม่มีจำนวนสุนัขไม่มีเจ้าของในที่สาธารณะ และมีการเฝ้าระวังการเคลื่อนย้ายสุนัขเข้าออกในพื้นที่

5. การดำเนินงานควบคุมโรคตามแผนยุทธศาสตร์ ร้อยละความสำเร็จของการควบคุมโรคตามแผนยุทธศาสตร์ ร้อยละ 100

ในพื้นที่ A 1. ไม่มีคนที่เสียชีวิตต่อเนื่อง 2 ปี และทุกรายที่ต้องสงสัยได้รับการตรวจ 2.ในสัตว์ ทุกตัวอย่างที่ส่งตรวจไม่พบเชื้อ ระยะเวลาที่ตรวจ ไม่พบโรคพิษสุนัขบ้า 2 ปีต่อเนื่อง มีการกักขัง สุนัขตัวที่สงสัยและกักคนเพื่อดูอาการ 10 วัน 3.มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ มากกว่าร้อยละ 80 4.การควบคุมจำนวนสุนัข ร้อยละ สุนัขได้รับการจดทะเบียนของจำนวนสุนัขทั้งหมดมี มากกว่าร้อยละ 80 ไม่มีจำนวนสุนัขที่ไม่มีเจ้าของ ในที่สาธารณะ 5.มีการดำเนินงานควบคุมโรค ตามแผนยุทธศาสตร์ สำเร็จและครอบคลุมไม่น้อย กว่าร้อยละ 80

ในพื้นที่ B 1. ไม่มีคนเสียชีวิต ผู้ต้องสงสัยทุกราย ได้รับการตรวจ 2.ในสัตว์ ตัวอย่างที่ส่งตรวจ ยังมีการติดเชื้อ มีระยะเวลาที่ตรวจพบโรคพิษสุนัขบ้า ในสัตว์ มีการกักขังสุนัขตัวที่กักคนดูอาการ 10 วัน 3.มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ร้อยละ 80 4.การควบคุมจำนวนสุนัข ร้อยละสุนัขได้ รับการจดทะเบียนทั้งหมด ร้อยละ 80 และมีจำนวน สุนัขไม่มีเจ้าของในที่สาธารณะ 5.การดำเนินงาน ควบคุมโรคตามแผนยุทธศาสตร์ สำเร็จและครอบคลุม ร้อยละ 80

ในพื้นที่ C1. ในคนยังมีผู้เสียชีวิต ทุกรายที่ต้อง สงสัยได้รับการตรวจ 2.ในสัตว์ ตัวอย่างที่ส่งตรวจยังมี การพบเชื้อ ระยะเวลาที่ตรวจยังพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ในสัตว์ มีการกักขังสุนัขทุกตัวที่กักคนดูอาการ 10 วัน 3.การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ น้อยกว่า ร้อยละ 80 4. การควบคุมจำนวนสุนัขร้อยละสุนัขได้ รับการจดทะเบียนของจำนวนสุนัขทั้งหมด มีน้อยกว่า ร้อยละ 80 มีจำนวนสุนัขไม่มีเจ้าของในที่สาธารณะ 5.การดำเนินงานควบคุมโรคตามแผนยุทธศาสตร์ สำเร็จและครอบคลุมน้อยกว่าร้อยละ 80

องค์การส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง หน่วยงานเทศบาล หรือ องค์การบริหาร ส่วนตำบล : อบต.

บุคลากรเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงาน สาธารณสุข (สสจ./สสอ.) และหน่วยงานภายนอก ได้แก่ ปศุสัตว์จังหวัด/อำเภอ(ปศจ./ปศอ.)ที่ปฏิบัติงาน และมีเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน ที่จะนำไปสู่ การกำหนดกระบวนการทัศนที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้มีส่วนร่วม เกิดความรู้สึกมีความเป็นเจ้าของ (ownership) และทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น ยินยอมปฏิบัติตาม (compliance) เงื่อนไขข้อตกลง และเกิดการยอมรับ (commitment) ได้อย่างสมัครใจ เต็มใจ และสบายใจ

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) หมายถึง การที่คนในชุมชนเข้ามาร่วม ในทุกขั้นตอนของการพัฒนางานในชุมชน ตั้งแต่การ คิดวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดเป้าหมาย แผนการ ดำเนินงาน ขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และมาตรการ ร่วมกันแก้ไขปัญหาในระดับตำบล เป็นตัวอย่างที่สามารถ นำไปใช้ในองค์การส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จะนำเครื่องมือสำคัญไปสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีคุณภาพต่อไป นอกจากนี้ การมีส่วนร่วม ที่ก่อให้เกิดผลต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย จะมีผลทางจิตวิทยาอย่างยิ่งที่ผู้ที่เข้าร่วม มีความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการบริหาร ความคิดเห็น ถูกรับฟัง และนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา เครือข่าย และที่สำคัญผู้ที่มีส่วนร่วมจะมีความรู้สึกเป็น เจ้าของเครือข่าย ความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลัง ในการขับเคลื่อนเครือข่ายที่ดีที่สุด”

กรอบแนวคิด

Community Participation

- ปัญหาอุปสรรค การดำเนินงานในพื้นที่

หลักเกณฑ์ในการสร้างพื้นที่ปลอดโรค

พื้นที่ A

พื้นที่ B

	พื้นที่ A	พื้นที่ B
1. โรคพิษสุนัขบ้าในคน - ไม่มีผู้เสียชีวิตต่อเนื่อง 2 ปี - ผู้เสียชีวิต/ผู้สงสัยทุกรายได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ	ไม่มีผู้เสียชีวิต	ไม่มีผู้เสียชีวิต
2. โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ - ทุกตัวอย่างที่ส่งตรวจไม่พบเชื้อ - ระยะเวลาที่ตรวจไม่พบเชื้อต่อเนื่อง 2 ปี - ร้อยละ 0.01 ของจำนวนสัตว์ในพื้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการแล้วไม่พบเชื้อใน	ทุกตัวอย่างที่ส่งตรวจไม่พบเชื้อ ไม่พบเชื้อในสัตว์ ไม่พบเชื้อในสัตว์ในพื้นที่	ทุกตัวอย่างที่ส่งตรวจยังพบเชื้อ ยังพบเชื้อในสัตว์ -
3. สักรางสัตว์ - มีการสำรวจจำนวนสุนัขทั้งหมด - ครอบคลุมทุกพื้นที่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	-
4. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ - มีสุนัขได้รับการฉีดวัคซีนทั้งหมด ร้อยละ 80 ขึ้นไป	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	-
5. การควบคุมจำนวนสุนัข - ร้อยละสุนัขที่ได้รับการขึ้นทะเบียนของจำนวนสุนัขทั้งหมด ร้อยละ 80 ขึ้นไป - จำนวนสุนัขไม่มีเจ้าของในที่สาธารณะไม่มี	- มี	- มี

- ขับเคลื่อนนโยบายการปฏิบัติงานระดับพื้นที่**
 - นำหลักเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าไปปฏิบัติ
 - จัดทำแผนงานโครงการสนับสนุนการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่
 - ดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค
 - สำรวจ การขึ้นทะเบียนประชากรสุนัข แมวในพื้นที่ (ทั้งที่มีเจ้าของและไม่มีเจ้าของ)
 - ฉีดวัคซีนให้สุนัข แมวครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 80
 - ทำการควบคุม/ทำหมันจำนวนสุนัข แมว
 - ส่งตัวอย่างหัวสุนัขตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - จัดทำทะเบียนควบคุมการเข้า ออกของสุนัข แมวในพื้นที่
 - ใช้วิธีการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับพื้นที่
 - จัดเวทีประชาคมหมู่บ้านและวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
 - ประสานและดำเนินงานเฝ้าระวัง ดูแลรักษาเมื่อพบผู้สัมผัสโรค
 - กำหนดมาตรการทางสังคมร่วมกับชุมชน
 - สื่อสาร และประชาสัมพันธ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่าง

