



วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี

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

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

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

Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

รายงานผลการวิจัยและบทความทางวิชาการ
การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2560

Volume 1 No. 1 January-June 2017 ISSN : 2539-6676

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี

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

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2560

Volume 1 No.1 January–June 2017 ISSN : 2539-6676

หน้า

Page

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภค
อาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง
จังหวัดเพชรบุรี
รวินันท์ นุชศิลป์

ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ทักษะ
ชีวิต เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษา
ชั้นปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดเพชรบุรี
ลออ สิงหโชติสุขแพทย

พฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรในการใช้สาร
เคมี : เขตสุขภาพที่ 5
สงกรานต์ ดีรีน, สุธาทิพย์ บูรณสถิตินนท์,
มูรณี สาและ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วย
วัณโรคปอดที่มารับบริการในคลินิกวัณโรคของ
สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐจังหวัดสมุทรปราการ
ธงชัย วิเศษบุปผา

รายงานผลการพัฒนาการบริการป้องกันควบคุมโรค
มาลาเรียในพื้นที่สูง ตามแนวชายแดนอำเภอทองผาภูมิ
จังหวัดกาญจนบุรี
จอมสุดา อินทรกุล, วิรัตน์ สร้อยแสง

Contents

Original Articles

The Factors Associated with Food Consumption
Behaviors of Coronary Artery Disease
Patients in Tambon, Health Promotion Hospital,
Meung District, Petchaburi Province
Ravinun Nuchasilp

The Effectiveness of Health Education Program
in an Application of Life Skill for Smoking
Prevention of Secondary School Students in
Phetchaburi Province
Lao Sinhachotsukkapat

Protective Behavior from Pesticides of
Agriculturalist in Health - Region 5
*Songkran Deeruen, Sutatip Buranasatitnon,
Orawan Wangluk, Murnee Salaeh*

The factors affecting that treatment behavior of
pulmonary tuberculosis patients who received
service SamutPrakarn
Thongchai Visatbuppha

Reporting :Development of Malaria
Prevention and Control in border highland In
Thong PhaPhum district Kanchanaburi province
Jomsuda Intarakul, Wirat Soisang

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี
เป็นวารสารทางวิชาการในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

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

คณะที่ปรึกษา

- | | | | |
|--------------------|--------------|---|-----------|
| 1. นายแพทย์วิโรจน์ | หมั่นคดิธรรม | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | ที่ปรึกษา |
| 2. แพทย์หญิงจุไร | วงศ์สวัสดิ์ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | ที่ปรึกษา |
| 3. นายแพทย์อรรถพล | ชีพสัตยากร | ผู้อำนวยการสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี | ที่ปรึกษา |
| 4. นายแพทย์โอภาส | พูลพิพัฒน์ | ข้าราชการบำนาญ | ที่ปรึกษา |
| 5. ผศ.ดร.มธุรส | ทิพยมงคลกุล | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ | ที่ปรึกษา |
- คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

นายแพทย์พราน ไพรสุวรรณ นายแพทย์เชี่ยวชาญ

คณะบรรณาธิการ

- | | | |
|--------------------|---------------|----------------------------------|
| 1. นายแพทย์พราน | ไพรรสุวรรณ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ |
| 2. นายนิคม | กสิวิทย์อำนาจ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| 3. นางสาวโสภภาพรรณ | จิรนิรัตติย | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| 4. นางสาวจุฑาทิพย์ | ชมพูนุช | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 5. นางชนิษฐา | อติรัตน์า | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 6. นายชีวิน | สมสว่าง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 7. นายกวี | โพธิ์เงิน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 8. นายไกรฤกษ์ | สุธรรม | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 9. นางปัญญาพร | อินบำรุง | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ |
| 10. นางนัยนา | อ่อนโพธิ์แก้ว | นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ |

- | | | |
|------------------------|-------------|-----------------------------|
| 11. นางสาวศุภลักษณ์ | แย้มสกุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 12. นางเพชรรัตน์ | อรุณภาคมงคล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 13. ว่าที่ ร.ต.อนุสรณ์ | ภวภูตานันท์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |

ผู้จัดการ

- | | | |
|-----------------|----------|-----------------------|
| นางสาวศุภลักษณ์ | แย้มสกุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
|-----------------|----------|-----------------------|

ฝ่ายจัดการ

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

คณะผู้จัดทำวารสาร

- | | | |
|-----------------------|--------------|----------------------------------|
| 1. นางสาวศุภลักษณ์ | แย้มสกุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 2. นางสาวกฤตยา | โยธาประเสริฐ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 3. นายทวี | โพธิ์เงิน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 4. นายไกรฤกษ์ | สุธรรม | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 5. นางปัญจพร | อินบำรุง | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ |
| 6. ว่าที่ ร.ต.อนุสรณ์ | ภวภูตานันท์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 7. นางจตุพร | กุศลส่ง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 8. นางจอมสุดา | อินทรกุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 9. นางปิยนุช | เทพยสุวรรณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 10. นางพรวิรินทร์ | 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 โดยเรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนหรือรอการตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ คณะบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ 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 วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง
บทความพื้นวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุดและภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ

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

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อ และชื่อย่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิงเว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อย่อวารสารในการอ้างอิงให้ใช้ชื่อย่อ

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 มนต์วิสุวัต, สุรศักดิ์ ลัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527;10:101-2.

ข. วารสารภาษาอังกฤษ

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

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

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

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

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

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

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

ตัวอย่าง เช่น ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน:ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค. ตระหนักจิต หาริมสูต, 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 เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542. 80 หน้า.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

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

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

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

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

ตัวอย่าง เช่น Mewertris M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain of family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmwf.org/usr_doc/Merlis_risingoop-spending_887.pdf

ชนิภูฎา 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 ถ้าเป็นภาพเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 2 ท่านร่วมพิจารณา

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 5 เล่ม

ความรับผิดชอบ

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

**ใบสมัครส่งบทความ/ผลงานวิชาการลงตีพิมพ์
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี**

1. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)

.....
.....

2. ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)

.....
.....

3. ผู้นิพนธ์

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

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

..... วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี) วุฒिय่อ (ภาษาไทย)

..... วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ)

6. สิ่งที่ส่งมาด้วย แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล

เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความ/ผลงานวิชาการนี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงชื่อ..... เจ้าของบทความ/ผลงานวิชาการ
(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

7. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ

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

2. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ ให้ส่งเอกสารต้นฉบับ 1 ชุดพร้อม Electronics File โดย

2.1 ใบสมัครและเอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว 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

วารสารวิชาการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ได้จัดทำขึ้น ในปี พ.ศ.2560 เป็นครั้งแรก ซึ่งเป็นฉบับปฐมฤกษ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้นักวิชาการเครือข่ายทางการแพทย์ และเครือข่ายสาธารณสุขได้มีโอกาสในการเผยแพร่ผลการดำเนินงานทางด้านวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อันจะเป็นประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลองค์ความรู้จากการดำเนินงาน และการวิจัยมากขึ้น และเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางานทางด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพให้มีมาตรฐานสากลและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น และมีการใช้ประโยชน์จากแหล่งฐานข้อมูลในการศึกษา ค้นคว้า อ้างอิงในงานวิชาการหรือวิจัยของกรมควบคุมโรคต่อไป

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

The Factors Associated with Food Consumption Behaviors of Coronary Artery Disease
Patients in Tambon Health Promotion Hospital, Meung District, Petchaburi Province

รวินันท์ นุชศิลป์, วท.ม.สาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

M.Sc.(Public Health)
Petchaburi Rajabhat University

บทคัดย่อ

พฤติกรรมเสี่ยงได้แก่การรับประทานอาหารรสหวานมันเค็มไม่ถูกสัดส่วน และไม่สมดุลกับการออกกำลังกายส่งผลให้คนเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้นและเกิดโรคก่อนวัยอันควร การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองจะช่วยลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2559 ถึง เดือนกันยายน 2559 จำนวน 112 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบให้ตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านความรู้ (การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรค/ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร) เจตคติการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Correlation) และการทดสอบไค - สแควร์ ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความรู้ และเจตคติโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย = 2.23,คะแนนเฉลี่ย=1.80 และคะแนนเฉลี่ย =3.42) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.01$ ได้แก่ความรู้ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย ($r = .374$) และเจตคติโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย ($r = .300$) สำหรับความรู้โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับเจตคติการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P = 0.05$ ($r = .231$) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.01$ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และโรคประจำตัว

ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับกิจกรรมที่เสริมสร้างความรู้โดยรวม (การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรค ความสามารถตนเอง) และการปรับเปลี่ยนเจตคติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยถึงจะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

Abstract

Risk behaviors are eating sweet and sour are not accounted for and is not balanced with a workout result of cardiovascular disease, and more and disease before the age of a promotion to the patient cardiovascular disease, and the food consumption of their own will help reduce the violence and return to repeat the disease.

This study was a cross-sectional to study the relationship. The objectives were to analyzed the dietary habits of patients with cardiovascular disease, the relationship between the dietary habits of patients with cardiovascular disease, and the subject is patient cardiovascular disease who received medical care at The Health Promotion Hospital sub-district, in Petchaburi province, and community hospitals, 112 samples. During on July 2016 to September 2016. The data were collected by questionnaires to a manual containing information about the factors (perceived benefits / barriers / abilities in their diet) dietary attitude. And dietary habits Data were analyzed using descriptive statistics. The correlation coefficient used Pearson's correlation and Chi - Square test. results of the study found that, The sample's dietary habits overall knowledge and attitude is moderate(Mean = 2.23, Mean = 1.80 and Mean = 3.42). Factors associated with dietary habits were statistically significant $P < 0.01$ include overall knowledge was positively correlated at a low level ($r = .374$) and overall attitude in a positive relationship. low level ($r = .300$) for overall knowledge was positively correlated with lower levels of dietary attitudes was statistically significant $P = 0.05$ ($r = .231$). Personal factors that were associated with the dietary habits statistically significant $P < 0.01$, including gender, age, occupation, marital status, education level, income, duration of illness and diseases.

So will encourage patients with cardiovascular activities that reinforce strengthen overall knowledge (awareness of barriers to self) and changing attitudes appropriate to the patient to help promote proper dietary habits and reduce the recurrence of the disease.

ประเด็นสำคัญ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร.

ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

Key words

The Factors Associated, Food

Consumtion Behaviors, Coronary Artery Disease

บทนำ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO.) พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) เป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตของประชากรโลก โดยพบว่าประชากรจำนวน 17.3 ล้านคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และจากการคาดการณ์ในปี 2030 นี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน⁽¹⁾ สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 พบว่าอัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ต่อแสนประชากร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลปี 2553 พบว่าอัตราตายโรคหัวใจขาดเลือดต่อแสนประชากร ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง คือ 24.3 และ 16.5 ตามลำดับ และพื้นที่ที่พบอัตราโรคหัวใจขาดเลือดต่อแสนประชากรมากที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร 35.6 รองลงมาภาคกลาง(ไม่รวมกทม.)25.3และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบน้อยที่สุด11.8 ในปี 2556 มีผู้เสียชีวิตด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 54,530 คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 150 คนหรือเฉลี่ย ชั่วโมงละ 6 คน⁽²⁾

การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และใจสั่น ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ เนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง⁽³⁾ ภาวะช็อกจากหัวใจ และเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้⁽⁴⁾ รายได้ครอบครัวลดลงเนื่องจากต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรมต้องปรับลดบทบาทในครอบครัว และสังคม⁽⁵⁾ ผลกระทบทางด้านจิตใจ มองเห็น

คุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากต้องเป็นภาระและพึ่งพาผู้อื่น⁽⁶⁾ ผลกระทบต่อครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวต้องคอยให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วยทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ร่างกายทรุดโทรม การพักผ่อนไม่เพียงพอตลอดจนทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล และเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยตามมาได้⁽⁷⁾ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นดังที่กล่าวมา ย่อมมีผลทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันลดลง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 38⁽⁸⁾

ปัจจุบันการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด มีความก้าวหน้าและทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยการรักษาด้วยยา การทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนการใส่สายสวนขยายหลอดเลือด การขยายหลอดเลือด แต่ผู้ป่วยก็ยังมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจซ้ำได้อีกทั้งนี้ เนื่องจากการปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งพบว่าภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการป่วยและการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด⁽⁹⁾ เนื่องจากการมีคราบไขมันสะสมที่ผนังเยื่อบุด้านในของหลอดเลือดแดง ทำให้หลอดเลือดแข็งและตีบแคบลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้การกลับเป็นซ้ำอาจเกิดจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน⁽¹¹⁾ จากการศึกษาความพร่อง

ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหาร โดยยังคงบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงถึงร้อยละ 87 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของวีรบุช ไตรรัตน์ภาส⁽¹²⁾ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือการป้องกัน ระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) ซึ่งได้แก่ การชะลอการดำเนินของโรค ลดอุบัติการณ์ความรุนแรงของโรค ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽¹³⁾

ปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองได้แก่ การรับประทานที่มากเกินไป ไม่สมดุลกับการออกกำลังกาย รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม รับประทานผักผลไม้ไม่เพียงพอใช้เครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ไม่ได้ออกกำลังกาย มีความเครียดและพักผ่อนไม่เพียงพอ ประกอบกับการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก็ยังมีอยู่ละเลยการตรวจสุขภาพ ซึ่งปัจจัยด้านพฤติกรรมดังกล่าว ส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และส่งผลให้คนเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดกันมากขึ้นและเกิดโรคขึ้นก่อนวัยอันควร⁽¹⁾ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารของตนเอง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลต่ำ การงดบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัดหรือหวานจัด และหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน จะช่วยลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรค⁽¹⁴⁾

สถานการณ์อัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดของจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ปี 2557 พบว่าพื้นที่ที่มีอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด เกิน 23 ต่อประชากรแสนคนได้แก่ ราชบุรี นครปฐม กาญจนบุรี

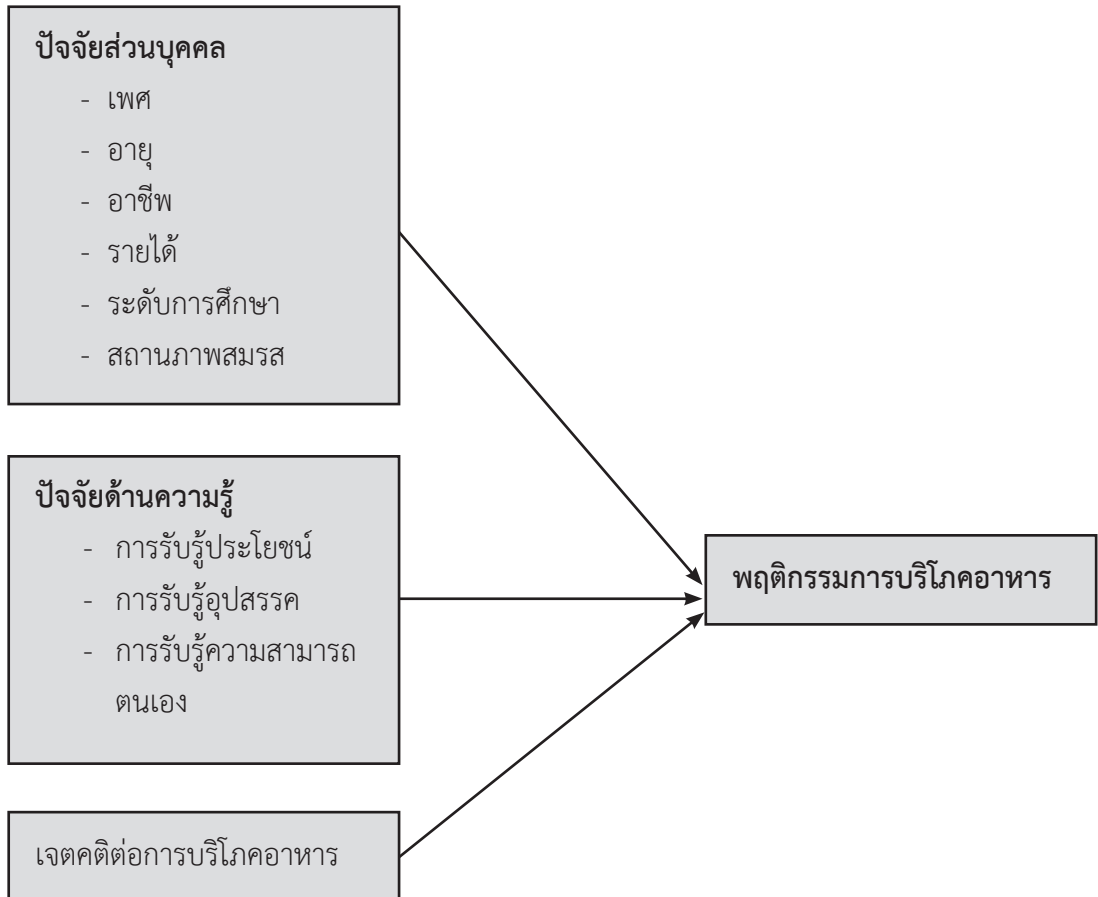
สมุทรสาคร สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ และเพชรบุรี คือ 38.98, 34.51, 32.88, 32.15, 28.52, 26.40 และ 25.18 ตามลำดับ (เกณฑ์ประเทศ 23.45 ต่อประชากรแสนคน) และจากการสำรวจข้อมูลปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของประชากรอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี อายุ 15-34 ปี จำนวน 19,736 คน พบว่า รอบเอวเกินปกติ ร้อยละ 89.1 BMI เกินระดับ 3 ร้อยละ 3.8 กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 30.6 กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 และยังมีปัจจัยเสี่ยง ดังนี้ รับประทานอาหารรสหวาน รสมัน และเค็ม ร้อยละ 6.7, 9.9 และ 8.5 ตามลำดับ สูบบุหรี่ ร้อยละ 14.9 ดื่มสุรา ร้อยละ 19.9 และไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 34.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของโรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์ โดยเน้นการปรับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรค จากผลการประเมินพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยังคงบริโภคอาหารประเภทมีไขมัน เกลือโซเดียมและแคลอรีสูง⁽¹⁴⁾

จากข้อมูลการสำรวจปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองของประชากรในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจในเขตนี้ โดยผลการศึกษาในครั้งนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางที่นำไปสู่การสร้างความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพื่อลดการกลับซ้ำของโรค และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective of the Research)

1. เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด



วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Study)

ประชากร คือ ประชาชนที่รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารี (abnormal coronary) รหัส ICD10 (I20-I25) จากรายงานสถิติโรคจำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหัวใจขาดเลือดของเขตบริการสุขภาพที่ 5 จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1,986 คน และคัดเลือกเฉพาะประชากรที่มารับบริการรักษาพยาบาล

ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 384 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเปิดตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 คน โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มแบบจัดลำดับชั้น (Stratified Random Sampling) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 19 แห่ง เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน 2559

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
2. มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารได้
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือ

ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง สถานภาพสมรส โรคประจำตัวหรือโรคทางพันธุกรรม การรักษาพยาบาล เป็นคำถามการแสดงปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การวัดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตน ในการบริโภคอาหาร เป็นแบบทดสอบตัวเลือก ใช่ , ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น = 0.85

ส่วนที่ 3 การวัดเจตคติ เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ จำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามการแสดงความคิดเห็น ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น = 0.82

ส่วนที่ 4 การวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการรับประทานอาหารประจำวัน ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น = 0.81

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย (Protecting the Rights of Research Participants)

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของจังหวัดเพชรบุรี หรือหน่วยงานที่มีอำนาจโดยตรง ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องแนะนำตนเอง และมีเอกสารชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานแก่กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมในการวิจัยผู้วิจัยต้องให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยต้องยืนยันข้อมูลเกี่ยวกับอาสาสมัครเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย และรับรองว่าหากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างยังมีสิทธิที่จะได้รับบริการดูแลด้านสุขภาพตามวิธีการที่เป็นมาตรฐานวิชาชีพ

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และแนะนำวิธีการตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคล หากมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยทำการอธิบายเพิ่มเติม โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามรายละเอียดประมาณ 30 นาที คณะผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว และนำมาเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและใช้สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) ใช้ค่าสหสัมพันธ์อันดับของเพียร์สัน (Correlation) เปรียบเทียบความแตกต่างของการ

รับรู้ประโยชน์ เจตคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และใช้สถิติโคสแคร์วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้านประชากร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 112 คน เป็นเพศหญิงจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 67.3 โดยเฉลี่ยมีอายุสูงสุดอยู่ระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ 31.9 รองลงมาอายุระหว่าง 40-50 ปี อายุต่ำกว่า 40 ปี และอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23.9, 23.2 และ 20.4 ตามลำดับ สำหรับสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 47.8 รองลงมาคือ หม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง และ โสด ร้อยละ 28.3 และ 23.0 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 37.2 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 23.9 และธุรกิจ ร้อยละ 14.2 เกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 14.1 ตามลำดับ สำหรับระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 36.3 รองลงมา คือ ประถมศึกษา และ ปริญญาตรี ร้อยละ 24.8 และ 20.4 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 47.8 รองลงมา มากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 46.9

ประวัติโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าโรคเบาหวาน ร้อยละ 46 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.2 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 46.9 มีทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52 และมีทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 27 สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 3 ปี ร้อยละ 27.4 รองลงมาคือ 6 เดือน ถึง 1 ปี ร้อยละ 23 และ 1-2 ปี ร้อยละ 4.4 2.ระดับพฤติกรรมการบริโภค ปัจจัยด้านความรู้และเจตคติของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการศึกษา ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.23, S.D. = 3.515) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล อยู่ในระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ย = 1.75, S.D. = 1.741) สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดผัก ผลไม้ หมวดไขมัน และหมวดเครื่องปรุง อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.38, S.D. = 1.111, (ค่าเฉลี่ย = 2.35, S.D. = 0.794 และ(ค่าเฉลี่ย = 2.24, S.D. = 1.432) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือดโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับพฤติกรรม
พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม	2.23	3.515	ปานกลาง
พฤติกรรมการบริโภคอาหารรายด้าน			
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล	1.75	1.741	ไม่ดี
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดเครื่องปรุง	2.24	1.432	ปานกลาง
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดไขมัน	2.35	0.794	ปานกลาง
พฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดผัก-ผลไม้	2.38	1.111	ปานกลาง

2.2 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=1.80, S.D. = 2.129) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=1.82,S.D. = 0.670 และค่าเฉลี่ย=1.73,S.D. = 0.735) สำหรับความรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ย=0.5, S.D. = 1.227) สำหรับเจตคติต่อการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=3.62,S.D. = 1.763) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านความรู้และเจตคติของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยรวม และรายด้าน

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าระดับ
ความรู้โดยรวม	1.80	2.129	ปานกลาง
ความรู้รายด้าน			
ความรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์	0.5	1.227	ไม่ดี
ความรู้ด้านการรับรู้อุปสรรค	1.82	0.670	ปานกลาง
ความรู้ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง	1.73	0.735	ปานกลาง
เจตคติต่อการบริโภคอาหารโดยรวม	3.42	3.278	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้และเจตคติต่อการบริโภคอาหาร กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการศึกษา ดังนี้

3.1 ความรู้โดยรวม และเจตคติโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรม

การบริโภคของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ ($r = .374$ และ $r = .300$) สำหรับความรู้โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับเจตคติการบริโภคของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P = 0.05$ ($r = .231$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติโดยรวม ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวแปร	r	P - value
ความรู้โดยรวมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	.374 **	< 0.01
ความรู้โดยรวมต่อเจตคติการบริโภคอาหาร	.231 *	0.05
เจตคติโดยรวมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	.300 **	< 0.01

*Significant at .05 level

**Significant at .01 level

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการศึกษา ดังนี้

4.1 จากการศึกษ พบว่า เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลา

การเจ็บป่วย และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P<0.001 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด

ตัวแปร	Chi-square	df	P value
เพศ	44.279	10	.000
อายุ	997.394	180	.000
อาชีพ	342.432	60	.000
สถานภาพสมรส	109.324	20	.000
ระดับการศึกษา	161.687	30	.000
รายได้	771.644	130	.000
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	449.049	80	.000
โรคประจำตัว	72.553	10	.000

วิจารณ์และสรุป

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง

50 - 60 ปี มีอาชีพค้าขาย และมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ซึ่งยังเป็นวัยทำงานตอนปลายและเป็นกำลังของครอบครัว ทำให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในโครงการ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลตะกั่วทุ่งจังหวัดพังงา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของประชากรวัยทำงานมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย⁽³⁾

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แยกรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารหมวดไขมัน หมวดเครื่องปรุง อยู่ในระดับปานกลาง และหมวดข้าว-แป้ง-น้ำตาล อยู่ในระดับไม่ดี แสดงให้เห็นว่ายังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ควรเน้นการสื่อสาร เพื่อลดความเสี่ยงจากการบริโภคอาหารหมวดไขมันและเครื่องปรุง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ของโรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์⁽⁶⁾ โดยเน้นการปรับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรค จากผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยังคงบริโภคอาหารประเภทไขมัน เกลือโซเดียมและแคลอรีสูง⁽¹⁴⁾

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้ และเจตคติต่อการบริโภคอาหาร เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ แสดงให้เห็นว่า หากผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับความรู้จากแหล่งต่างๆ เช่น เอกสารสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ การให้ความรู้โดยบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องมากขึ้น

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังทำงาน และมีรายได้ จึงยังมีสิ่งสนับสนุนในการดูแลสุขภาพสำหรับเรื่องการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. จึงทำให้สามารถที่จะเรียนรู้และเข้าใจในการให้คำแนะนำหรือจากสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรค และระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่า 3 ปี จึงทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคที่เป็นอยู่ และส่งเสริมสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเหมาะสมต่อไป

2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่ละชุมชน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการปรับพฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง :

1. World Heart Organization. Media centre [Internet]. [cited 2012 August 10] ; Available from : http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_heart_day/en/.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นรณรงค์วันหัวใจโลก. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 กค. 2558]. แหล่งข้อมูล : <http://thaincd.com/document/hot%20news/heartday54-edit.pdf>.
3. เจนเนตร พลเพชร. พฤติกรรมสุขภาพและระดับความรู้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการจำหน่ายโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารการพยาบาล. 2546;52:122-34.
4. Martinez LG, House-Fancher MA. Nursing management and coronary artery disease. In : Lewis SM, Heitkemp MM. Medical-surgical nursing : Assessment and management of clinical problem, St. Louis: Mosby 2000; 1016-29.
5. Spertus, J. A., Martha, J.R., Nathan, R.E., Edward, F.E., Erik, D.P., & Harlan, M.K.; Cardiovascular disease and stroke cardiology first scientific forum on quality of care and outcomes research in working group of the American heart association/American college of myocardial infarction : Summary from the acute myocardial infarction. Circulation. 2003;107 (1), 1681-1691.
6. จิตติพร วิชิตธงไชย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2555;27(4): 340-6.
7. Huffman, J.C., Christopher, M.C., & James, L.J.. The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2010;6 (0): 123-136.
8. Vogel RA. The management of hypercholesterolemia in patients with coronary artery disease : Guidelines for primary care. CC& H 1996; 1:51-64.
9. จิตติมา ภูริทัตกุล. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
10. สมพันธ์ หิณูชีรันนทร์. (2541). ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.วารสารพยาบาลศาสตร์. 2541; 47:69-72.
11. วีรณัฐ ไตรรัตน์โนภาส. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี.ปริญญาานิพนธ์ปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพศึกษา กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย ศรีนครินทร์วิโรฒ; 2545
12. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น; 2549
13. โรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. รายงานการประชุมสภิติผู้ป่วย; 2552.

ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่
ของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดเพชรบุรี

The Effectiveness of Health Education Program in an Application of Life Skill
for Smoking Prevention of Secondary School Students in Phetchaburi Province

ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์, พย.ม

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

Lao Sinhachotsukapat , M.Sc

(Mental Health and Psychiatric Nursing)

Faculty of Nursing Phetchaburi Rajabhat
University.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมศึกษาจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งประกอบด้วย 4 แผนการสอน เพื่อให้นักเรียนมีความรู้เรื่องบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องบุหรี่ และทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่า หลังการทดลองทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พบว่าหลังการทดลองเจตคติต่อการสูบบุหรี่และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ สูงกว่าก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเจตคติต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความรู้เรื่องบุหรี่และทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

Abstract

The main purpose of this Quasi-experimental Research was to study. The Effectiveness of Health Education Program in an Application of Life Skills for Smoking Prevention of secondary student school in Phetchaburi province metropolis. The samples were consisted

of 64 secondary students. Thirty two students were randomly assigned to the experimental group and the rest were the comparison group. The experimental groups were exposed to four health education plans of the effectiveness of health education program in an application of life skills for smoking prevention of secondary student school in Phetchaburi province metropolis. They were anticipated to develop life skill about knowledge of smoking, attitude of smoking. Skill score to solve the problems relating to smoking, skill score to refuse risk behavior of smoking for leading to smoking prevention behavior.

Results of the research showed that, after the experiment. The experimental group gained knowledge of smoking and skill score to solve the problems relating to smoking more than prior to the experiment with statistical significance ($p < .001$). It found that, possessed the skill score to refuse risk behavior of smoking the prior to the experiment with statistical significance ($p < .01$). It possessed the attitude of smoking and smoking prevention behavior without any statistical significance, attitude of smoking had statistical significance correlation with smoking prevention behavior ($p < .001$), knowledge of smoking and skill score to refuse risk behavior, ($p < .01$) and skill score to solve the problems relating to smoking had statistically significant correlation with smoking prevention behavior, statistically significant correlation with smoking prevention behavior, statistically ($p < .05$).