สรุปผลการดำเนินงานวิจัย

ตารางที่ 1 หลักเกณฑ์การประเมินผลการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

ลำดับที่	เกณฑ์การพิจารณา	ตัวชี้วัด	พื้นที่ปลอดโรค	พื้นที่ควบคุมโรค		ผลการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า
				A	B	
1	โรคพิษสุนัขบ้าในคน	จำนวนการเสียชีวิต	“ไม่มีผู้เสียชีวิตต่อเนื่อง 2 ปี	“ไม่มีผู้เสียชีวิต	“ไม่มีผู้เสียชีวิต	อบต.หนองโพ อ.โพธาราม และ อบต.ดอนใหญ่ อ.บางแพ จ.ราชบุรี “ไม่มีผู้เสียชีวิต
		ผู้เสียชีวิตส่งสยทุกรายได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ	ทุกรายที่ส่งสยได้รับการตรวจ	-	-	-
2	โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์	จำนวนสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าทางห้องปฏิบัติการ	ทุกตัวอย่างส่งตรวจไม่พบเชื้อ	ทุกตัวอย่างที่ส่งตรวจไม่พบเชื้อ	ตัวอย่างส่งตรวจยังมีการพบเชื้อ	อบต.หนองโพได้มีการประสาน ปศอ.ส่งตรวจสุนัขมีอาการผิดปกติ 1
		ระยะเวลาที่ตรวจไม่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์	ไม่พบเชื้อต่อเนื่อง 2 ปี	ไม่พบเชื้อในสัตว์	ยังตรวจพบเชื้อ	อบต.หนองโพ ไม่มีการส่งตรวจหาสุนัข
3	สำรวจสัตว์	ร้อยละ 0.01 ของจำนวนสัตว์ในพื้นที่ ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และไม่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า	ไม่พบเชื้อในสัตว์ในพื้นที่ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี	ไม่พบเชื้อในสัตว์ในพื้นที่	-	อบต.หนองโพ ไม่พบเชื้อ
		มีการสำรวจจำนวนสุนัขทั้งหมด	ครอบคลุมทุกพื้นที่	ครอบคลุมทุกพื้นที่	-	มี

ตารางที่ 1 หลักเกณฑ์การประเมินผลการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (ต่อ)

4	การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์	ร้อยละสุนัขที่ได้รับการฉีดวัคซีนของจำนวนสุนัขทั้งหมด	มากกว่าร้อยละ 80		มี
5	การควบคุมจำนวนสุนัข	ร้อยละสุนัขที่ได้รับการฉีดวัคซีนของจำนวนสุนัขทั้งหมด	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	-	ทั้ง 2 อบต. ยังไม่มีการขึ้นทะเบียนสุนัขในพื้นที่
		จำนวนสุนัขไม่มีเจ้าของในที่สาธารณะ	ไม่มี	มี	มีการดำเนินงานทั้ง 2 อบต.
		มีการเฝ้าระวังการเคลื่อนย้ายสุนัขเข้าออกในพื้นที่	มี	-	ทั้ง 2 อบต. ยังไม่มีการดำเนินงานเฝ้าระวังการเคลื่อนย้ายสุนัขเข้าออกในพื้นที่

รูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ของ อบต.หนองโพ และ อบต.ดอนใหญ่

1. รูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ของ อบต.หนองโพมีการดำเนินงานดังนี้

1. **ด้านบริบทและสภาพแวดล้อม** พบว่า ตำบลหนองโพ มีพื้นที่การปกครองแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1.เทศบาล และ 2.อบต.หนองโพ

อบต.หนองโพ ได้รับการประเมินรับรองจากหน่วยงานปศุสัตว์ ให้เป็นพื้นที่ระดับ A มีพื้นที่ 4.89 ตารางกิโลเมตร มี 10 หมู่บ้าน มี 947 ครัวเรือน มีประชากรอาศัยอยู่ในพื้นที่ 2,820 คน ประชากรมีอาชีพหลักเป็นเกษตรกรกรรม ส่วนใหญ่เลี้ยงโคนม ในปี พ.ศ. 2557 อบต.หนองโพ มีการสำรวจข้อมูลสุนัข และแมว ทั้งสิ้น 1,035 ตัว แยกเป็นสุนัข 810 ตัว แมว 225 ตัว มีการฉีดวัคซีนให้สุนัขและแมว ร้อยละ 100 ส่วนในสุนัข และแมวที่ไม่มีเจ้าของ/สุนัขจรจัด ยังไม่มีการสำรวจข้อมูลและฉีดวัคซีนให้กับสุนัข แมวที่ไม่มีเจ้าของ/สุนัขจรจัด เนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรงและจับได้ยาก รวมทั้ง ยังไม่มีกิจกรรมการควบคุมหรือทำหมันให้กับสุนัข แมวที่มีเจ้าของ และไม่มีเจ้าของในพื้นที่ แต่มีเทศบาลเมืองมาขอใช้พื้นที่ชุมชนหน้าวัดในการควบคุมและทำหมันให้สุนัข แมวฟรี จึงทำให้ชาวบ้านได้นำสุนัข แมวมาทำหมันด้วย จึงเป็นปัจจัยร่วมที่เอื้อและสนับสนุนการควบคุมประชากรสุนัข แมว ไม่ให้เพิ่มจำนวนมากขึ้น

2. **การสนับสนุนเชิงนโยบาย** พบว่า ในพื้นที่ A นายก อบต.ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนเป็นลำดับต้นๆ นายกมีนโยบายให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต และเรื่องสาธารณสุขเป็นอันดับรอง มีการสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทุกปี มีการให้ความรู้กับประชาชน มีการประชาสัมพันธ์ล่วงหน้า เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักถึงโรคและภัย ผู้ใหญ่บ้าน

ให้ข้อมูลโรคพิษสุนัขบ้า มีหอกระจายข่าวประชาสัมพันธ์ในทุกหมู่บ้าน เพื่อสร้างความรู้ความตระหนักให้กับประชาชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และโรคไข้เลือดออก มีการสนับสนุนให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพกับ อสม. และประชาชน ในเรื่องต่างๆ

3. **ด้านกระบวนการทำงาน** พบว่า มีการสำรวจข้อมูลจำนวนสุนัข แมวในพื้นที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าร้อยละ 80 มีระบบฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนสุนัข แมวในโปรแกรมระบบ ร36 ข้อจำกัดของ อบต.หนองโพ ที่พบยังไม่มีผู้รับผิดชอบงานสำรวจข้อมูลโดยตรง แต่ได้มอบหมายให้บุคลากรงานบุคคลดำเนินการแทน ส่วนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในพื้นที่สาธารณะ การสำรวจ การฉีดวัคซีน หรือควบคุมจำนวนสุนัขและแมวที่มีเจ้าของและไม่มีเจ้าของหรือสุนัขจรจัดในพื้นที่ ยังไม่ได้มีการดำเนินงาน รวมทั้ง การเฝ้าระวังการเข้าออกของสุนัขนอกพื้นที่ ฯลฯ