ประเด็นสำคัญ

ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา, การประยุกต์ทักษะชีวิต,
ป้องกันการสูบบุหรี่

Key words

The Effectiveness of Health Education
Program, Application of Life Skill, Smoking
Prevention

บทนำ

บุหรีเป็นสิ่งเสพติดที่ถูกกฎหมาย แพร่หลาย มีขายโดยทั่วไป มีราคาถูกกว่าสิ่งเสพติดอื่นๆ ทำให้พฤติกรรมการสูบบุหรีแพร่ระบาดทั่วไปในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะแต่ในวัยรุ่นเท่านั้นแต่รวมถึงทุกเพศ ทุกวัย ทุกกลุ่มอาชีพและทุกสถานที่ หลายหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการทุกวิถีทางเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาบุหรี โดยมีกลวิธีดำเนินงานหลายรูปแบบในการสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานสุขศึกษาและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี นอกจากนี้ ยังมีการออกกฎหมายเพื่อควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี มีการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อลดอัตราการสูบบุหรีของประชาชนอันจะมีผลต่อเนื่องให้คนไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่สภาพความเป็นจริงทุกวันนี้ ปัญหาการสูบบุหรีก็ยังเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างมากต่อสุขภาพของคนไทยในทุกๆ กลุ่ม ซึ่งผู้เกี่ยวข้องยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้และนับวันจะรุนแรงมากขึ้น⁽¹⁾ การสูบบุหรีเป็นปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ประเทศต่างๆ ได้ให้ความสนใจ ในวิจัยการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี รวมทั้งออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี⁽²⁾

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้มีการสำรวจการสูบบุหรีของคนไทยทั้งประเทศครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2519 พบว่า มีผู้สูบบุหรีจำนวน ทั้งสิ้น 8.6 ล้านคน ร้อยละ 30.1 พ.ศ.2544 พบว่ามีผู้สูบบุหรีเป็นประจำ จำนวน 10.6 ล้านคน ร้อยละ 20.6 และปี 2554 พบว่าประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

จำนวน 53.9 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี 11.5 ล้านคน หรือร้อยละ 21.4 และในปี 2557 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 54.8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูบบุหรี จำนวน 11.4 ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบอัตราการสูบบุหรีระหว่างปี 2557 กับปี 2556 พบว่า ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีอัตราการสูบบุหรีเพิ่มสูงขึ้น โดยผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 18.4 เท่าผลการสำรวจยังสะท้อนให้เห็นว่าอายุของนักสูบหน้าใหม่ลดลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน และในปี 2557 เริ่มสูบบุหรีครั้งแรกเมื่ออายุ 15.6 ปี น้อยกว่าปี 2554 ที่เยาวชนเริ่มสูบบุหรีครั้งแรกเมื่ออายุ 16.2 ปี

จะเห็นได้ว่าประชากรที่มีอายุในช่วงวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นผู้ชายมีแนวโน้มสูบบุหรีเพิ่มขึ้น ประเทศไทยมีรายงานการเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรีปีละประมาณ 52,000 คน เฉลี่ยวันละ 142 คน ชั่วโมงละ 6 คนผู้ที่สูบบุหรีจัดมีโอกาสตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี 20 เท่า รองลงมาคือโรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง และเส้นเลือดตีบ⁽³⁾ บุหรีนอกจากจะทำให้เกิดปัญหาโดยตรงต่อสุขภาพแล้ว ยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมอย่างมหาศาล แนวโน้มของความรุนแรงของพิษภัยจากการสูบบุหรีที่จะระบาดในศตวรรษที่ 20 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีความตระหนักถึงภัยอันร้ายแรง จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยได้มีโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพลดลงอย่างเป็นองค์รวม มีการจัดกิจกรรม โครงการให้ความรู้ด้านพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับบุหรีและยาเสพติดอื่นๆ อย่างเป็นรูปธรรม

วิจัยครั้งนี้ ได้ทำการวิจัยในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในจังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่เป็นเยาวชนที่มีอายุอยู่ในช่วง 13 – 15 ปี จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเริ่มสูบบุหรี่ และจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก คือ ในช่วงอายุ 6-16 ปี นั้น เป็นช่วงที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการเรียนรู้ทักษะชีวิต ซึ่งการพัฒนาทักษะชีวิตนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญ สำหรับเด็กที่เริ่มเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางสุขภาพ ที่จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมการแก้ไขปัญหการสูบบุหรี่นั้น จะใช้วิธีการ “ป้องกัน” ซึ่งเป็นวิธีการที่ “ตักหน้า” ก่อนที่ปัญหาจะเกิดขึ้น ถึงแม้ว่าการดำเนินงานป้องกันการสูบบุหรี่ไม่สามารถจะเห็นผลสำเร็จได้ในทันทีทันใด แต่จะก่อให้เกิดผลในระยะยาวเป็นการป้องกันบุคคล ที่บริสุทธิ์ให้พ้นจากพิษภัยของบุหรี่ จึงนับเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาเป็นประการสำคัญในการที่จะขจัดปัญหาการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการสูบบุหรี่ในโรงเรียนนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญที่จะต้องให้ความเอาใจใส่ และดำเนินการป้องกันแก้ไขโดยเร่งด่วน สืบเนื่องจากเยาวชนในโรงเรียนส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความพร้อมที่จะรับคำแนะนำและรับรู้ในสิ่งที่ถูกที่ควรเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว การสกัดกั้นการแพร่ระบาดของบุหรี่ในโรงเรียน จึงอยู่ในวิสัยที่จะทำได้โดยวิธีการป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียน

จากวิจัยดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะประยุกต์ทักษะชีวิตในโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดเพชรบุรี เพื่อให้ให้นักเรียนเกิดความรู้เรื่องบุหรี่มีเจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการแก้ปัญหาของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่และทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ เพื่อใช้เป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ได้

คำถามงานวิจัย

โปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดเพชรบุรี เกิดการเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดเพชรบุรี

1. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้ที่เกี่ยวกับบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการแก้ไขปัญหาของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการแก้ปัญหา พฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่

สมมติฐานในการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 นักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องความรู้เรื่องบุหรี่ การสร้างเจตคติต่อการสูบบุหรี่ การสร้างทักษะการแก้ปัญหาของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ การสร้างทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่

สมมติฐานที่ 2 ความรู้เรื่องบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการแก้ปัญหาของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบและวิธี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองเป็นนักเรียนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มเปรียบเทียบเป็นนักเรียนที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งเป็นแบบแผนการวิจัยแบบ Pretest - Posttest Two Groups Design โดยจะรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่มระยะเวลาดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 1 เมษายน พ.ศ. 2558

2. กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2558 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 10 จังหวัดเพชรบุรี มีเกณฑ์ในการเลือกดังนี้

1. เป็นโรงเรียนที่มีลักษณะการเรียนการสอนแบบสหศึกษา

2. จำนวนนักเรียนใกล้เคียงกัน

3. ผู้บริหารโรงเรียนและคณะครูให้ความร่วมมือและให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ใช้การสุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Random Sampling) ซึ่งมีขั้นตอนในการสุ่มตัวอย่าง คือ ทำการเลือกนักเรียนโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยเขียนชื่อนักเรียนทั้งหมดแล้วจับฉลากเลือกมา 32 คนโดยนักเรียนที่จับฉลากขึ้นมาครั้งแรกนี้เป็นรวมเป็นห้องของกลุ่มทดลอง นักเรียนที่จับฉลากมาครั้งที่ 2 อีกจำนวน 32 คนรวม เป็นห้องเปรียบเทียบ

3. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) คือโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทักษะชีวิตเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ได้แก่ การปฏิเสธเมื่อถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ การไม่ทดลองสูบบุหรี่ การไม่มั่วสุมกับเพื่อนที่สูบบุหรี่ การใช้เวลาว่างให้ เป็นประโยชน์ เช่น การออกกำลังกาย เล่นกีฬา เล่นดนตรี อ่านหนังสือ ทัศนศึกษา นอนพักผ่อน ดูโทรทัศน์ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

คือ โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การสอนแบบบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การใช้กรณีศึกษา และการแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 สื่อประกอบการสอน ได้แก่ แผ่นภาพ และวีดิทัศน์ ใบความรู้ สถานการณ์จำลอง กรณีศึกษา และเกมเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่

1.2 แผนการสอนของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย 4 แผนการสอน ได้แก่ ความรู้เรื่องบุหรี่ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire) ประกอบด้วย รายละเอียด ดังนี้

2.1 แบบทดสอบ ข้อมูลทางสังคม เป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ทราบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองด้านคุณลักษณะและสภาพสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพของบิดามารดา ความสัมพันธ์ในครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู ที่พักอาศัย คณะศีกษา การศึกษา และอาชีพของบิดามารดา รายได้และรายจ่าย ลักษณะนิสัย การหาทางออก เมื่อเกิดความเครียด การใช้เวลาว่าง ประสิทธิภาพการสูบบุหรี่และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ มีจำนวน 21 ข้อ

2.2 แบบวัดเกี่ยวกับความรู้เรื่องของบุหรี่ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น โดยมีขอบเขตของสารพิษในบุหรี่ โทษของบุหรี่ การป้องกันการสูบบุหรี่ ลักษณะเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบมีทั้งหมด 14 ข้อ

3. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสอบถามสำหรับการวิจัย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่และทักษะชีวิต นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษา มาสร้างคำถามของแบบสอบถาม โดยกำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัยให้ถูกต้องตามเกณฑ์นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นแล้ว เสนอที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบโครงสร้าง เนื้อหาสาระของแบบสอบถามและภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้น ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรง (Validity) โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้และความถูกต้องเชิงทฤษฎี แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงอีกครั้ง

3.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ทำการศีกษา โดยนำไปทดสอบกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2/2 โรงเรียนเขาย้อยวิทยา 1 ห้องเรียน จำนวน 51 คน และนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นตามวิธีการของความเที่ยงตรง (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยหาความเชื่อมั่นเป็นส่วนๆ ผลการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นดังนี้ เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการแก้ปัญหาพฤติกรรมต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ได้เท่ากับ 0.8482, 0.7606,

0.7695 และ 0.8283 ตามลำดับ ในส่วนของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ จะนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นตามแบบ Kuder - Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ได้เท่ากับ 0.7521 และนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย เสนอที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบจนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ก่อนนำไปรวบรวมข้อมูลใช้จริง

4. การสร้างโปรแกรมสุขศึกษา ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา จากเอกสาร ตำราทางวิชาการ ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง กำหนดรูปแบบการจัดโปรแกรมสุขศึกษา จัดทำแผนการสอน รายละเอียดเนื้อหา สื่อสุขศึกษา กำหนดเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการถ่ายทอดความรู้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของชุดโปรแกรมการประยุกต์ทักษะชีวิตฯ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. การเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองการใช้โปรแกรม

5.1 ขั้นเตรียมการติดต่อประสานงานและทำหนังสือขออนุญาต ในแต่ละโรงเรียนให้ครูนำเด็กชั้นที่ได้รับการสุ่มคัดเลือกทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มาพร้อมกันที่ห้องประชุมสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 10 จังหวัดเพชรบุรี เพื่อดำเนินการทดลองและจัดกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษา และเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

5.1.1 ห้องกลุ่มทดลอง นักเรียน 32 คน ดำเนินการทดลองโดยใช้ระยะเวลา ดังนี้

- วันที่ 12 ก.พ. 2558 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre - test)

- วันที่ 13 - 19 ก.พ. 2558 ดำเนินการเข้าโปรแกรมตามแผนการสอนที่ 1-4

- วันที่ 20 ก.พ. 2558 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post - test)

5.1.2 ห้องกลุ่มเปรียบเทียบ นักเรียน 32 คน ดำเนินการทดลองโดยใช้ระยะเวลา ดังนี้

- วันที่ 12 ก.พ. 2558 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre - test)

- วันที่ 20 ก.พ. 2558 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post - test)

5.2 ขั้นตอนการผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ในรูปของรหัส ไปบันทึกในคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปควบคุมคุณภาพของการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องมือคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ผล โดยมีขั้นตอนดังนี้ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและรหัสที่กำหนด บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกก่อนทำการวิเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูล การพิจารณานัยสำคัญทางสถิติของการวิจัยครั้งนี้ ใช้ค่าความเชื่อมั่นในระดับร้อยละ 95 ($\alpha = 0.05$) เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานของการวิจัย ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละส่วน ดังนี้

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทางชีวสังคม ด้วยสถิติพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะข้อมูล

1.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในเรื่องความรู้เรื่องบุหรี่ เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมมารสูบบุหรี่ยุทธศาสตร์การแก้ปัญหา

ของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธการชักชวน ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ด้วยสถิติ Paired t - test

1.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Student's t - test

1.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องบุหรี่ยุทธศาสตร์การปฏิเสธการชักชวนให้มียุทธศาสตร์เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นนักเรียนทั้งชายและหญิง ชั้น ม.2 ที่กำลังศึกษาในภาคปลาย ปีการศึกษา 2558 จำนวนรวมทั้งหมด 64 คน กลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 32 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอายุ 14 ปี รองลงมา คือ 13 ปี ร้อยละ 75.0 18.8 และ 6.2 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 13.87 ปี กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุ 14 ปี รองลงมา คือ 13 และ 15 ปี ร้อยละ 75.0, 12.5 และ 12.5 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 14 ปี เพศชายและหญิง พอๆ กัน คือ เพศชาย ร้อยละ 40.6 และเพศหญิง ร้อยละ 59.4 สถานภาพของบิดามารดา ส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 75.0 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 68.8 กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบที่บิดามารดาแยกกันอยู่แต่ไม่หย่าร้างเท่ากัน ร้อยละ 9.4 และกลุ่มทดลองที่บิดามารดาหย่าร้างกัน ร้อยละ 15.6 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 12.5 กิจกรรมที่เลิกทำเมื่อเกิดความเครียดจะดูโทรทัศน์/

ฟังเพลง โดยพบในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 90.6 และ 71.9 รองลงมาจะนอนพักผ่อนเล่นเกมคอมพิวเตอร์/เล่นอินเทอร์เน็ต โดยพบในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 68.8 และ 50.0 และกลุ่มทดลองเลือกไปหาเพื่อนสนิท ร้อยละ 40.6 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเลือกเล่นดนตรี ร้อยละ 37.5 กิจกรรมที่เลิกทำเมื่อนักเรียนมีเวลาว่าง กลุ่มทดลองเมื่อมีเวลาว่างส่วนใหญ่จะกินมากๆ ร้อยละ 81.2 รองลงมาคือเล่นเกมคอมพิวเตอร์/เล่นอินเทอร์เน็ต และนอนพักผ่อน ร้อยละ 71.9 และ 65.5 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบเมื่อมีเวลาว่างส่วนใหญ่จะกินมากๆ ร้อยละ 62.5 รองลงมา คือเล่นเกมคอมพิวเตอร์/เล่นอินเทอร์เน็ตและเล่นดนตรี ออกกำลังกาย ร้อยละ 56.2 และ 53.1 ประสพการณ์สูบบุหรี่ ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 12.5 ของกลุ่มเปรียบเทียบที่เคยสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ครั้งแรก ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ครั้งแรกอายุ 14 ปี โดยพบในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 100.0 และ 75.0 ตามลำดับ รองลงมาคืออายุ 15 ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 25.0 การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่ทั้งสองกลุ่มเลิกสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 100.0 สาเหตุของการสูบบุหรี่ครั้งแรก กลุ่มทดลองที่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากเพื่อนชวน ร้อยละ 100.0 กลุ่มเปรียบเทียบที่เคยสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากเพื่อนชวน ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือ อายากลอง ร้อยละ 25.0 บุคคลที่นักเรียนสูบบุหรี่ด้วยครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่ทั้ง 2 กลุ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกกับเพื่อน ร้อยละ 100.0

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1

สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องบุหรี่ยุทธศาสตร์การสูบบุหรี่ทักษะ

การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่
 ทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อ
 การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่
 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการ
 ทดลองพบว่าความรู้เรื่องบุหรี่และทักษะการแก้ไข
 ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ระหว่างกลุ่ม
 และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ย
 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะการปฏิเสธ

การชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ระหว่าง
 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง
 พบว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเจตคติต่อ
 การสูบบุหรี่และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่
 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลัง
 การทดลองพบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติ (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลอง และ
 กลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง**

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)		t	ระดับ นัยสำคัญ P - value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	S.D.		
	ความรู้เรื่องบุหรี่	25.59	2.44	22.96		
เจตคติต่อการสูบบุหรี่	72.21	8.62	68.68	9.64	1.54	.128
ทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่	44.46	2.27	39.71	4.90	4.97**	.001
ทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มี พฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่	31.40	2.36	29.71	3.00	2.49*	.015
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่	61.81	5.15	61.09	5.93	0.51	.607

*p<.05 **p <.001 ***p<.0001

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนน
 ของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องบุหรี่เจตคติต่อการสูบบุหรี่
 ทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมป้องกันการ
 การสูบบุหรี่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
 ก่อนและหลังการทดลอง

พบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง
 บุหรี่ และทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อ
 การสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อน
 การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
 ทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อ
 การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่

มีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับเจตคติ
 ต่อการสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่า
 ก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติ

กลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ความรู้เรื่องบุหรี่
 เจตคติต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการแก้ไขปัญหา
 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ทักษะการปฏิเสธ
 การชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และ
 พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ก่อนและหลัง
 การทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ย จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t
ความรู้เรื่องบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	21.93	1.74	7.74***	23.84	2.18	1.53
หลังการทดลอง	25.59	2.44		22.96	2.17	
เจตคติต่อการสูบบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	69.18	9.02	1.35	69.12	7.06	0.216
				68.68		
					9.64	
หลังการทดลอง	72.21	8.62				
ก่อนการทดลอง	40.46	4.07	4.68***	40.53	4.13	0.767
หลังการทดลอง	44.46	2.27		39.71	4.90	
ทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	29.43	3.20	2.83**	30.40	2.61	0.949
หลังการทดลอง	31.4	3.36		29.71	3.01	
พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่						
ก่อนการทดลอง	57.56	8.23	3.08**	61.75	4.49	0.51
หลังการทดลอง	61.56	5.15		61.09	5.93	

*p<.01 ***p<.001

3. การวิเคราะห์สมมติฐานที่ 2

การวิเคราะห์ความสำคัญระหว่างตัวแปรความรู้เรื่องบุหรี เจตคติต่อการสูบบุหรี ทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี ทักษะการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในการศึกษามีระดับแบบช่วงมาตรา (Interval Scale) ดังนั้นการวิเคราะห์จึงให้สถิติ (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรีของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient พบว่า เจตคติต่อการสูบบุหรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรีในระดับสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .714 ส่วนทักษะ

การปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี ความรู้เรื่องบุหรี และทักษะการแก้ไข ปัญหาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรีในระดับปานกลางโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .5035 .523 และ .435 ตามลำดับ เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า เจตคติต่อการสูบบุหรีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี และความรู้เรื่องบุหรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา (n = 64 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับนัยสำคัญ (p-value)
ความรู้เรื่องบุหรี	.523**	.002
เจตคติต่อการสูบบุหรี	.714***	.001
ทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี	.435*	.013
ทักษะการปฏิเสธการชักชวนไม่ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี	.535**	.002

*p<.05 **p <.01 ***p<.001

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ นำโปรแกรม “ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 2” ไปทำการวิจัยสามารถนำผลมาอภิปรายผล ดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องบุหรี่ มีเจตคติ ต่อการสูบบุหรี่มีทักษะการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่มีทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และมีพฤติกรรม การป้องกัน การสูบบุหรี่ในระดับ ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น กว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ย เจตคติต่อการสูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ไข ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ มีคะแนน เฉลี่ยทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองและ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 แสดงให้ เห็นว่า นักเรียนในกลุ่มทดลองมีการเรียนรู้เรื่องบุหรี่ ที่ถูกต้องมากขึ้น เป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรม สุขศึกษาในกิจกรรมการเรียนรู้ ที่ประกอบด้วย การบรรยายการใช้สื่อวีดิทัศน์ และแผ่นภาพ ความรู้ เรื่องบุหรี่ นอกจากนี้ ยังมีการอภิปรายสรุปเกี่ยวกับ สาเหตุของการสูบบุหรี่ สารพิษในบุหรี่ และอันตราย ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ จากการจัดกิจกรรมบรรยาย ประกอบวีดิทัศน์และแผ่นภาพเป็นการกระตุ้นให้ นักเรียนมีความสนใจมากยิ่งขึ้น สำหรับในเรื่องสื่อ ประกอบการสอนนี้⁽³⁾ รวมถึงการศึกษาวิจัยของ Botvin et al. (1994)⁽⁴⁾ พบว่าการปฏิเสธมีความสัมพันธ์ ในทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็น

ได้ว่า การจัดการเรียนการสอนโดยการประยุกต์ แนวคิดทักษะชีวิต ของกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข (2539)⁽⁵⁾ โดยใช้กลวิธีการเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมอง จะเป็นการกระตุ้นความสนใจให้ นักเรียน มีความกระตือรือร้นและต้องการที่จะ มีส่วนร่วมในการเรียนการสอน จนทำให้นักเรียนเกิด การเรียนรู้ได้ในที่สุด

ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับ พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่พบว่า เจตคติต่อ การสูบบุหรี่ ความรู้เรื่องบุหรี่และทักษะการปฏิเสธ การชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนทักษะ การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไป ตามสมมติฐานที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับประภาเพ็ญ (2536)⁽⁶⁾ ที่กล่าวว่า ทั้งความเชื่อและเจตคติ ต่างมีบทบาทในการก่อให้เกิดพฤติกรรมโดยเจตคติ จะเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้ที่ผู้เรียนได้รับการกระทำหรือการปฏิบัติ ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้ เป็นเครื่องยืนยันว่า บุคคลนั้นจะปฏิบัติตามที่รู้ แต่ถ้า บุคคลมีเจตคติที่ดีก็จะกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีแนวโน้ม ที่จะทำหรือปฏิบัติมากกว่าบุคคลที่มีเจตคติที่ไม่ดี ส่วนทักษะการปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยง ต่อการสูบบุหรี่และความรู้เรื่องบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความรู้ ความเข้าใจ เป็นพื้นฐานของความสามารถ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับ สุชาติ (2525)⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า การจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ นักเรียนจะต้องให้

ความสนใจมีความกระตือรือร้น อยากรู้อยากเห็น ในสิ่งที่ตนเองสนใจ จนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติได้ ดังนั้น ความรู้จึงเป็นแนวทางของบุคคลที่จะนำไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์ต่างๆ ได้อันจะนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม หากกลุ่มนักเรียนได้รับการฝึกฝนทักษะชีวิตอย่างต่อเนื่องก็จะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในทางบวกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษากับนักเรียนที่อยู่ในระบบโรงเรียนแต่อย่างไรก็ตามยังมีวัยรุ่นนอกโรงเรียนที่อยู่นอกระบบการศึกษาอีกหลายกลุ่ม ดังนั้น ควรจะนำการวิจัยในลักษณะนี้ไปศึกษากับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ที่มีลักษณะ

สภาพปัญหาที่แตกต่างกัน โดยปรับปรุงเนื้อหาให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาพฤติกรรมกลุ่มวัยและความสนใจของกลุ่มเป้าหมายกับนักเรียนในระบบโรงเรียน เช่น กลุ่มวัยรุ่นนอกโรงเรียน การศึกษา

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นช่วงการศึกษาในระยะเวลาสั้นๆ ด้วยข้อจำกัดของเวลาและงบประมาณการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับทักษะชีวิตที่จะให้สามารถมองเห็นผลการเปลี่ยนแปลงทักษะชีวิตนั้น จำเป็นต้องใช้ระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี ขึ้นไป ดังนั้น ควรใช้เวลาในการฝึกโปรแกรมให้อยู่ในภาคต้นการศึกษา ซึ่งนักเรียนจะมีเวลาเรียนมากกว่าเวลาเรียนในภาคปลายการศึกษาและนักเรียนไม่ต้องกังวลกับกิจกรรมอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง :

1. สราวุธ นามเมือง.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระภิกษุ-สามเณรอาพาธที่มารับบริการการตรวจรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์.[วิทยานิพนธ์ปริญญาโท].กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2546
2. ประกิต วาที่สาธกกิจ.ผลกระทบของควินบุหรีต่อผู้ไม่สูบบุหรี่.การสัมมนาเรื่องการคุ้มครองสิทธิและสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ 51 องค์การรัฐและเอกชน; ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์. กรุงเทพมหานคร; 2533.
3. วีรสิทธิ์ สิทธิกร.บูรณาการสอนสุขศึกษา.โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ์, กรุงเทพฯ; 2535.
4. Botvin, G.J., E.Baker, E.M. Botvin and A.D. Filazzola. Prevention of alcohol misuse through the development of personal and social competence: A pilot study Jarual of Studies on Alcohol. N.p.;1994.
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือวิทยากรฝึกอบรมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันเอดส์ด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม.นนทบุรี ; 2539.
6. ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์เจ้าพระยาการพิมพ์, กรุงเทพฯ ;2536.
7. สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช,กรุงเทพฯ; 2525.

พฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรในการใช้สารเคมี: เขตสุขภาพที่ 5
Protective Behavior from Pesticides of Agriculturalist
in Health - Region 5

สงกรานต์ ดีรีน* วท.ม. (อุตสาหกรรมสุขอนามัยและความปลอดภัย)	Songkran Deeruen M.Sc. (Industrial Hygiene and Safety)
สุธาทิพย์ บูรณสถิตินนท์* วท.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย)	Sutatip Buranasatitnon B.Sc.(Occupational and Safety)
อรวรรณ วงศ์** พย.บ. (พยาบาล)	Orawan Wangluk B.N.S. (Nursing)
มูรณี สาและ* วท.บ.(อนามัยสิ่งแวดล้อม)	Murnee Salaeh B.Sc. (Environmental Health)
*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี	*Office of Disease Prevention and Control 5 Ratchaburi Province
**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก	**Office of Disease Prevention and Control 2 Phitsanulok Province

บทคัดย่อ

การนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของประเทศไทย พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 116,322 ตัน ในปีพ.ศ. 2550 เป็น 137,594 ตัน ในปี พ.ศ. 2552 รวมทั้งมีการศึกษา พบว่า การเกิดโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว มีความสัมพันธ์กับสารเคมีเกษตร เมื่อพิจารณาข้อมูลอัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชของพื้นที่รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 5 พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยในปี 2557 มีอัตราป่วย 7.90 ต่อแสนประชากร ปี 2558 มีอัตราป่วย 14.77 ต่อแสนประชากร และปี 2559 มีอัตราป่วย 14.71 ต่อแสนประชากร การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรในเขตสุขภาพที่ 5 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรในการใช้สารเคมี ของกรมควบคุมโรค โดยกำหนดระดับพฤติกรรมจากผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 0.00–0.99) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.99) และระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.00–3.00) กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรที่ทำงานสัมผัสกับสารเคมีทางการเกษตรในพื้นที่รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 1,462 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมงานศึกษา คือ เป็นเกษตรกร (ทำเอง รับจ้างทำ รับจ้างฉีดพ่น) ที่ทำงานสัมผัสกับสารเคมีโดยผู้ศึกษาได้เก็บข้อมูล และนำผลมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และไค-สแควร์

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.9 เป็นเพศชาย ร้อยละ 27.8 มีอายุอยู่ในช่วง 41- 50 ปี รองลงมา ร้อยละ 26.5 มีอายุอยู่ในช่วง 51–60 ปี และร้อยละ 53.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

โดยจากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร พบว่า พฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.4 เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นพฤติกรรมก่อนฉีดพ่น พบว่า ปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ เกษตรกรใช้วัสดุหรือไม้คั้นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้เข้ากัน ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ฉลากกำหนด และอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุสารเคมีก่อนมีค่าเฉลี่ย 2.8, 2.7 และ 2.7ตามลำดับ พฤติกรรมขณะฉีดพ่น พบว่า ปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ เกษตรกรสวมเสื้อแขนยาว/กางเกงขายาว รองลงมาใส่หน้ากาก/ผ้าปิดจมูกไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้นขณะฉีดพ่น และขณะฉีดพ่นสารเคมีเกษตรกรยืนอยู่เหนือลม มีค่าเฉลี่ย 2.7, 2.7, 2.6 และ 2.6 ตามลำดับพฤติกรรมหลังฉีดพ่น พบว่า ปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ เกษตรกรอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายทันทีหลังเลิกงาน รองลงมาเกษตรกรล้างมือทันทีก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ และเกษตรกรถอดเสื้อผ้าที่สวมใส่ทันทีหลังเลิกการฉีดพ่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 2.8 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด ได้แก่ การสวมผ้าอย่างกันเปื้อนขณะฉีดพ่น การทำลายภาชนะที่บรรจุสารเคมีที่ใช้หมดแล้วด้วยวิธีฝังกลบ และการสวมถุงมืออย่างต่อเนื่องตลอดเวลาขณะฉีดพ่น มีค่าเฉลี่ย 2.1, 2.3 และ 2.4 ตามลำดับ นอกจากนี้ ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ในการใช้สารเคมีของเกษตรกร (P-value 0.04)

สรุปการศึกษา เกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่การสนับสนุนให้เกษตรกรมีพฤติกรรมที่ดียิ่งขึ้น เช่น การไม่สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชขณะทำงาน โดยการสวมผ้ากันเปื้อนหรือการสวมถุงมืออย่างขณะสัมผัสสารเคมี รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำลายภาชนะที่บรรจุสารเคมีที่ใช้หมดแล้วอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยอาจเริ่มในกลุ่มอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการปฏิบัติได้จริงและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืนของเกษตรกร

Abstract

The imports of chemical pesticides showed that the trend increased from 116,322 tons in 2007 to 137,596 tons unit in 2009. The study found that Brain cancer, Breast cancer, Leukemia and Lymphoma were related to the agricultural pesticides. The morbidity rate per hundred thousand population from pesticides toxic found that Thailand had morbidity rate to 24.63 in 2014, 22.92 in 2015 and 18.90 in 2016. The area responsible by the health region 5 found that the morbidity rate has increased to 7.90 in 2014, 14.77 in 2015 and 14.71 in 2016. The purpose of this research is to study protective behavior from pesticides of agriculturalists, and to study the relationship between personal factor and protective behavior from pesticides of agriculturalist in the area of health region 5.