4. **กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน** พบว่า 1.มีหนังสือสั่งการมาที่อำเภอโพธารามมีอบต. 20 แห่งเข้าร่วมโครงการ จัดทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ระหว่าง อบต. และ ปศอ. 2.มีการประสานงานกับ ปศอ. สสอ. รพ.สต. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค 3.ปศอ. จัดฝึกอบรมและอนุญาตให้ อสม.และสมาชิก อบต. ฉีดวัคซีนได้ 4.รพ.สต. จัดฝึกอบรมความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าให้กับ อสม.จำนวน 80 คน ทุกเดือน 5.แต่ละหมู่บ้านให้ความรู้แบบปากต่อปาก 6.จัดเวทีประชาคมในเดือน มีค. รองปลัดอบต. จะมีการชี้แจง กำหนดแผนการดำเนินงาน เวลาการปฏิบัติงาน การฉีดวัคซีนป้องกันโรคเดือนเมย.ของทุกปี การจัดเวทีประชาคมร่วมกับชาวบ้าน

จะเริ่มประชาสัมพันธ์ ตั้งแต่ เดือนกพ.-เมย.ของปี ผู้ใหญ่บ้านจะหาข้อมูลความรู้ประชาสัมพันธ์ ในหมู่บ้าน มีการจัดเตรียมการปรึกษาหารือแนวทางการประชาสัมพันธ์ร่วมกับ อสม.ให้ชาวบ้านรับรู้ ข้อมูลข่าวสารและพิชภัย 7.อบต.จะเชิญเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข มาเสริมความรู้ให้ชาวบ้าน ซึ่งนายก คิดว่าการประชาสัมพันธ์คนเดียวอาจไม่ทั่วถึง จึงเริ่มที่การประชุมสมาชิก เพื่อปลูกจิตสำนึกให้ ชาวบ้านได้รู้และเข้าใจ เป็นการประชุมชี้แจงนโยบาย เฝ้าระวัง และแจ้งยอดการสำรวจจำนวนสุนัข แมว ที่มีเจ้าของทุกเดือน มค.-กพ. 8.ปัจจัยสำคัญที่ เอื้อต่อการส่งเสริมกระบวนการสู่ความสำเร็จของ ชุมชน พบว่า มี ปศจ.เป็นคนในพื้นที่ที่ให้คำแนะนำ ปรึกษา สนับสนุน และส่งเสริมการพัฒนาแนวทางการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าให้กับชุมชน

5. ระบบการเฝ้าระวังการรายงานโรคและ ติดตามประเมินผล มี รพช.หนองโพ รายงาน

2. รูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าของ อบต.ดอนใหญ่ มีการดำเนินงานดังนี้

1. ด้านบริบทและสภาพแวดล้อม พบว่า อบต.ดอนใหญ่ได้รับการประเมินรับรองจากหน่วยงาน ปศุสัตว์ให้เป็นพื้นที่ระดับ B มีพื้นที่ 20.5 ตาราง กิโลเมตร มี 9 หมู่บ้าน มี 1,478 ครัวเรือน มีประชากร ในพื้นที่ 3,900 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักเกษตรกรรม ร้อยละ 90 พื้นที่ อบต.ดอนใหญ่มีประชากรแฝง ที่เข้ามาทำอาชีพเกษตรกรรมและประมงในพื้นที่ จำนวนมาก เช่น ทำบ่อกุ้ง บ่อปลา ไร่ฝรั่ง และ สวนองุ่น ฯลฯ ประชากรแฝงส่วนใหญ่จะเลี้ยงสุนัข จำนวนมาก และจ้างแรงงานต่างด้าวพม่าเฝ้าดูแล บ่อกุ้ง บ่อปลา ไร่ สวน การจะเข้าไปทำการ สำรวจหรือฉีดวัคซีนควบคุมให้สุนัข แมว จึงทำได้ ยาก เนื่องจากประชากรแฝงจะเข้าเข้ากลับเย็น

อยู่แต่แรงงานต่างด้าวพม่าที่ไม่สามารถสื่อสาร พูดคุยกันได้ โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวพม่า จะไม่ฟังใครนอกจากนายจ้าง จากสถานการณ์ การดำเนินงานในพื้นที่ที่มีการสำรวจจำนวน สุนัข แมวที่มีเจ้าของในทุกหมู่บ้าน (ยกเว้นใน พื้นที่บ่อกุ้ง บ่อปลา และไร่อสวน) ในช่วง ปี พ.ศ. 2555-2556 มีจำนวนสุนัข แมว มากกว่า 1,000 ตัว ซึ่งมีการฉีดวัคซีนยังไม่ครอบคลุม ในทุกพื้นที่ ถึงร้อยละ 80 แต่ในปี พ.ศ.2557 พบว่า ไม่ได้มีการสำรวจข้อมูลสุนัข แมว แต่มีโครงการจัดซื้อ วัคซีนสนับสนุนให้เจ้าของสุนัข แมวในพื้นที่นำไปฉีดเอง จำนวน 500 โด๊ส

2. การสนับสนุนเชิงนโยบาย พบว่า นายก อบต.ดอนใหญ่ ยังไม่ทราบนโยบายและไม่มีแนวทาง ที่ชัดเจนในการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่ง นายก เห็นว่าถ้าจะให้มีการสำรวจข้อมูลสุนัข แมว ได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ต้องมีการบังคับใช้กฎหมาย หรือคำสั่งอำเภอมาใช้ เพื่อให้ อบต.ในพื้นที่รู้ว่ามี ประชากรแฝงและแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำอาชีพ ในพื้นที่ อบต.ดอนใหญ่มีจำนวนเท่าไร เข้ามาทำ อะไรบ้าง และมีการนำสุนัข แมวเข้ามาจำนวนเท่าไร เพื่อจะได้หามาตรการและแนวทางแก้ไขปัญหา ปัญหาในพื้นที่ยังขาดการทำงานในเชิงรุก การส่งเสริม สนับสนุนเรื่องข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพกับประชาชนมีน้อย

3. ด้านกระบวนการทำงาน พบว่ามีการสำรวจ จำนวนสุนัข แมวครอบคลุมในทุกพื้นที่ ใน ปี 2555-2556 (ยกเว้น ในบ่อกุ้ง บ่อปลา ไร่และสวนของ ประชากรแฝงในพื้นที่) มีการฉีดวัคซีนให้สุนัข แมว ต่ำกว่าร้อยละ 80 แต่ไม่มีการขึ้นทะเบียนสุนัข แมว ในพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2557 ไม่มีข้อมูลการสำรวจ จำนวน สุนัข แมวในพื้นที่ แต่มีการจัดทำโครงการจัดซื้อวัคซีน สนับสนุนให้เจ้าของสุนัข แมวในพื้นที่นำไปฉีดวัคซีนเอง

จำนวน 500 ใต้ส แต่ยังไม่มีการส่งหัวสุนัขตรวจหาเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าทางห้องปฏิบัติการ ส่วนการดำเนินกิจกรรมควบคุมในสุนัขแมวที่ไม่มีเจ้าของ ยังไม่มีการดำเนินงานสำรวจข้อมูลสุนัขแมวที่ไม่มีเจ้าของในพื้นที่สาธารณะ และไม่มีการเฝ้าระวังการเข้าออกของสุนัขนอกพื้นที่ ปัญหาการดำเนินงานในพื้นที่ ไม่มีข้อมูลประชากรแฝงที่นำสุนัข แมว และแรงงานต่างด้าวพามาเข้ามาในพื้นที่ รวมทั้งปัญหาในด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับคนในพื้นที่ที่มีการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

4. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าในการประชุมชมหมู่บ้าน ชาวบ้านยังไม่ค่อยให้ความสำคัญและร่วมมือในการวิเคราะห์ปัญหา และจัดทำแผนชุมชน มีการประสานแผนกับ รพ.สต. กำนันผู้ใหญ่บ้าน ใน ปี พ.ศ. 2555-2556 มีการสำรวจและฉีดวัคซีนให้สุนัข แมวในพื้นที่ กรณีที่พบผู้สัมผัสโรค รพ.สต.จะประสานและส่งต่อผู้สัมผัสโรคไปฉีดวัคซีนที่ รพ.บางแพ

5. ระบบการเฝ้าระวังการรายงานโรคและติดตามประเมินผล ในพื้นที่มี รพ.บางแพ รายงานระบบการเฝ้าระวังการรายงานโรค ร 36

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2 แห่ง ในจังหวัดราชบุรี เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างพื้นที่ A กับพื้นที่ B พบว่า มีกระบวนการดำเนินงาน มาตรการ หรือปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในพื้นที่ 2 แห่งได้ โดยพิจารณาจากหลักเกณฑ์ มาตรการ และแนวทางการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive) ด้วยวิธีสนทนา

กลุ่มและสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group discussion & In-depth interviews group) เครื่องมือตามแบบการสัมภาษณ์ วิเคราะห์เนื้อหาด้วย CIPP Model และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาสรุปประเด็นสำคัญแยกเป็น 5 ส่วน คือ

1. บริบทของการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในระดับท้องถิ่น
2. หลักเกณฑ์ และแนวทางการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า
3. ปัญหาอุปสรรค และความคาดหวัง
4. การอภิปรายและเสนอแนะ
5. สรุปรูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าของ อบต.หนองโพ และอบต.ดอนใหญ่

บริบทของการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในระดับท้องถิ่น

สถานการณ์ปัญหาการเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าของประเทศไทยในเขตพื้นที่ที่เลือกมาศึกษารูปแบบการดำเนินงานในจังหวัดราชบุรี เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพื้นที่ A กับพื้นที่ B ซึ่งบ่งชี้ถึงรูปธรรมในการนำนโยบายมาจัดการกระบวนการดำเนินงาน ภายใต้มาตรการที่นำไปสู่ความสำเร็จในพื้นที่ 2 แห่งได้ โดยพิจารณาจากหลักเกณฑ์ มาตรการ และแนวทางการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดยมีเป้าหมายกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าสอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ ซึ่งได้มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในประเทศขึ้น เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้มีการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดสิ้นไปภายในปี พ.ศ. 2563 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี จึงได้มีการดำเนินงานตามนโยบายกรมควบคุมโรค หลักเกณฑ์ และการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า มาใช้

ดำเนินงานพัฒนาความร่วมกับปศุสัตว์เขต/ปศุสัตว์จังหวัด องค์การส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น/องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง มีนโยบายการขับเคลื่อนการปฏิบัติงานระดับพื้นที่ ซึ่งพื้นที่ที่เลือก อบต.หนองโพ อำเภอโพธาราม จัดเป็นพื้นที่ A ที่มีลักษณะการปกครองแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1.เทศบาล 2.อบต.หนองโพ มีพื้นที่ 4.89 ตารางกิโลเมตร มี 10 หมู่บ้าน มี 947 ครัวเรือน มีประชากรอาศัยอยู่ในพื้นที่ 2,820 คน ประชากรเพิ่มขึ้นทุกปี มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกรกรรมและปศุสัตว์ ส่วนใหญ่เลี้ยงโคนมปลอดจากโรคพิษสุนัขบ้ามาหลายปีพื้นที่ อบต.หนองโพนี้เคยเป็นพื้นที่ระดับ C มาก่อน ปี พ.ศ. 2556 สามารถเลื่อนเป็นพื้นที่ระดับ A ได้อย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2557

ส่วนพื้นที่ดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่าง คือ อบต.ดอนใหญ่ อำเภอบางแพ มีพื้นที่ 20.5 ตารางกิโลเมตร มี 9 หมู่บ้าน มี 1,478 ครัวเรือน มีประชากรในพื้นที่ 3,900 คน อาชีพหลักทางเกษตรกรรม ร้อยละ 90 พื้นที่ อบต.ดอนใหญ่เป็นพื้นที่ระดับ B ในการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2556-2557) ไม่มีปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ ไม่ทราบนโยบายหรือหลักเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า แต่มีการดำเนินงานตามมาตรการการสื่อสารและประชาสัมพันธ์หรือให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่ ปีละครั้งมีการสำรวจ และจัดทำโครงการสนับสนุนการฉีดวัคซีนให้สุนัข แมวในพื้นที่ เพื่อป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

หลักเกณฑ์ และแนวทางการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

กรมควบคุมโรค บันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในประเทศขึ้น เป็นข้อเสนอ

เชิงนโยบายให้มีการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดสิ้นไปภายใน ปี พ.ศ. 2563 โดยในส่วนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ได้มีการพิจารณาประเมินพื้นที่ต่างๆ และเลือกนำพื้นที่ที่ผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์และแนวทางการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า A และ B ซึ่งข้อพิจารณา ประกอบด้วย

1. หลักเกณฑ์ในการสร้างพื้นที่ปลอดโรค
 2. ดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค
 3. ความมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับพื้นที่
 - จัดเวทีประชาคมหมู่บ้านและวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาร่วมกัน
 - ประสานและดำเนินงานเฝ้าระวัง ดูแลรักษาเมื่อพบผู้สัมผัสโรค
 - กำหนดมาตรการทางสังคมร่วมกับชุมชน
 4. สื่อสาร และประชาสัมพันธ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างครอบคลุม
 5. นวัตกรรมอื่นๆ ที่ใช้ดำเนินการในพื้นที่
 - การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เวทีการนิเทศศึกษาข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยสัมภาษณ์เจาะลึก ร่วมกับการสนทนากลุ่ม ในพื้นที่ 2 แห่ง ซึ่งประมวลและจัดทำข้อมูลเปรียบเทียบผลสำเร็จในการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินดังตารางต่อไปนี้
- ผลการดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าทั้ง 2 พื้นที่ มีการดำเนินงานสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน คือ การสร้างพื้นที่ปลอดโรคมีการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับพื้นที่ มีการประชาคมหมู่บ้าน วิเคราะห์และแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ประสานและดำเนินงานเฝ้าระวัง ดูแลรักษา เมื่อพบผู้สัมผัสโรค กำหนดมาตรการทางสังคมร่วมกับชุมชนมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างครอบคลุม

ส่วนข้อ 5 การสร้างนวัตกรรมอื่นๆ ที่ดำเนินการในพื้นที่ ไม่พบว่ามีงานดำเนินงานใด หรือแนวทางในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมีกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดได้ 5 ข้อ คือ โรคพิษสุนัขบ้าในคน โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ สำนวนสัตว์ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ มีการควบคุมจำนวนสุนัข แต่ขาดการดำเนินงานในส่วนของการติดตามจำนวนสุนัขไม่มีเจ้าของในที่สาธารณะและไม่มีเฝ้าระวังการเคลื่อนย้ายสุนัขเข้าออกในพื้นที่