This research was descriptive study. The data were collected by questionnaire asking protective behavior of agriculturalists from pesticides. Behavior level is divided into 3 levels

from score, including low level (average score of 0.00 to 0.99), middle level (average score of 1.00 to 1.99), and good level (average score 2.00 to 3.00). The samples were selected by purposive sampling for 1,462 agriculturalists who used pesticides. The collected data was analyzed by using descriptive statistic.

The results showed that most samples were male to 53.9%, 41 – 50 years were to 27.3% and 51 – 60 years were to 26.5%. Graduated in primary school were to 53.3%. The average scores of protective behavior from pesticides were good (mean 2.6 S.D.7.5). Before using pesticides, protective behavior showed that most samples used wood for preparation of pesticide mixtures, followed the instructions on the label and read the label on the chemical container. The mean score of good protective was 2.8, 2.7 and 2.7 respectively. During using pesticides, protective behavior showed that most samples wore the protective clothes with long sleeve shirts and trousers. They wore masks, not smoking and stood upwind. The mean score of good protective was 2.7, 2.7, 2.6 and 2.6 respectively. Finally, after using pesticides, protective behavior showed that most samples showered and replaced their dressing immediately after working and hands wash before eating. The mean score of good protective was 2.7, 2.8, 2.8 and 2.8 respectively. Inappropriate protective behaviors did not use rubber apron, destroyed containers of chemicals discharged by the landfill and did not use gloves while spraying. The mean score was 2.1, 2.3 and 2.4 respectively. Furthermore, it found that age was related to protective behavior score (P-value 0.04).

In summary, most samples have protective behavior from pesticides in good level. It should support the agriculturalists to be better behavior such as not contacting pesticides during using. They should wear rubber apron or gloves. Including, they should get appropriate knowledge about destroying containers of chemicals. Suggestion, support and giving education should begin in age group that help to have good protective pesticides behavior, contribute to the exchange of practical experience and to behavioral change, and sustainable of agriculturalist.

ประเด็นสำคัญ

พฤติกรรมกำบังตนเอง, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, เกษตรกร, เขตสุขภาพที่ 5

Key words

protective behavior, pesticides, agriculturalist, health region 5

บทนำ

ปัจจุบันเกษตรกรมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกันมากขึ้นเพราะต้องการให้ผลผลิตของตนที่เพาะปลูกไว้ปราศจากโรคและแมลงมาทำลายจนก่อให้เกิดความเสียหายสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เลือกใช้บางครั้ง ก็ไม่ตรงกับศัตรูพืชที่มารบกวนหรือใช้ผสมรวมกันหลากหลายชนิดและที่สำคัญสารแต่ละชนิดที่ใช้มีความเป็นพิษร้ายแรงสูงอาจทำให้เกษตรกรได้รับอันตรายเกิดอาการและความเจ็บป่วยต่างๆ ตามไปด้วย ดังเช่น การศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนเพื่อการป้องกันโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกผักในตำบลลุ่มลำชี อำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ประชาชนรับรู้อันตรายของสารกำจัดศัตรูพืชจากประสบการณ์ตรงและปรับตัวในทิศทางเดียวกัน คือ ใช้สารกำจัดศัตรูพืชหลายหลายชนิดและเพิ่มปริมาณมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลผลิตที่ตลาดต้องการ ไม่ตระหนักว่าชีวิตได้ถูกคุกคามจากสารกำจัดศัตรูพืช⁽¹⁾ ผู้บริโภคที่ซื้อผลผลิตของเกษตรกรมารับประทานก็อาจจะได้รับอันตรายตามไปด้วย นอกจากนี้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากเกินไปจนความจำเป็นหรือไม่รู้จักวิธีการกำจัดหรือทำลายอย่างถูกต้องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้นก็อาจสะสมลงบนพื้นดินแม่น้ำ ลำคลอง ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในชุมชนของตนและบริเวณใกล้เคียงได้จากข้อมูลการนำเข้าสารเคมี กำจัดศัตรูพืชพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2552 มีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 116,322 ตัน, 109,907 ตัน และ 137,594 ตัน⁽²⁾ ตามลำดับ

จากการสำรวจของมูลนิธิการศึกษาไทย (Thai Education Foundation) ปี พ.ศ. 2555 สำรวจปริมาณการใช้สารเคมีของเกษตรกรในพื้นที่ 4 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ โดยสัมภาษณ์เกษตรกร 248

ครัวเรือน ปลูกพืชชนิดต่างๆ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ พืชไร่ได้แก่ข้าวและข้าวโพดมีพื้นที่เพาะปลูก 2,228 ไร่ ใช้สารเคมี 114,990 ลิตรต่อปี พืชกลุ่มที่ 2 พืชผักและดอกไม้ ได้แก่ กะหล่ำปลี ผักกาดขาว ถั่วฝักยาว แตงกวา ดอกเบญจมาศฯ มีพื้นที่เพาะปลูก 155 ไร่ ใช้สารเคมี 117,511 ลิตรต่อปี และพืชกลุ่มที่ 3 พืชไม้ผล ได้แก่ ลิ้นจี่ ลำไย มะม่วง พื้นที่เพาะปลูก 136 ไร่ ใช้สารเคมี 30,365 ลิตรต่อปี⁽³⁾

เมื่อพิจารณาข้อมูลอัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช ในระดับประเทศ ปี 2557 พบว่ามีอัตราป่วย 24.63 ต่อแสนประชากร ปี 2558 มีอัตราป่วย 22.92 ต่อแสนประชากร และปี 2559 มีอัตราป่วย 18.90 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาพื้นที่รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 8 จังหวัด ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดสุพรรณบุรี กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ปี 2557 มีอัตราป่วย 7.90 ต่อแสนประชากร ปี 2558 มีอัตราป่วย 14.77 ต่อแสนประชากร และปี 2559 มีอัตราป่วย 14.71 ต่อแสนประชากร โดยในปี 2559 เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดสุพรรณบุรี มีอัตราป่วยสูงสุด 27.35 ต่อแสนประชากร รองลงมาจังหวัดกาญจนบุรี 18.46 ต่อแสนประชากร และจังหวัดเพชรบุรี 17.73 ต่อแสนประชากร⁽⁴⁾ ตามลำดับ

นอกจากนี้จากผลการตรวจคัดกรองเกษตรกรด้วยกระดาษ Reactive Paper ในปี 2559 เมื่อพิจารณาภาพรวมระดับเขต พบว่า มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัยร้อยละ 30.2 (4,018 ราย จากเกษตรกร ที่ได้รับการตรวจทั้งหมด 13,311 ราย)

ดังนั้นจึงได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรในการใช้สารเคมีในพื้นที่รับผิดชอบเขต

สุขภาพที่ 5 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองของเกษตรกรในการใช้สารเคมี ประเมินสถานการณ์เพื่อใช้ประโยชน์เป็นข้อมูล พื้นฐานในการหาแนวทางป้องกันแก้ไข ลดความ เสี่ยงในการสัมผัสที่เหมาสมกับพฤติกรรมของ เกษตรกรในพื้นที่รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 5 ในระยะ ยาวต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองของ เกษตรกรในการใช้สารเคมี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรที่ทำงานสัมผัสกับสารเคมี ทางการเกษตรในพื้นที่รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมงาน ศึกษาคือ เป็นเกษตรกร (ทำเอง รับจ้างทำ รับจ้าง ฉีดพ่น) ที่ทำงานสัมผัสกับสารเคมีได้รับแบบสอบถาม ที่สมบูรณ์และถูกต้อง เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 1,462 ฉบับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองของ เกษตรกรในการใช้สารเคมีของสำนักโรค จากการ ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และส่วนที่ 2 ข้อมูล พฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรก่อน ขณะหลังฉีดพ่นสารเคมี โดยข้อความถามการปฏิบัติ ตัวก่อนฉีดพ่น มีจำนวน 4 ข้อ การปฏิบัติตัว ขณะฉีดพ่นมีจำนวน 9 ข้อ และการปฏิบัติตัวหลังฉีดพ่น มีจำนวน 7 ข้อรวมทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีข้อความถาม

เชิงบวก (Positive) จำนวน 18 ข้อ และข้อความถาม เชิงลบ (Negative) จำนวน 2 ข้อ โดยกำหนด ให้ค่าคะแนนดังนี้

คำถามเชิงบวก	ปฏิบัติ/ใช้ทุกครั้ง
	ให้ค่าคะแนน 3 คะแนน
	ปฏิบัติ/ใช้เป็นบางครั้ง
	ให้ค่าคะแนน 2 คะแนน
	ไม่ปฏิบัติ/ไม่ใช้
	ให้ค่าคะแนน 1 คะแนน
คำถามเชิงลบ	ปฏิบัติ/ใช้ทุกครั้ง
	ให้ค่าคะแนน 1 คะแนน
	ปฏิบัติ/ใช้เป็นบางครั้ง
	ให้ค่าคะแนน 2 คะแนน
	ไม่ปฏิบัติ/ไม่ใช้
	ให้ค่าคะแนน 3 คะแนน

การแปลความหมายผลค่าคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.99 มีพฤติกรรม การใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่เหมาะสม อยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.99 มีพฤติกรรมการใช้ สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่เหมาะสม อยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 3.00 มีพฤติกรรม การใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่เหมาะสม อยู่ในระดับดี

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกร

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มเกษตรกรที่ ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 53.9 มีอายุอยู่ใน ช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 27.8 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 26.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 และประกอบอาชีพประเภท ทำสวน ร้อยละ 35.5 รองลงมาประเภททำนา ร้อยละ 23.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ เพศ อายุ ระดับการศึกษาและประเภทการประกอบอาชีพของเกษตรกร

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 1,462 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	788	53.9
หญิง	604	41.3
ไม่ระบุ	70	4.8
อายุ		
อายุน้อยกว่า 31 ปี	118	8.1
อายุ 31 - 40 ปี	261	17.9
อายุ 41 - 50 ปี	406	27.8
อายุ 51 - 60 ปี	388	26.5
อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป	206	14.1
ไม่ระบุ	83	5.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	52	3.6
ประถมศึกษา	779	53.3
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	50	29.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	50	3.4
ไม่ระบุ	144	9.8
ประเภทอาชีพ		
ทำนา	341	23.3
ทำไร่	316	21.6
ทำสวน	519	35.5
รับจ้างภาคเกษตรกรรม	88	6.1
ไม่ระบุ	198	13.5

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร ก่อน ขณะ หลัง ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร ก่อนฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า เกษตรกรมีพฤติกรรมการป้องกันโดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.5 โดยเมื่อพิจารณาจำแนกรายพฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้อง

ทุกครั้ง พบว่า ร้อยละ 80.0 ใช้วัสดุหรือไม้กวนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้เข้ากัน รองลงมา ร้อยละ 72.3 ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ฉลากกำหนด ร้อยละ 70.4 อ่านฉลากที่ภาษาขณะบรรจุสารเคมีก่อนซื้อ และร้อยละ 61.4 ใส่ถุงมืออย่างเมื่อผสมสารเคมี ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.8, 2.7, 2.7 และ 2.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร จำแนกเป็นรายข้อพฤติกรรมก่อนฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ข้อคำถาม	ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ)	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติทุกครั้ง (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย	S.D.
ก่อนฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ท่านปฏิบัติตัวอย่างไร					
1. ท่านอ่านรายละเอียดที่ฉลากภาษาขณะบรรจุสารเคมีก่อนซื้อ	56 (3.8)	377 (25.8)	1029 (70.4)	2.7	0.6
2. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำที่ฉลากกำหนดไว้	61 (4.2)	344 (23.5)	1057 (72.3)	2.7	0.6
3. ท่านใส่ถุงมืออย่างเมื่อผสมสารเคมี	175 (12.0)	389 (26.6)	898 (61.4)	2.5	0.7
4. ท่านใช้วัสดุหรือไม้คนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้เข้ากัน	69 (4.7)	223 (15.3)	1170 (80.0)	2.8	0.5
พฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร ก่อนฉีดพ่นสารเคมีโดยรวม				2.7	0.5

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร ขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า เกษตรกรมีพฤติกรรมการป้องกันโดยรวมอยู่ในระดับดีค่าเฉลี่ย 2.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.4 โดยเมื่อพิจารณาจำแนกรายพฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องทุกครั้ง พบว่าร้อยละ 78.5 สวมเสื้อแขนยาว/กางเกง ขายาว รองลงมา ร้อยละ 71.3 ใส่หน้ากาก/ผ้าปิดจมูก ร้อยละ 70.0 ไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้นขณะฉีดพ่น ร้อยละ 63.5 ขณะฉีดพ่นสารเคมีเกษตรกรยืนอยู่เหนือลม ร้อยละ

62.1 ใส่รองเท้าบูตยาง ร้อยละ 61.4 ใส่หมวก ปีกกว้าง ร้อยละ 61.0 ไม่รับประทานอาหารหรือน้ำดื่มบริเวณที่ฉีดพ่น และร้อยละ 54.2 สวมถุงมืออย่างตลอดเวลา ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.7, 2.7, 2.6, 2.6, 2.5, 2.5, 2.5 และ 2.4 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องเป็นบางครั้ง พบว่า ร้อยละ 37.1 สวมผ้าอ้อมกันเปื้อน เป็นบางครั้ง ร้อยละ 35.3 ปฏิบัติทุกครั้ง ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 2.1 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร จำแนกเป็นรายข้อพฤติกรรมขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ข้อคำถาม	ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ)	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติทุกครั้ง (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย	S.D.
ขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ท่านปฏิบัติตัวอย่างไร					
1. ท่านใส่หน้ากาก/ผ้าปิดจมูก	86 (5.9)	333 (22.8)	1043 (71.3)	2.7	0.6
2. ท่านสวมถุงมืออย่างต่อเนื่อง	218 (14.9)	451 (30.9)	793 (54.2)	2.4	0.7
3. ท่านสวมเสื้อแขนยาว/กางเกงขายาว	66 (4.5)	248 (17.0)	1148 (78.5)	2.7	0.5
4. ท่านสวมใส่รองเท้าบูตยาง	220 (15.1)	334 (22.8)	908 (62.1)	2.5	0.7
5. ท่านใส่หมวกปีกกว้าง	135 (9.2)	430 (29.4)	897 (61.4)	2.5	0.7
6. สวมผ้าพันกันป้องกัน	403 (27.6)	543 (37.1)	516 (35.3)	2.1	0.8
7. ท่านยืนอยู่เหนือลม	115 (7.9)	419 (28.6)	928 (63.5)	2.6	0.6
8. ท่านกินอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ฉีดพ่น	892 (61.0)	350 (24.0)	220 (15.0)	2.5	0.7
9. ท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น	1023 (70.0)	242 (16.5)	197 (13.5)	2.6	0.7
พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร ขณะฉีดพ่นสารเคมีโดยรวม				2.5	0.4

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร หลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชพบว่า เกษตรกรมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโดยรวมอยู่ในระดับดีค่าเฉลี่ย 2.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.4 โดยเมื่อพิจารณาจำแนกรายพฤติกรรมที่ปฏิบัติถูกต้องทุกครั้ง พบว่า ร้อยละ 84.5 เกษตรกรอาบน้ำ

ทำความสะอาดร่างกายทันทีหลังเลิกงาน รองลงมา ร้อยละ 82.3 เกษตรกรล้างมือทันทีก่อนพักรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ ร้อยละ 81.3 เกษตรกรถอดเสื้อผ้าที่สวมใส่ทันทีหลังเลิกการฉีดพ่น ร้อยละ 79.1 เกษตรกรแยกเก็บภาชนะและอุปกรณ์ฉีดพ่นสารเคมี ร้อยละ 77.2 เกษตรกรแยกซักเสื้อผ้า

ไม่ซักรวมกับเสื้อผ้าอื่นๆ ร้อยละ 72.4 เมื่อเจ็บป่วย ที่บรรจूसารเคมีที่ใช้หมดแล้วด้วยวิธีฝึกลบ ค่าเฉลี่ย หรือไม่สบายเกษตรกรจะไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ของพฤติกรรมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 2.8, 2.8, 2.8, สาธารณสุข และร้อยละ 51.3 เกษตรกรทำลายภาชนะ 2.7, 2.7, 2.7 และ 2.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการป้องกันตนเองของ เกษตรกร จำแนกเป็นรายข้อพฤติกรรมหลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ข้อคำถาม	ไม่เคยปฏิบัติ (ร้อยละ)	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติทุกครั้ง (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย	S.D.
หลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ท่านปฏิบัติตัวอย่างไร					
1. ท่านล้างมือทันทีก่อนพักกินอาหาร/ดื่มน้ำ	62 (4.2)	197 (13.5)	1203 (82.3)	2.8	0.5
2. เมื่อถึงบ้านท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันทีหลังเลิกงาน	54 (3.7)	173 (11.8)	1235 (84.5)	2.8	0.5
3. ท่านถอดเสื้อผ้าที่สวมใส่ทันที หลังเลิกการฉีดพ่น	52 (3.6)	221 (15.1)	1189 (81.3)	2.8	0.5
4. ท่านแยกซักเสื้อผ้า	104 (7.1)	229 (15.7)	1129 (77.2)	2.7	0.6
5. ท่านแยกเก็บภาชนะและอุปกรณ์ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	92 (6.3)	214 (14.6)	1156 (79.1)	2.7	0.6
6. ท่านฝึกลบภาชนะบรรจूसารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้หมดแล้ว	298 (20.4)	414 (28.3)	750 (51.3)	2.3	0.8
7. เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือไม่สบายท่านไปพบหมอ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	89 (6.1)	315 (21.5)	1058 (72.4)	2.7	0.6
พฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร ขณะฉีดพ่นสารเคมีโดยรวม				2.7	0.4

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างเพศ ตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ อายุ ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง 0.05 (p-value 0.04) (ตารางที่ 5) ของเกษตรกร พบว่า อายุกับพฤติกรรมการป้องกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบปัจจัยเกี่ยวกับเพศ อายุ และระดับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร

ปัจจัยที่ศึกษา	พฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกร	
	Chi-square	P-value
เพศ	1.8	0.19
อายุ	9.9	0.04 *
ระดับการศึกษา	3.5	0.32

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรในการใช้สารเคมีทางการเกษตร โดยทำการศึกษาเกษตรกร จำนวน 1,462 คน ร้อยละ 53.9 เป็นเพศชาย ร้อยละ 27.8 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี รองลงมา ร้อยละ 26.5 มีอายุอยู่ในช่วง 51- 60 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุของวัยทำงาน ถือว่าเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวและประเทศชาติ รวมทั้งมีประสบการณ์ในการทำงาน และสามารถปรับปรุงลักษณะการทำงานให้เหมาะสมกับตนเองได้ ถ้าเกษตรกรกลุ่มนี้ มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลต่อสุขภาพของเกษตรกร เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวและประเทศชาติ

พฤติกรรมการป้องกันตนเองก่อน ขณะหลังการใช้สารเคมีของเกษตรกร พบว่า พฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยก่อนการใช้สารเคมีเกษตรกรใช้วัสดุหรือไม้คนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้เข้ากันปฏิบัติตามคำแนะนำที่ฉลากกำหนด และอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุสารเคมีก่อนซื้อ ใส่ถุงมืออย่างเมื่อผสมสารเคมี ขณะใช้สารเคมี เกษตรกรสวมเสื้อแขนยาว/กางเกงขายาว ใส่หน้ากาก/ผ้าปิดจมูกและไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้นขณะฉีดพ่น และหลังใช้สารเคมีเกษตรกรอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันทีหลังเลิกงาน ล้างมือทันทีก่อน พักรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ

และเกษตรกรถอดเสื้อผ้าที่สวมใส่ทันทีหลังเลิกการฉีดพ่นเช่นเดียวกับการศึกษาของ วรเชษฐ์ ขอบใจ และคณะ(5) ที่ทำการศึกษากฎการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มเกษตรกรต้นน้ำ : กรณีศึกษาชาวเขาเผ่าม้ง จังหวัดพะเยา พบว่า เกษตรกร ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พบว่า ขณะฉีดพ่นเกษตรกรกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 27.6 ไม่สวมผ้าอย่างกันเปื้อน ไม่สวมรองเท้ายาง ร้อยละ 15.1 และไม่สวมถุงมืออย่างตลอดเวลา ร้อยละ 14.9 จากพฤติกรรมดังกล่าว เกษตรกรอาจได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะทางผิวหนัง ซึ่งถือได้ว่าเป็นทางที่สารเคมีเข้าสู่ร่างกายได้มากที่สุด โดยถ้าเกษตรกรมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไม่เหมาะสมและอย่างต่อเนื่อง อาจเกิดการสะสมของสารเคมีในร่างกาย โดยเฉพาะในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต บางชนิดที่สามารถละลายได้ดีในไขมัน และอาจสะสมอยู่ในไขมันได้เป็นเวลานานหลายวันหรือหลายสัปดาห์ ทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่องสำหรับเกษตรกร จะเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญในการกระตุ้นเตือนให้เกษตรกรเกิดความตระหนักถึงอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น

นอกจากนี้ การเก็บหรือทำลายภาชนะของเกษตรกร พบว่าไม่มีการฝังกลบภาชนะบรรจุสารเคมีที่ใช้หมดแล้ว ร้อยละ 20.4 ซึ่งถ้าเกษตรกรมีการเก็บหรือทำลายภาชนะดังกล่าวอย่างไม่ถูกวิธี เช่น ขยายให้กับร้านขายของเก่า เปรวมกับขยะทั่วไป ทิ้งลงถังขยะหรือแหล่งน้ำของหมู่บ้าน การทำลายด้วยวิธีดังกล่าว จะทำให้สิ่งแวดล้อมถูกปนเปื้อน รวมทั้งส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนหรือชุมชนที่ได้รับสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่ถูกปนเปื้อนด้วยสารเคมีทางการเกษตรอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การสร้างความเข้าใจกับเกษตรกร ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อร่วมหาแนวทางทำลายภาชนะบรรจุสารเคมีที่ใช้หมดแล้วอย่างเหมาะสม

สำหรับครัวเรือนเกษตรกรและชุมชนจะเป็นการช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและรักษาสิ่งแวดล้อมของชุมชน ไม่ให้เกิดการปนเปื้อนสารเคมีทางการเกษตรอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรผลักดันให้เกิดกระบวนการ การมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมหา

แนวทางของพฤติกรรมการทำงานและการทำลายภาชนะบรรจุสารเคมีทางการเกษตรที่ใช้หมดแล้วที่เหมาะสมกับบริบทของคนในชุมชนและพื้นที่ พร้อมทั้งเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับร่วมกันของชุมชน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่ยั่งยืน

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยอาจใช้วิธีการสังเกตจากพฤติกรรมปฏิบัติจริงของเกษตรกร เพื่อให้ได้พฤติกรรมที่แท้จริง

3. ควรมีการศึกษา วิจัย พัฒนา สร้างอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตหรือลักษณะประชากรของเกษตรกรไทย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเครือข่ายโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมทั้งระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเขตสุขภาพที่ 5 ที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจ

เอกสารอ้างอิง :

1. กัลยาณี จันธิมา และคณะ. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนเพื่อการป้องกันโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกผักในตำบลลุ่มลำชี อำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ ปี 2551 – 2552. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา; 2552.
2. สุจิตรา ยอดจันทร์ และคณะ. ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันตนเอง จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2554; 5(2) : น.45-54.
3. เอกสารนำเสนอในการประชุมวิชาการเพื่อเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประจำปี 2557 เรื่อง ประสบการณ์การแก้ปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชผ่านระบบการศึกษา. มูลนิธิการศึกษาไทย; 2557.
4. <http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>. Accessed January 1, 2017.
5. วรเชษฐ์ ขอบใจ และคณะ. พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มเกษตรกรต้นน้ำ : กรณีศึกษาชาวเขาเผ่าม้ง จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ; 2553. 4(2) : น. 36-46.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการในคลินิก
วัณโรคของสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดสมุทรปราการ

The factors affecting that treatment behavior of pulmonary tuberculosis patients
who received services in tuberculosis clinics at public health service
SamutPrakarn Province.

นายธงชัย วิเศษบุปผา สบ. (สาธารณสุขศาสตร์)
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

Thongchai Visatbuppha B.Ph., (Public Health)
Bangpli District Health Office,
SamutPrakarn Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการรักษา ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการ และปัญหากระบวนการบริการ ณ คลินิกวัณโรค จังหวัดสมุทรปราการจำนวน 400 ราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม- ธันวาคม 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดและการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลภาครัฐทั้ง 5 แห่ง วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach alpha coefficient) แบบสอบถามความรู้เรื่องวัณโรค ความพึงพอใจต่องานบริการ และพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78, 0.82 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ไค-สแควร์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และการสร้างข้อสรุป

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมากกว่าครึ่งเพศชาย อายุระหว่าง 31-40 ปี การศึกษาระดับประถมที่สมรสแล้ว อาชีพรับจ้าง และสามีหรือภรรยาทำหน้าที่พี่เลี้ยงกำกับการกินยา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษา ได้แก่ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องวัณโรค ความพึงพอใจ และบุคคลผู้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การทำความเข้าใจในเรื่องการรักษา วัณโรคปอดมีความสำคัญอย่างมาก การให้คำแนะนำป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และผู้กำกับการกินยาเข้มงวดข้อเสนอแนะการวิจัยควรพัฒนาความรู้และทักษะในการใช้ยารักษาวัณโรคปอด การคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และเจ้าหน้าที่ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการขาดการรักษา

Abstract

This research aims to explain the behaviors, factors that affect the treatment and Tuberculosis clinics service problem of 400 patients registered at the clinics in SamutPrakan province during the period from July to December 2015. The tools used in this study include questionnaire survey created by the researcher; qualitative data collection through focus group with Pulmonary Tuberculosis patients and in-depth interview with both relevant staff and at five different state hospitals. Questionnaire analysis for knowledge, satisfactions and patient behaviors were 0.78, 0.82, and 0.80 respectively by Cronbach alpha coefficient. Quantitative analyses were done using descriptive and analytic statistics, applying Chi-Square test, whereas qualitative analyses relied on data assessment and conclusion testing.

The research found that pulmonary tuberculosis patients were about half as male, mostly married laborers aged between 31 to 40 years, of primary education, with the husband or wife as mentor for the medication. Almost all patients have knowledge of their tuberculosis treatment. It was found that satisfaction was high, and behavioral treatment was good. It was found that the level of education, knowledge of tuberculosis, satisfaction of treatment and care-givers related to behavioral treatment significantly ($p < 0.05$). The qualitative analysis of the data found that the understanding of tuberculosis treatment was very important. The clinics have already developed the service systems for the treatment of patients. Research has suggested that hospitals should co-operate in the development, knowledge, screening and skills in the use drugs for pulmonary tuberculosis. It is important that the service system should be focused on the patients. The care-givers should be selected from the people who have the closest relationship with the patients, the medical staff should visit the patients regularly to prevent and tackle the lack of treatment.

ประเด็นสำคัญ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษา,
ผู้ป่วยวัณโรคปอด, คลินิกวัณโรค,
สถานบริการสาธารณสุข.