การดำเนินงานประสานความร่วมมือในระดับพื้นที่ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เช่น มีการสำรวจข้อมูลฉีดวัคซีน และทำหมัน ฯลฯ แต่ในส่วนของการจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ายังมีปัญหาเรื่องความร่วมมือของท้องถิ่น ส่วนใหญ่จะไม่มีหนังสือ หรือหลักฐาน” ปัญหาอุปสรรค และความคาดหวัง ในการสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานจากเครือข่ายในพื้นที่

จากการสนทนากลุ่มพบว่าปัญหาอุปสรรคและความคาดหวังในการสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานจากเครือข่ายในพื้นที่ ยังขาดการประสานวางแผนงานโครงการร่วมกันขาดข้อมูลสนับสนุนการวางแผนงานโครงการ/กิจกรรมที่ชัดเจนผู้ดำเนินงานยังขาดความรู้ความเข้าใจ ทั้งเชิงนโยบายมาตรการ หลักเกณฑ์การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันโรคของเครือข่าย ซึ่งทำให้แนวทางการดำเนินงานขาดประสิทธิภาพ เช่น ไม่มีหอกระจายข่าวใน อบต.เอง ไม่มีผู้รับผิดชอบงานข้อมูลโดยตรงต้องใช้บุคลากรด้านอื่นดำเนินการแทน จึงไม่สามารถดำเนินการส่งเสริมแนวทาง มาตรการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าได้ครอบคลุม การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ส่วนใหญ่ไม่มีหนังสือ หรือหลักฐานความคาดหวังหรือแนวทางในการปรับปรุงพัฒนา

การดำเนินงานคือการพัฒนาบุคลากรเครือข่ายให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้ในเวทีประชาคม และ ปศอ. มีบทบาทหน้าที่ประสานและส่งต่อติดตามใกล้ชิด ต้องการให้ สคร. มีการนิเทศติดตามสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมมาตรการในการออกกฎข้อบังคับ/ข้อบัญญัติในตำบลหนองโพ เพื่อประกาศในช่วงการรณรงค์ หากเลยช่วงการรณรงค์ให้แจ้ง ปศจ. และการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ ได้แก่

1. การบริหารจัดการและบูรณาการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เช่น การดูแลช่วยเหลือสนับสนุน
2. การสร้างเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ปัญหาเรื่องความร่วมมือส่วนใหญ่ไม่มีหนังสือ หรือหลักฐาน ดังนั้น จึงควรกำหนดบทบาทหน้าที่ในการให้ความร่วมมือของท้องถิ่น

● ขอความร่วมมือจากปศุสัตว์อำเภอในการดำเนินการแก้ปัญหา

● การจัดทำระบบรายงานฐานข้อมูลปศุสัตว์จังหวัด

- อบต.ช่วยเหลือในการจัดทำระบบข้อมูล
- ความร่วมมือของท้องถิ่น การขอคำปรึกษาจากปศุสัตว์อำเภอโพธาราม

3. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคนและในสัตว์ (สธ. และ ปศ.)

4. การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและประชาชน

5. เสริมสร้างความรู้ทักษะ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

6. จัดทำระบบรายงาน สุนัขจรจัด จะนำระบบการเฝ้าระวัง ที่ไม่มีสุนัขเข้าออกในพื้นที่เป็นตัวชี้วัดการรายงาน ต้องมีรายงาน zero report

ในทุกๆ เดือน ปศจ. เสนอให้มีการบันทึกการเข้าออกของสุนัขนอกพื้นที่ ว่ามีลักษณะพันธุ์อะไร สีอะไร ในเรื่องการทำหมันสุนัข แมว และมอบให้อยู่ในการดูแลของ ปศอ. ซึ่งถ้าเลยช่วงเวลาที่กำหนด ยังสามารถทำได้ เพราะเป็นหน้าที่โดยตรง เป็นการ Clean data ให้อีกที

สรุปรูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าของ อบต.หนองโพ และอบต.ดอนใหญ่

รูปแบบพื้นที่ A แม้จะมีพื้นที่เล็ก แต่มีจำนวนประชากรสุนัข แมวที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ B แต่พื้นที่ A มี 1.บริบทและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานหลายด้าน เช่น มี ปศจ.ที่เป็นคนในพื้นที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน มีปัจจัยร่วมของเครือข่ายดำเนินงานสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้านอกพื้นที่ในการควบคุมประชากรสุนัข และแมว ฯลฯ 2.การสนับสนุนเชิงนโยบาย พื้นที่ A มีนายก อบต.ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตคนในชุมชน และมีการสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานระดับรอง โดยเฉพาะมีวิสัยทัศน์ มุมมอง และวิธีคิดในการแก้ปัญหาของชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้มากขึ้น และมีเป้าหมายมุ่งสร้างความตระหนักให้กับประชาชนในพื้นที่ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 3.ในด้านกระบวนการทำงาน พื้นที่ A มีการดำเนินงานในด้านการสำรวจ ชี้นทะเบียน และฉีดวัคซีนป้องกันควบคุมโรคให้สุนัข แมวในพื้นที่มากกว่าร้อยละ 80 มีการจัดเวทีประชาคม และนำเสนอข้อมูลให้ประชาชนในพื้นที่รับทราบ และจัดกิจกรรมการณรงค์ สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้การป้องกันและความคุมโรคพิษสุนัขบ้า และมีการสนับสนุนให้เกิดแกนนำในการดำเนินงานด้านสุขภาพ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อสม.พัฒนา

ความรู้ 4.กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พื้นที่ A มีการจัดเวทีประชาคมด้านการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า โดยมีส่วนร่วมจากผู้ใหญ่บ้าน รพ.สต. หนองโพ ปศจ. และ ปศอ. 5.ระบบการเฝ้าระวังการรายงานโรคและติดตามประเมินผล มีการประสานติดตามและส่งต่อผู้สัมผัสโรคให้ รพช.ฉีดวัคซีน และรายงานระบบ ร36 ขณะที่ อบต.ดอนใหญ่ มีปัญหาด้านบริบทของพื้นที่ และขาดการนำแนวทางการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้ามาใช้ในพื้นที่ทำให้ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนป้องกันในสุนัข น้อยกว่าร้อยละ 80

การอภิปรายและเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นวิธีการลงพื้นที่เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับองค์กรส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเพื่อทราบปัญหา/อุปสรรคการดำเนินงานของหน่วยงานเครือข่ายในการหารูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นต่อไป ผลการศึกษาในพื้นที่ 2 แห่ง พบว่ามีความแตกต่างและความเหมือนในเรื่องรูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้ในเรื่องนโยบายผู้บริหาร และการจัดการปัญหาเชิงระบบตามบริบทของพื้นที่ จะเน้นที่กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก และมีระบบการเฝ้าระวังการเข้าออกของสุนัขนอกพื้นที่ มีการสำรวจข้อมูลสุนัข แมวที่มีเจ้าของ และไม่มีเจ้าของในพื้นที่สาธารณะ เพื่อดำเนินกิจกรรมฉีดวัคซีนป้องกันควบคุมโรค การส่งตรวจหัวสุนัขเพื่อหาเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้า และทำหมันควบคุมประชากรสุนัข แมว เป็นต้น

นอกจากนี้ จะต้องจัดทำมาตรการทางสังคม และการบังคับใช้ทางกฎหมายเพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย : นโยบายระดับเขตและจังหวัด ยังไปไม่ถึงถึงระดับท้องถิ่น จำเป็นต้องมีการถ่ายทอด กระบวนการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติให้ได้ มีการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง มีการจัดทำแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา โรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รูปแบบ และขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไป

การปฏิบัติงาน : ควรมีการศึกษากระบวนการ มีส่วนร่วมของชุมชน การบังคับใช้กฎหมายของ ท้องถิ่น การจัดทำฐานข้อมูลประชากรแฝง/แรงงาน ต่างด้าวในพื้นที่ และมีการติดตามประเมินเครือข่าย การดำเนินงานสร้างพื้นที่ในพื้นที่อื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลงได้ โดย ดร.นายแพทย์อนุพงศ์ สุจริยากุล ผู้อำนวยการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัด ราชบุรี ได้ให้โอกาสแก่ข้าพเจ้านางสาวกฤตยา โยธาประเสริฐ ในการศึกษาและพัฒนางาน โรคพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณนาย สัตวแพทย์พลายงค์ สกกระเศรณี ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค นายสัตวแพทย์พรพิทักษ์ พันธุ์หล้า นายสัตวแพทย์ชำนาญการพิเศษ นางโสภภาพรรณ วิมลรัตน์ หัวหน้ากลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางองค์กร และนางวิณา ภักดีสิริวิชัย นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ที่ให้คำแนะนำปรึกษาเรื่องความรู้แนวทางการศึกษารูปแบบการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ขององค์การบริหารส่วนตำบล 2 แห่ง ในจังหวัดราชบุรี

เอกสารอ้างอิง

1. จันทพงษ์ วะสี. แนวทางการแก้ปัญหา การดูแลป้องกันรักษาผู้สัมผัสหรือสงสัยว่า สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า. 2544.
2. สำนักโรคบาดวิทยา. รายงานสถานการณ์ โรคพิษสุนัขบ้า ประจำเดือน 1 ม.ค.-พ.ค. 2556.
3. แผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้า ให้หมดไปภายใน พ.ศ.2563 (ค.ศ.2020).
4. สุเมธ องค์กรบรรณดี ประวิทย์ ชุมเกษียร นราทิพย์ ชุตินวงศ์และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2543. ต้นทุนผลได้ ของการควบคุมโรค พิษสุนัขบ้าในประเทศไทย โดยเน้นการ ควบคุมในสุนัข. บทคัดย่อ.
5. องค์การอนามัยโลก (WHO). (2004). WHO Expert Consultation on Rabies (2 report). บทความพิเศษ.
6. กรมควบคุมโรค.(2555). หลักเกณฑ์การสร้างพื้นที่ ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า. พิมพ์ครั้งที่ 4. สำนักงาน กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์.

การสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัย

การสังเคราะห์องค์ความรู้ คือ ศาสตร์ในการนำข้อมูลหรือองค์ความรู้ที่มีการวิเคราะห์ความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาประมวลสังเคราะห์ให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ หรือองค์ความรู้ที่ได้จากความคิดรวบยอด วิธีการ แนวความคิด ทฤษฎี และประสบการณ์จากการถ่ายทอดองค์ความรู้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลให้ได้องค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปปรับใช้ได้เหมาะสม 1

การสังเคราะห์งานวิจัย หมายถึงการตรวจสอบผลการวิจัยที่ทำเสร็จแล้วในทุกมิติว่ามีความสำคัญหรือมีจุดอ่อนจุดแข็งอย่างไร มีการสื่อความหมายได้อย่างเหมาะสมหรือไม่อย่างไร การสังเคราะห์องค์ความรู้เป็นกระบวนการที่ได้มาหลังจากมีการวิเคราะห์วิจัย ซึ่งหลักการสังเคราะห์องค์ความรู้จะประกอบด้วย PTDD : Pattern Trend Degree Deferential สิ่งสำคัญของการนำผลการวิจัยมาสังเคราะห์ คือ งานวิจัยนั้น ต้องมีการเผยแพร่ลงในวารสารหลายเรื่อง โดยผ่านการประเมินกรองและตรวจสอบเนื้อหา รูปแบบการวิจัยมาอย่างถูกต้องสมบูรณ์ จากผู้เชี่ยวชาญ/คณะบรรณาธิการที่เกี่ยวข้องมากกว่าผลการรายงานการวิจัย อันเป็นการนำผลงานวิจัยหลายๆ เรื่องมาสังเคราะห์ การทำการสังเคราะห์ ต้องมี Pepper support หน่วยงานจะต้องมีคณะกรรมการหรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องมาร่วม

การสังเคราะห์งานวิจัยทำเพื่ออะไร ใครควรทำ

1. เพื่อพิจารณาว่า งานวิจัยในกลุ่มเรื่องที่เราสนใจและทำวิจัยอยู่ด้วยนั้น สถานการณ์ที่ผ่านตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีข้อค้นพบอะไรบ้าง ส่วนมากใช้ข้อมูลและระเบียบวิธีการวิจัย หรือ กระบวนการทดลอง มีขั้นตอนการทดลอง พิสูจน์ในลักษณะแบบใด และในกรณีนี้ ผู้ทำหน้าที่สังเคราะห์งานวิจัยตัวเอง ต้องไม่ลำเอียงเข้าข้างงานวิจัยของเราเอง

2. เพื่อพิจารณาว่า งานวิจัยของหน่วยงานที่ทำเสร็จแล้ว มีเล่มใดบ้าง เรื่องอะไรบ้าง ที่ทำได้ดี ทำได้ถูกต้อง เช่นเดียวกัน มีฉบับใดบ้าง ที่ทำได้ไม่ดี มีข้อบกพร่องมาก และต้องนำไปพัฒนา หากจะทำเรื่องคล้ายกันนี้ในอนาคตต่อไป ประเด็นที่ต้องปรับปรุงคือจุดใด ตรงไหนบ้าง สำหรับกรณีนี้ หน่วยงานแห่งนี้ต้องตั้งคณะกรรมการขึ้นมาเพื่อสังเคราะห์งานวิจัย

ขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัย

1. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนากลไกการดำเนินงานสังเคราะห์องค์ความรู้

2. คณะกรรมการ หรือ คณะอนุกรมจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มงานวิจัย หรือ เรื่องวิจัยนั้นๆ

3. นักวิจัยที่เชี่ยวชาญจะทำการรวบรวมผลงานวิจัยที่ทำเสร็จแล้วมาสังเคราะห์ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ **สิบปี หรือ ห้าปี** เพื่อดูสถานการณ์ในปัจจุบัน ประเด็นเรื่องการทำวิจัย ว่ามีใครบ้างทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ใครค้นพบแบบใดบ้าง ผลการวิจัยนั้นๆ แต่ละฉบับให้ผลแตกต่างกันมากน้อยขนาดไหน เพราะอะไร จะสามารถค้นหาค่าเฉลี่ยจากข้อค้นพบนั้นได้ไหม และถ้าได้จะเป็นเท่าใด ซึ่งวิธีการนี้ เรียกว่าวิธีการอภิธาน (Meta Analysis) ลักษณะจะเป็นการทำตารางเปรียบเทียบและอาจคำนวณค่าเฉลี่ยออกมาได้ (พบมากในผลงานวิจัยในเชิงปริมาณที่คำนวณค่า Effect Size ใหม่จากค่าเฉลี่ย แล้วสรุปออกเป็นข้อค้นพบใหม่ได้)

4. การกำหนดประเด็นที่จะทำการสังเคราะห์ จะเป็นการสังเคราะห์ที่ละเอียดประเด็นก็ได้ เช่น เลือกทำการสังเคราะห์เฉพาะความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาอย่างเดียวก็น่าจะได้หรือจะสังเคราะห์เฉพาะส่วนที่เป็น แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่ผ่านมาที่เป็นขั้นตอนการตรวจสอบเอกสารอย่างเดียวก็น่าได้ หรือเน้นที่ผลการวิจัย หรือ ผลการทดลองอย่างเดียวก็น่าได้ แต่โดยทั่วไปจะดูทุกมิติ อย่างครบประเด็น เพราะต้องการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการวิจัยในกลุ่มประเด็นนั้นๆ ให้ดีขึ้น

วิธีการในการสังเคราะห์งานวิจัย

1. หากเป็นการสังเคราะห์งานวิจัยของหน่วยงานเอง ต้องเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ผลงานวิจัย ในระดับมหภาคก่อนว่าที่ผ่านมาทำการวิจัยตามกลุ่มภารกิจงานวิจัยของเราบ้างหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และกระจุกตัวอยู่ที่กลุ่มเรื่องใด วิธีการคือ จำแนกตามกลุ่มเรื่อง และจำนวนเล่ม แจกแจงด้วยตาราง หรือ กราฟแท่ง อย่างไรก็ตาม หากต้องการเห็นทิศทางว่ามีการเปลี่ยนแปลงตามเวลา หรือไม่ อาจใช้กราฟเส้น ดังนั้น ก่อนจะสังเคราะห์งานวิจัย ต้องทำการวิเคราะห์งานวิจัยของหน่วยงานก่อนว่าต้องแจกแจงข้อมูลด้วยการจัดทำตาราง กราฟ นั่นคือต้องได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลก่อน

2. หาแนวทางในการส่งเสริมประเด็นเรื่องที่ขาดหายไป หรือ ขะลอเรื่องที่มีการทำมากแล้ว เช่นเดียวกัน จะทำให้ทราบวาระระเบียบวิธีการวิจัยส่วนมากใช้แบบใดมากที่สุด เพราะอะไร มีจุดอ่อนใหม่จะได้หาทางปรับปรุง หากต้องทำวิจัยต่อไป

3. จากนั้นมุ่งเน้นการตรวจสอบงานวิจัยในรายละเอียดของแต่ละประเด็นที่ต้องการสังเคราะห์ อาทิ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่ผ่านมาที่เป็นขั้นตอนการตรวจเอกสาร ระเบียบวิธีการวิจัย หรือ การทดลอง ระเบียบวิธีการวิจัย ผลการวิจัย หรือ ผลการทดลองด้วยการพิจารณาอย่างละเอียด หลักการคือ ต้องจำแนกแยกแยะออกเป็นรายประเด็นอย่างละเอียดคล้ายการถอดอะไหล่รถยนต์ทีละชิ้น เพื่อพิจารณาทีละชิ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เพื่อหาจุดอ่อน จุดแข็ง ให้ได้ โดยทั่วไปมักทำเป็นตารางดังนี้

การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีการอ่านวรรณกรรมอย่างมีระบบ : Systematic Reviews

● การสังเคราะห์งานวิจัยคือ การพิจารณาผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยอย่างมีระบบ ที่เริ่มตั้งแต่การพิจารณาจากชื่อเรื่อง คำถามวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย การใช้ทฤษฎี ตลอดจนผลการวิจัยที่ค้นพบ พร้อมกับการอธิบายถึงจุดอ่อนและจุดแข็งตลอดจนแนวทางที่ต้องพัฒนา งานวิจัยในกลุ่มเรื่องนี้ให้ดีขึ้นในระยะต่อไป

● การอ่านอย่างมีระบบ (Systematic Reviews) คือ วิธีการพิจารณาผลการวิจัยที่โดยส่วนใหญ่จะเลือกอ่านจากบทความวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์จากวารสารวิชาการแล้วเพราะเชื่อว่ามีคุณภาพดี เนื่องจากการอ่านทบทวนทั้งในด้านความจำเป็นที่ต้องทำวิจัย ข้อมูลและระเบียบวิธีการวิจัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผลจากผู้ประเมินคุณภาพบทความ (Peer Reviews) แล้วในการอ่านอย่างมีระบบนี้ ผู้อ่านจะต้องมีการจัดระบบของการอ่านและวิธีการสังเคราะห์เนื้อหาอย่างเป็นระบบจะช่วยให้สามารถสรุปผลการสังเคราะห์เนื้อหาที่อ่านนั้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ขั้นตอนของการอ่านอย่างมีระบบ

ขั้นตอนแรกของการงานวิจัย

● ต้องมีปรากฏการณ์และประเด็นที่อยากรู้มาก่อน และคิดว่ามีความจำเป็นต้องทำวิจัยที่เป็นปัญหาทำให้เกิดการอยากทำวิจัย ที่เรียกว่า ปัญหาวิจัย (Research problems)

● คำถามวิจัย จากปัญหาวิจัยจะทำให้เกิดคำถามวิจัย (Research questions) อย่างน้อย 3 ข้อ โดยจะเรียงจากง่ายไปหายาก เช่น ข้อ 1 ข้อ 2 ข้อ 3

● ชื่อเรื่อง จากคำถามวิจัยจะเกิดจากการนำ Key words คำถามวิจัยทุกข้อมาผสมกัน ในลักษณะความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Causal relationships) หรือ เหตุ->ผล (ตัวแปรอิสระ->ตัวแปรตาม)

● วัตถุประสงค์การวิจัย จะต้องเกี่ยวเนื่องกับคำถามการวิจัย โดยตัวคำว่าทำไมด้านหน้าออก หรือ ตัดคำว่าอย่างไร เพราะอะไร หรือไม่ อย่างไร

ฯลฯ ตอนท้ายออกแล้วแทรกคำนำหน้าด้วยคำว่า เพื่อพิสูจน์ เพื่อค้นหา เพื่อทดลอง เพื่อวัด เพื่อวิเคราะห์ เพื่อตรวจสอบ เพื่อประเมิน เพื่อศึกษา ฯลฯ แล้วแต่งคำในเนื้อความวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนั้น จากทั้งหมดนี้ จะได้ชื่อเรื่อง คำถามวิจัย และ วัตถุประสงค์การวิจัย และคำสำคัญ (Key words)

Systematic reviews มีขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้

I ขั้นตอนที่ 1 กำหนดคำหลัก กำหนดประเด็นหลัก (Domain) กำหนดประเด็นรอง (Sub-domain) ที่จะทำการอ่าน กำหนดเนื้อหา (Content) กำหนดประเภทงานวิจัย (เชิงทดลอง ไม่ทดลองเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ ประชากร (Population) ผู้รู้ กลุ่มเรื่อง ฯลฯ ที่จะทำการสังเคราะห์

1.1. ได้คำถามที่อยากรู้แล้วจากคำถามการวิจัย

1.2. ได้ Keywords แล้ว อย่างน้อย 7 คำ อย่างมาก 10 คำ

1.3 ประเด็นหลัก (Domain)

1.4 ประเด็นรอง (Sub-domain)

II ขั้นตอนที่ 2 กำหนดฐานข้อมูลที่จะอ่าน Scopus ISI ERIC SciDirect PUBMED Science CitationIndex (SCI) ฐานข้อมูล Ei Compendex ฐานข้อมูล INSPEC เช่น จากฐานข้อมูล Science Direct ฐานข้อมูล PUBMED ฐานข้อมูล AGRICOLA (AGRI Culture Online Access ฐานข้อมูล ERIC (EducationDatabase) ฐานข้อมูล PUBSCIENCE ฐานข้อมูลของ Scopus (ของบริษัท Elsevier) ฐานข้อมูลของ SciFinder (ของ Chemical AbstractService – CAS) ฯลฯ