Key words

The factors affecting that treatment behavior,
pulmonary Tuberculosis patients,
Tuberculosis clinics, public health service

บทนำ

วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อที่สำคัญ เนื่องจากเป็นปัญหาทางสาธารณสุข และเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในประเทศต่างๆ ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกได้รับเชื้อวัณโรคโดยมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 14.4 ล้านราย คิดเป็นความชุก 219 รายต่อแสนประชากร ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 9.15 ล้านรายและมีผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 1.65 ล้านราย⁽¹⁾ ยิ่งในปัจจุบันปัญหาที่เกิดจากเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยาหลายขนาน (Multiple Drugs Resistant, MDR-TB) ได้ทวีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีสาเหตุอันเนื่องมาจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะรับการรักษาไม่ถูกต้อง เช่น การขาดยา การกินยาไม่สม่ำเสมอ หรือการหยุดยาก่อนกำหนด เป็นต้น เป็นผลให้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น และทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น ที่สำคัญผู้ป่วยเหล่านี้ สามารถเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรคได้ยาวนานและยากต่อการควบคุม ประเทศไทยถึงแม้ว่าที่ผ่านมาจะสามารถควบคุมได้ดีมีแนวโน้มของการรักษาสำเร็จที่เพิ่มสูงขึ้นก็ตาม แต่ก็พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี สาเหตุประการหนึ่งเป็นผลกระทบมาจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (AIDS) จึงทำให้ประชาชนคนไทยติดเชื้อวัณโรคสูงถึง ร้อยละ 25 - 30 และมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคสูงถึง 50 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾

จังหวัดสมุทรปราการ เริ่มดำเนินงานโครงการควบคุมวัณโรคปอดแนวใหม่ ตามแผนการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ (NTP) มาตั้งแต่ปีงบประมาณ ปี 2541 จนถึงปัจจุบัน ครอบคลุมโรงพยาบาลภาครัฐ 5 แห่ง

คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางพลี, โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) อีกจำนวน 13 แห่ง เป็นโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในส่วนของระบบประกันสังคมเป็นส่วนใหญ่ ตัวชี้วัดเพื่อประเมินการดำเนินงานวัณโรคปอดที่สำคัญ ได้แก่ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะ พบเชื้อ (Success rate) ร้อยละ 85 อัตราการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อ (Default rate) น้อยกว่าร้อยละ 3 จากสถานการณ์วัณโรคปอดของจังหวัดสมุทรปราการ ในช่วง 3 ปีระหว่างพ.ศ.2556-2558 พบว่า อัตราผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาวัณโรค (ทุกประเภท) เท่ากับ 92.2, 75.2 และ 134.8 ตามลำดับ โดยมีการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่จากเป้าหมายทุกประเภท ปี พ.ศ.2558 เท่ากับร้อยละ 78.4 จากข้อมูลผลการดำเนินงานวัณโรคมีแนวโน้มพบผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มสูงขึ้นทุกปี มีข้อสังเกตที่พบคืออัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 จะสูงกว่าปีก่อนหน้านี้นั้นปี พ.ศ.2558 ภาวธรรมทั้งจังหวัดประสบผลสำเร็จตามเกณฑ์เป้าหมาย โดยมีอัตราการรักษาสำเร็จ (success rate) เกินเป้าหมายเล็กน้อยเท่ากับ ร้อยละ 89.5 โดยทุกโรงพยาบาลมีอัตราการรักษาสำเร็จมากกว่า ร้อยละ 85 ยกเว้น โรงพยาบาลบางจาก (ภาครัฐ) และโรงพยาบาลเมืองสมุทรปู้เจ้าสมิงพราย

(ภาคเอกชน) น้อยกว่าร้อยละ 85 คือ ร้อยละ 76.5 และ 79.2 ตามลำดับ⁽³⁾

จากสถานการณ์ปัญหาของการแพร่ระบาดของ การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ความสำเร็จของการรักษา และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคที่มา รับบริการดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจ ที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วย วัณโรคปอดที่เข้ามารับบริการในคลินิกวัณโรคของ สถานบริการภาครัฐ จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อนำผล การศึกษาที่ได้ไปเป็นแนวทางปรับปรุงและพัฒนา กระบวนการในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดให้ บรรลุผลสำเร็จตามเกณฑ์เป้าหมายได้อย่างครอบคลุม ทั้งจังหวัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มาใช้บริการ ณ คลินิกวัณโรค จังหวัดสมุทรปราการ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นวัณโรคปอด และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่ คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลภาครัฐ 5 แห่ง เขตจังหวัด สมุทรปราการ ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาล บางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยา นนท์ ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาด้วยการกินยา วัณโรคตามสูตรมาตรฐานภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment, DOT) โดยการสุ่ม

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มาใช้บริการ ณ คลินิกวัณโรค จังหวัดสมุทรปราการ

3. เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกปัญหาาระบบงาน บริการในคลินิกวัณโรคจังหวัดสมุทรปราการ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษา ได้แก่ ความรู้เรื่องวัณโรคปอด ความพึงพอใจต่อการบริการ และบุคคลผู้ทำหน้าที่พี่เลี้ยงกำกับการกินยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาวัณโรคของผู้ป่วย วัณโรคปอด

กลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดในคลินิก แต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วย (stratified sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของ ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด ทั้งเพศชาย และหญิง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และยินดี ให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 400 คน

กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วยกลุ่มแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในคลินิกวัณโรคจังหวัด สมุทรปราการ ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2558 โดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นเองเป็นแบบสอบถามสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัณโรค ปอดประกอบด้วย ข้อมูลด้านปัจจัยทางประชากร ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา และพฤติกรรมการรักษา

ของผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบสอบถามนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดสมุทรปราการ ที่มีไข้กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach alpha coefficient) ประเมินความรู้เรื่องวัณโรคความพึงพอใจต่องานบริการ และพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78, 0.82 และ 0.80 ตามลำดับแบบสัมภาษณ์เชิงลึกได้ทบทวนข้อมูล และกำหนดประเด็นคำถามหลักในการสนทนากลุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค และการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตามประเด็นความพึงพอใจ และพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยวัณโรคในคลินิกวัณโรคจังหวัดสมุทรปราการ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลด้านปัจจัยทางประชากรใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยทางประชากรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด ใช้สถิติ

เชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square (χ^2) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการสร้างข้อสรุปจากการตีความ **ผลการศึกษา**

ปัจจัยทางประชากรของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.3) มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี เป็นวัยทำงาน (ร้อยละ 27.8) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 51.9) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.0) และประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 60.0) ส่วนช่วงระยะเวลาในการรักษาพบว่ายู่ในช่วงเดือนที่ 3-6 (ร้อยละ 76.2) บุคคลผู้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 56.1)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้แก่ ระดับความรู้ของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรควัณโรคปอดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 64.7) ส่วนระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อการบริการของคลินิกวัณโรค พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการบริการของคลินิกวัณโรคอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.1) เช่นกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ คลินิกวัณโรคจังหวัดสมุทรปราการ จำแนกตามระดับความรู้และความพึงพอใจต่องานบริการ

ระดับความรู้และความพึงพอใจต่อบริการ	Actual range	จำนวน(คน)	ร้อยละ
- ความรู้เรื่องโรควัณโรคปอด (ค่าเฉลี่ย = 10.6, S.D=1.32)			
ระดับความรู้ต่ำ (น้อยกว่าค่าเฉลี่ย)	0-9 คะแนน	141	35.3
ระดับความรู้สูง (เท่ากับหรือมากกว่าค่าเฉลี่ย)	10-15 คะแนน	259	64.7
- ความพึงพอใจต่อบริการ (ค่าเฉลี่ย = 18.4, S.D=1.87)			
ระดับความพึงพอใจต่ำ (น้อยกว่าค่าเฉลี่ย)	10-17 คะแนน	152	37.9
ระดับความพึงพอใจสูง (เท่ากับหรือมากกว่าค่าเฉลี่ย)	18-30 คะแนน	248	62.1
รวม		400	100.0

พฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 57.7) ดังตารางที่ 2
**ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดจังหวัดสมุทรปราการ จำแนกตามระดับพฤติกรรม
 การรักษา ณ คลินิกวัณโรค**

ตัวแปร	Actual range	จำนวน(คน)	ร้อยละ
- ระดับพฤติกรรมรักษา (ค่าเฉลี่ย = 7.3, S.D=1.64)			
พฤติกรรมรักษาไม่ดี (น้อยกว่าค่าเฉลี่ย)	0-6 คะแนน	169	42.3
พฤติกรรมรักษาดี (เท่ากับหรือมากกว่าค่าเฉลี่ย)	7-12 คะแนน	231	57.7
รวม		400	100.0

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
 การรักษา (patients adherence) หรือความร่วมมือ
 ในการรักษาตามแผนการรักษาวัณโรคของผู้ป่วย
 วัณโรคปอดพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
 พฤติกรรมรักษา มีหลายประการ ได้แก่ ระดับ
 การศึกษา ความรู้เรื่องวัณโรค ความพึงพอใจ และ
 บุคคลผู้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยา
 ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
 การรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=.01$, $p<.001$,

$p<.001$ และ $<.001$ ตามลำดับกล่าว คือ ผู้ป่วย
 วัณโรคปอดที่มีระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีความรู้
 เรื่องวัณโรคในระดับสูง และมีความพึงพอใจในระดับ
 สูงบุคคลผู้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของ
 ผู้ป่วยที่เป็นบุตร บิดา/มารดา และสามีภรรยา มีความ
 สัมพันธ์และแนวโน้มส่งผลต่อพฤติกรรมรักษาที่ดี
 มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ปัจจัยทางประชากรด้าน เพศ อายุ
 และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
 การรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรักษา
 ของผู้ป่วยวัณโรคปอด**

ปัจจัย	พฤติกรรมรักษา		รวม	df	χ^2	p-value
	ดี (%)	ไม่ดี (%)				
ปัจจัยทางประชากรของผู้ป่วยวัณโรคปอด						
เพศ						
ชาย	141 (56.7)	108 (43.3)	249(100)	0.26	1	0.67
หญิง	90 (59.3)	61 (40.7)	151(100)			
อายุ (ปี)						
≤ 30 ปี	53 (56.7)	40 (43.3)	93(100)	1.9	4	0.73
31-40 ปี	59 (53.3)	52 (46.7)	111(100)			
41-50 ปี	58 (62.5)	34 (37.5)	92(100)			
51-60 ปี	30 (56.9)	23 (43.1)	53(100)			
> 60 ปี	31 (61.2)	20 (38.8)	51(100)			

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมการรักษา		รวม	df	χ^2	p-value
	ดี (%)	ไม่ดี (%)				
ระดับการศึกษา*						
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	116(51.9)	107(48.1)	223(100)	6.6	1	0.01
มัธยมศึกษาขึ้นไป	115(64.9)	62(35.1)	177(100)			
สถานภาพสมรส						
โสด	35(58.3)	25(41.7)	62(100)	1.4	2	0.48
คู่	145(59.6)	99(40.4)	244(100)			
ความรู้เรื่องโรควัณโรคปอด*						
ระดับความรู้ต่ำ	14(9.6)	127(90.4)	141(100)	199.	1	<.001
ระดับความรู้สูง	217(83.9)	42(16.1)	259(100)	3		
ความพึงพอใจต่องานบริการ*						
ระดับความพึงพอใจต่ำ	26(17.1)	126(82.9)	152(100)	158.	1	<.001
ระดับความพึงพอใจสูง	204(82.4)	44(17.6)	248(100)	3		
ผู้ทำหน้าที่ที่เลี้ยงก่ากับการกินยา*						
บิดา/มารดา	33(61.5)	21(38.5)	54(100)	21.8	3	<.001
บุตร	43(64.1)	24(35.9)	67(100)			
สามี/ภรรยา	139(62.0)	85(38.0)	224(100)			
ญาติ/พี่น้อง	16(29.1)	39(70.9)	55(100)			

* กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ $p < .05$

การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบงานบริการในคลินิกวัณโรค โดยอาศัยข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการสอบถามและสนทนากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการในคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลภาครัฐ จำนวน 5 แห่ง ในจังหวัดสมุทรปราการ เฉพาะประเด็นที่เป็นปัญหาพบว่าผู้ป่วยมีความรู้และความพึงพอใจต่อการบริการของคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลค่อนข้างน้อย

(มีความรู้ระดับต่ำร้อยละ 35.3 มีความพึงพอใจระดับต่ำ ร้อยละ 37.9) ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$ โดยมีสาเหตุของปัญหาจากงานบริการในคลินิก 2 ประเด็น กล่าว คือ

1. ด้านทักษะและความรู้ของบุคลากร
2. ด้านระบบการให้บริการในคลินิกวัณโรคที่ล่าช้า

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเพิ่มเติมถึงปัญหาอุปสรรคในคลินิกวัณโรค ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการในคลินิกวัณโรค ผลการศึกษาจากการตีความและสร้างข้อสรุปรายประเด็น ดังนี้

พฤติกรรมการรักษาและความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับบริการในคลินิกวัณโรค

- คลินิกวัณโรคมีขั้นตอนในการให้บริการที่ชัดเจน มีการคัดกรองผู้ป่วยโดยการซักประวัติ เก็บเสมหะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการแนะนำขั้นตอนการเก็บ วิธีการเก็บเสมหะที่ถูกต้องระบุวันที่ เปิดให้บริการคลินิกเฉพาะ แยกตรวจจากผู้รับบริการโรคทั่วไป ผู้ป่วยรายใหม่ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในด้านการรักษา ส่วนผู้ป่วยรายเก่ามีความพึงพอใจทั้งหมดโดยพึงพอใจต่อระยะเวลาในการให้บริการ 3-4 ชั่วโมง โดยใช้ระบบคิว ก่อน-หลัง ส่วนในผู้ป่วยรายเก่าใช้ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง พึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่ใส่ใจในการบริการ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี เป็นกันเอง และมีการติดตามการรักษา

- โรงพยาบาลที่เปิดคลินิกวัณโรค ควรมีการปรับปรุงสถานที่บริเวณที่ให้บริการ เนื่องจากสถานที่นั่งรอไม่เพียงพอ บางวันค่อนข้างแออัด และที่จอดรถมีไม่เพียงพอ และมีการใช้ภาษาในการสื่อสารที่ชัดเจน เกิดความเข้าใจมากขึ้น ผู้ป่วยมีความต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ให้บริการเป็นผู้รับผิดชอบคนเดียว และมีการดูแลเอาใจใส่ไม่รังเกียจผู้ป่วย

พฤติกรรมปฏิบัติด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ลักษณะงานเป็นประเภทรับจ้างก่อสร้าง แยกหามและยกของหนัก มีการพักผ่อนวันละ 6 - 8

ชั่วโมง มีการพักผ่อนเพียงพอการปฏิบัติงานประจำวันของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกเหนื่อยล้าถึงล้ามาก ความรู้สึกเหนื่อยจะพบในช่วงแรกของการรักษา ระยะหลังจะเหนื่อยน้อยลง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่รับประทานอาหารต่างๆ ไป อาหารธรรมดา และพบว่า ผู้ป่วยวัณโรครับประทานอาหารประเภทหมักดอง /อาหารปิ้งย่าง เนื่องจากมีอยู่ทั่วไป หาซื้อได้ง่าย ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งมีการสูบบุหรี่ และมากกว่าครึ่งมีการดื่มสุราสูบบุหรี่และดื่มสุราด้วย

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า มีการป้องกันตัวเองเวลาไอ/จาม โดยใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก ใส่หน้ากากอนามัย(ถ้ามี) และบางครั้งใช้ชายเสื้อปิดปาก ปิดจมูกเวลาไอ/จาม มีการทำความสะอาด/ฆ่าเชื้อโรคที่นอนและผ้าปูที่นอน