III ขั้นตอนที่ 3 กำหนด ช่วงปี เช่น ค.ศ. 1982-2015 ที่จะทำการอ่านเพื่อการสังเคราะห์งานวิจัย

IV ขั้นตอนที่ 4 กำหนดเกณฑ์ คัดเข้า (Inclusion criteria) หลายๆ ข้อ ตามที่เราต้องการ

(การกำหนดเนื้อหาที่จะอ่าน) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) (การกำหนดเนื้อหาจากบทความที่เราจะคัดบทความออกโดยเราจะไม่อ่าน)

V ขั้นตอนที่ 5 เข้าสู่แหล่งบทความ (Data extraction) และทำการเลือกบทความตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

VI ขั้นตอนที่ 6 บันทึกการทำงาน เขียนตั้งแต่เริ่มต้นอย่างเป็นระบบว่า ทำที่รอบ รอบแรกได้มาตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) กับบทความ รอบที่สอง ตัดตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) แล้วเหลือกับบทความ

VII ขั้นตอนที่ 7 จัดบทความออกตามกลุ่มประเด็น (Domain) ที่ต้องการอ่านบทวน (Reviews) ตามขั้นตอนที่ 1

VIII ขั้นตอนที่ 8 อ่านบทความ แบ่งกลุ่มผู้อ่านส่วนใหญ่ จะ 3 คน ผู้อ่านต้องมีภูมิหลังทางการศึกษาและเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ อย่างดี จะนิยมทำงานเป็นทีมเพื่อความเที่ยงธรรม ไม่ลำเอียง ยืนยันแบบสามเส้า (Confirmation; triangulation) แต่ถ้าเป็นนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาต้องอ่านเอง และต้องอ่านอย่างรอบคอบไม่ลำเอียง ด้วยการอ่านซ้ำหลายๆ รอบ อย่างน้อย 2 รอบ

VIII-1. หลักของการอ่าน ต้องตระหนักเสมอว่า ชื่อเรื่องชี้และบ่งบอกถึงข้อค้นพบอันโดดเด่นของบทความ

VIII-2. ข้อมูลและระเบียบวิธีการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือใคร ที่ไหน ทำที่ไหน ประเทศอะไร เมืองอะไร สุ่มอย่างไร เมื่อไหร่ ต้องมีการทำบันทึกย่อแบบการย่อความเขียนด้วยภาษาของเราเอง ห้ามคัดลอกตัดต่อเด็ดขาด ต้องเขียนลงไปตามแบบฟอร์มต่อไปนี้ และต้องไม่ยาวเกินกระดาษ Postcard สองหน้า ตัวไม่ต้องเล็กมาก อ่านสบายๆ อย่าไปกังวลว่าจะย่อผิด แต่ขอให้มั่นใจว่าเราจับใจความที่เป็นประเด็นหลัก (Domain) ที่เราต้องการได้ว่าจะอะไรบ้าง

IX ขั้นตอนที่ 9 จัดทำบรรณานุกรม เอกสารอ้างอิง ตามระบบที่เราต้องการโดยการนำบัตรบันทึกย่อวรรณกรรมมาเรียงลำดับตามชื่อผู้แต่ง ในที่สุดบรรณานุกรมก็จะเสร็จแล้ว หากอยากอ่านเพิ่มเพื่อนำมาแทรกก็ได้

X ขั้นตอนที่ 10 กำหนดโครงบทที่ 2 ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ที่เราจะเขียนว่าจะมีกลุ่มประเด็นที่จะสื่อออกมาอย่างไรบ้าง
ประเด็นหลัก (Domain 1) ที่ 1 เรื่อง.....
ประเด็นรอง 1.1 เรื่อง..... เช่น

I. การย้ายถิ่น

II อาชีพของผู้ย้ายถิ่น

XI ขั้นตอนที่ 11 จัดกลุ่มบัตรตามกลุ่มประเด็นหลักและกลุ่มประเด็นรอง (Sorting)

XII ขั้นตอนที่ 12 ทำการเขียนแบบเล่าเรื่อง (Narrative; explanation) ด้วยการประมวลเนื้อหาจากการอ่านของเราอย่างเป็นระบบ สรุปรวบยอดเนื้อความตามกลุ่มประเด็นที่เราอ่านเป็นภาษาของเราเอง แล้วอ้างอิงแบบ APA หรือ Vancouver ด้วยการอ้างอิงผู้แต่งตามบัตรที่ยืนยันกันและกันเพราะถือว่าเป็นการจัดหมวดหมู่แล้ว

XIII ขั้นตอนที่ 13 การทำตารางสรุปแบบการอภิธาน

ประโยชน์จากการทบทวนวรรณกรรม

1. เน้นค้นหาวิธีการวิจัยใหม่ที่ดีกว่าเดิมที่คิดอยากทำให้ดีกว่าผู้อื่น
2. เน้นทราบถึงผลการวิจัยที่จะนำมาใช้สนับสนุนและใช้เพื่อโต้แย้งกับงานของเรา
3. เน้นเพื่อนำไปใช้สำหรับการทำวิจัยแบบ Systematic Reviews และ Meta Analysis

การเขียนรายงานการสังเคราะห์งานวิจัย

การสังเคราะห์ มักนิยมอ้างเหตุผลถึงความจำเป็นที่ต้องทำการสังเคราะห์ เช่น ค้นหาว่ามีประเด็นอะไรบ้างที่ผ่านมาต้องทำการทบทวน หากไม่ทำจะไม่สามารถรู้ว่าการดำเนินการที่เป็นอยู่มาจนถึงทุกวันนี้เป็นอย่างไร ช้ำซ้อน หรือมีข้อเสียใหม่หรือ มีข้อดีอย่างไรบ้าง ผลที่พบอย่างไร

- วัตถุประสงค์ของการสังเคราะห์
- กระบวนการและขั้นตอนของวิธีการสังเคราะห์แยกรายประเด็นที่ทำการสังเคราะห์
- ใช้วิธีการอ่าน การจำแนกแยกแยะตามประเด็นที่จำแนกตามตารางหรือใช้วิธีการอภิธาน
- ข้อค้นพบที่ได้จากการสังเคราะห์ จุดอ่อนจุดเด่น จำแนกรายประเด็นของแต่ละเรื่อง ที่นำมาสังเคราะห์ นิยมแสดงเป็นตาราง กราฟ ชนิดต่างๆ และอภิปรายผล
- ข้อค้นพบที่พบใหม่และดีกว่าที่นักวิจัยเขียนไว้
- ประโยชน์ใหม่ที่ได้จากงานวิจัยที่พบหลังจากการสังเคราะห์
- กลุ่มเป้าหมายที่จะใช้ประโยชน์อย่างแท้จริงระบุให้จับต้องได้และทำได้จริงๆ
- โจทย์วิจัย หรือ ปัญหาวิจัยที่แนะนำให้ทำต่อ ยอด ต้องทำได้จริงๆ

เอกสารอ้างอิง

1. นาฏสุดา เชนนะสิริ. เอกสารการคัดสรรสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัย และการบริการวิชาการสู่อาเซียน.
2. โยธิน แสงวดี. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการสังเคราะห์องค์ความรู้ระหว่างวันที่ 15 -16 มกราคม 2562. ห้องประชุม 1 ชั้น 3 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี. 2562.