การปฏิบัติในการพบแพทย์ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถไปพบแพทย์ได้ตามนัด เพราะว่าผู้ป่วยต้องการหายขาดจากโรคให้เร็วที่สุด ไม่อยากให้คนในครอบครัว บุตรหลาน ติดโรค ไม่อยากเป็นภาระการเก็บเสมหะส่งตรวจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเก็บเสมหะส่งตรวจได้ตามนัดทุกครั้ง เนื่องจากอยากทราบว่าเชื้ออยู่ในเสมหะหรือไม่ การปฏิบัติในการรับประทานยา/ผู้กำกับการรับประทานยาพบว่า มีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90.0 รับประทานยาครบตามจำนวนทุกวัน และทุกครั้ง ส่วนที่รับประทานไม่ครบ เนื่องจากลืม

ผู้ป่วยวัณโรคส่วนหนึ่งเคยซื้อยารับประทานเอง เนื่องจากคิดว่ายาที่ได้รับมีฤทธิ์ไม่แรงพอและรักษาไม่หาย ซื้อจากร้านขายยาใกล้บ้าน สะดวกและรวดเร็วกว่าไปโรงพยาบาล ผู้ทำหน้าที่กำกับการกินยาส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน บิดา/มารดา และคู่สมรส

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรม และปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มากขึ้นทะเบียนรักษา ณ คลินิกวัณโรค ในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 400 ราย และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมด้วยการสนทนากลุ่มผู้ป่วย และสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลภาครัฐ 5 แห่ง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษาข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยแรงงาน ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 50.7 อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 4 มีอายุน้อยกว่าหรือไม่เกิน 30ปี ทำให้เห็นแนวโน้มของการแพร่ระบาดและเป็นหลักฐานยืนยันได้ว่าวัณโรคปอดมิใช่เป็นโรคของคนชราเหมือนที่เคยเชื่อกันมาแต่ก่อน ซึ่งอาจเป็นเพราะว่ามีจำนวนผู้ที่ติดเชื้อและป่วยเป็นโรคมกขึ้นในแต่ละปี ทำให้มีแหล่งแพร่โรคมกขึ้นในกลุ่มประชากรโดยเฉพาะจังหวัดในเขตเมืองมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเอื้อ เช่น แหล่งชุมชนด้อยโอกาส ชุมชนแออัด มีโรงภาพยนตร์ และห้างสรรพสินค้า หรือการใช้รถยนต์สาธารณะร่วมกัน ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มักศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา หรือไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 54.5 ปัจจัยเหล่านี้ มีความเกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อกันโดยธรรมชาติของการเกิดโรคต่างๆ ในมนุษย์ เช่น ผู้ที่มีการศึกษาที่ระดับต่ำ ย่อมขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานทางสังคม และอาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบริบททางสังคมประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยวัณโรคส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้างถึงร้อยละ 60.0 และร้อยละ 18.4 เป็นผู้ว่างงาน รวมทั้งอีกร้อยละ 10.9 อยู่ในกลุ่มที่ไม่มีอาชีพเป็นหลักแหล่งมีงานทำ ถ้าไม่มีงานทำก็ถือว่าว่างงาน ซึ่งจากข้อมูล

แสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างระดับการศึกษากับอาชีพที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และเป็นไปตามที่สมจิตต์ สุพรรณทัศน์⁽⁴⁾ ได้กล่าวให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่าหมายถึงความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ กิจกรรม รวมทั้งปฏิบัติใดๆ ของบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้ ทดสอบได้ว่าเป็นความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกหรือการกระทำในเรื่องสุขภาพล้วนเป็นพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น และบุคคลผู้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับกับการกินยา ส่วนมากเป็นบุตรบิดา/มารดาและสามีหรือภรรยา ร้อยละ 56.1 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่าง มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.0 เกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมการกินยารักษา กนกกร สุนทรขจิต⁽⁵⁾ ได้สรุปไว้ว่า การรักษาวัณโรคประเทศไทยมีอัตราการรักษาหายประมาณร้อยละ 50 -70 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 85) สาเหตุที่สำคัญ คือ ความไม่สม่ำเสมอในการรักษา มักหยุดกินยาล้างรักษาได้เพียง 2-3 เดือน จึงได้มีแนวทางการรักษาแบบมีผู้กำกับดูแล (Directly Observed Treatment : DOT) เพื่อให้มีอัตราการรักษาหายสูงสุด โดยที่ผู้ป่วย จะได้รับการกำกับดูแลการกินยาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำ อาสาสมัครในชุมชน และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานกตล วันตะ และคณะ⁽⁶⁾ ที่ได้ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ และพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่เคยมีประวัติการรักษามาก่อน ทั้งที่เป็นกลุ่มขาดการรักษาและผลการรักษาล้มเหลวมีโอกาสเสียชีวิตระหว่างการรักษาค่อนข้างสูง ผู้ดูแลกำกับการกินยาและติดตามกำกับอย่างใกล้ชิดและเข้มงวด จะเพิ่มความสำเร็จ ของการรักษาและป้องกันการดื้อยา

หลายขนาน และจากการศึกษาของกิตติ ศรีจางใจ⁽⁷⁾ ได้สรุปไว้ว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ควบคุมการกินยาของผู้ป่วย วัณโรค DOT ไม่ปรากฏว่าเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีเพียงแต่อาสาสมัครสาธารณสุขและญาติ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอนุชิต สว่างแจ้ง และ อีร์พันธ์ บวรสถิต⁽⁸⁾ ที่ได้สรุปไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรควัณโรค จะทำให้รู้สึกว่ายังมีคุณค่า ก็ต้องรีบรักษาให้หาย ในขณะที่ผลการศึกษาของเฉลิมพล โพธิ์สว่าง⁽⁹⁾ สรุปไว้ว่า ผลความสำเร็จในการรักษาการใช้กลวิธี กำกับการกินยาต่อหน้าจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ ต้องได้รับการฝึกอบรมความรู้และทักษะการกำกับการกินยารักษาวัณโรคกับการให้ผู้ป่วยกินยาเอง ความสำเร็จไม่มีความแตกต่างกัน

พฤติกรรมกรรมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยแบ่งระดับพฤติกรรมกรรมการรักษา หรือพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดขณะรับการรักษา ความร่วมมือในการรักษา ประกอบด้วย พฤติกรรม การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การกินยาตามขนาด และเวลา ความสม่ำเสมอในการกินยา การขาดยา การลด/เพิ่มขนาดยา การมาตรวจตามนัดเพื่อตรวจ เสมหะและรับยา พบว่า ระดับของความร่วมมือหรือ พฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดอยู่ในเกณฑ์ ระดับดี ร้อยละ 57.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.3 ในส่วนของพฤติกรรมกรรมการรักษาที่ไม่ดี พบว่ายังมี ประเด็นพฤติกรรม ในเรื่องการหยุดกินยาเอง กินยา ไม่เป็นเวลา ลดขนาดลง (จำนวนเม็ดยา) การไม่มา ตรวจตามนัด การหาซื้อยากินเองที่นอกเหนือจาก แพทย์สั่งซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยทางประชากรที่อาจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการรักษาในระดับต่ำ คือ เพศ ส่วนมากเป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วงวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี และจำนวนหนึ่งมีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าและแยก ร้อยละ 39.0 จากปัจจัยเหล่านี้

อาจทำให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลเอาใจใส่ใน เรื่องสุขภาพน้อยและในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าและแยก อาจขาดญาติสนิทในการดูแล กำกับในเรื่องการกินยา รวมทั้งการเป็นผู้สนับสนุน ทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม การเงิน และอื่นๆ ให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมกรรมการรักษาที่ดี เช่น การเป็น ผู้คอยให้กำลังใจ การเป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วย หรือแม้แต่การพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ เทศนา และอารี บุตรสอน⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความล่าช้า ส่วนหนึ่งคือ ปัจจัยเสี่ยงด้านข้อมูล พื้นฐานประชากร เช่น ระดับการศึกษาต่ำ สุขอนามัย ส่วนบุคคลที่ไม่ดี ความเชื่อเรื่องการรักษาด้วยตนเอง และเป็นตราบาป

ปัจจัยทางประชากรกับพฤติกรรมกรรมการรักษา ของผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้แก่ อายุ และสถานภาพ สมรส ไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมกรรมการรักษาของ ผู้ป่วยวัณโรคปอด ($p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน มีสถานภาพ สมรสที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ($p < .05$) เป็นไปตาม สมมติฐานสรุปได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีระดับ การศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งจาก ข้อมูลที่ศึกษาพบว่า อายุของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ใน วัยแรงงาน(อายุ 15-59 ปี) มีระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องในเรื่องระดับ การศึกษากับการศึกษาระดับมัธยม พึงสกุล⁽¹¹⁾ ที่สรุป ไว้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ได้แก่ ปัจจัยด้านการศึกษา

ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วย วัณโรคปอดได้แก่ ความรู้เรื่องโรควัณโรคปอด และ ความพึงพอใจต่อการบริการของคลินิกวัณโรค และ

บุคคลผู้ทำหน้าที่พี่เลี้ยงกำกับการกินยา มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ($p \leq .05$) เป็นไปตามสมมติฐาน สรุปได้ว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีความรู้แตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการบริการแตกต่างกัน และมีผู้ทำหน้าที่พี่เลี้ยงกำกับการกินยาที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมรักษาที่แตกต่างกัน โดยจากข้อมูลที่ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องวัณโรคปอดโดยมีความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 64.7) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.6 และมีความพึงพอใจต่อการบริการ พบว่า มีความพึงพอใจระดับสูง (ร้อยละ 62.1) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.4 บุคคลผู้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาส่วนมากเป็นสามีหรือภรรยา (ร้อยละ 56.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิระวรรณ พิงสกุล⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ได้แก่ ระดับความคิดเห็นต่อวัณโรคกับการรอตตรวจรักษาในโรงพยาบาล และปัจจัยด้านปฏิสัมพันธ์ของแพทย์/พยาบาล กับผู้ป่วย จากข้อมูลที่ศึกษาจะเห็นว่าทั้งค่าเฉลี่ยความรู้และความพึงพอใจอยู่ในระดับที่ไม่สูงมากนัก สามารถนำส่วนขาดของการปฏิบัติงานทั้งกระบวนการให้สุขศึกษา/คำปรึกษา และส่วนขาดของการจัดบริการในผู้ป่วยวัณโรคมาพิจารณาวางแผนพัฒนา/ปรับปรุงการให้บริการให้สอดคล้องกับบริบทและประเด็นส่วนขาดของการปฏิบัติงาน ในส่วนแนวคิดของการพัฒนาการดำเนินงานสอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ อวยสวัสดิ์⁽¹²⁾ ที่สรุปว่า สภาพการณ์การควบคุมวัณโรคมีปัญหาในด้าน

1. การประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคไม่ชัดเจน
2. ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจากชุมชน
3. ไม่มีแนวทางติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ ผ่านภูวงษ์และคณะ⁽¹³⁾ ที่สรุปว่าการรักษาแบบสหวิชาชีพให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการดูแลแบบผู้รับผิดชอบหลัก คนเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.048$ การบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ยาวัณโรคระบบเดิมและระบบใหม่ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และมีอัตราการสำรองยาลดลง ส่วนการบริหารจัดการคลังแบบ VMI สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและการบริหารเวชภัณฑ์ยา ผลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ปัญหาระบบบริการในคลินิกวัณโรค และปัญหาการขาดการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอด มีทั้งปัญหาที่ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ชุมชน คนรอบข้าง ซึ่งต้องใช้กลยุทธ์การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติรวมทั้งสังคมรอบข้างเพื่อให้เกิดความร่วมมือ และดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผลการรักษาประสบความสำเร็จ ส่วนอีกประเด็นที่มีความสำคัญคือ การจัดระบบงานบริการที่เอื้อต่อการบริการที่ดีต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอด ยังต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องรักษานาน ใช้จ่ายต่อเนื่อง ยาค่อนข้างมีผลข้างเคียงสูงโอกาสแพ้มีมาก ต้องได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมากและบ่อยๆ ซ้ำๆ เมื่อวิเคราะห์บริบทการทำงานคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลภาครัฐทั้ง 5 แห่ง ยังพบปัญหาระบบบริการที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วยทั้งในด้านสถานที่ ระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย การจัดบริการให้ความรู้ยังเป็นแบบเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้ตามหลักวิชาการ ซึ่งเป็นการให้ความรู้ทางเดียว ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยขาดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งจะทำให้มีความเข้าใจมากกว่า ปัญหาผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่คิดว่าตนเองจะถูกรังเกียจเพราะเป็นโรคติดต่อ ดังนั้น การทำความเข้าใจให้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ และคนรอบข้างในเรื่องโรควัณโรคปอดมีความสำคัญอย่างมาก มีการพัฒนา

ระบบบริการของคลินิกวัณโรคให้มีขั้นตอนที่รวดเร็ว ชัดเจนมากขึ้น มีการคัดกรองผู้ป่วยโดยการซักประวัติ มีการเก็บเสมหะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายใต้ การแนะนำขั้นตอนการเก็บ วิธีการเก็บเสมหะที่ถูกต้อง มีการระบุวันที่เปิดให้บริการคลินิกเฉพาะให้ผู้ป่วย และญาติได้ทราบและเข้าใจมากขึ้นการแยกตรวจ จากผู้รับบริการโรคทั่วไปมีการปรับปรุงสถานที่นั่งรอ ไม่เพียงพอ การใช้ภาษาในการสื่อสารที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่ไม่รังเกียจผู้ป่วย มีการให้ คำแนะนำป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของผู้ป่วย วัณโรคปอด การไปพบแพทย์ได้ตามนัดทุกครั้งและ เน้นความสำคัญของผู้กำกับการกินยา ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นคู่สมรส และญาติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 กำหนดยุทธศาสตร์การควบคุม วัณโรคระดับจังหวัดเป็น focal point และถ่ายทอด ตัวชี้วัดการประเมินผล มีการกำกับ ติดตามผล การดำเนินงานหน่วยบริการระดับอำเภอและระดับ ตำบล

1.2 ใช้เวทีการประชุม War Room จังหวัดและอำเภอร่วมกันพิจารณากำหนดแนวทาง ในเชิงการบริหารจัดการดำเนินงานอำเภอ/ตำบล/ หมู่บ้านเข้มแข็งด้านควบคุมและป้องกันโรค

1.3 การพัฒนาด้านความรู้ทางวิชาการ ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข ต้องได้ รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย ควรเป็นผู้ประสานการจัดอบรมความรู้

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ควรเน้นการบริการแบบผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ส่งเสริม บทบาทของบุคคลในครอบครัวให้มีความรู้และทักษะ ในการใช้ยารักษาวัณโรคอย่างถูกต้อง

2.2 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เป็นสิ่งสำคัญมาก ควรคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่ อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด โดยเน้นให้เป็นผู้กำกับการ ดูแล ให้กำลังใจผู้ป่วย ให้กินยาต่อเนื่อง และเจ้าหน้าที่ ผู้ให้การรักษาผู้ป่วย ต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยให้ สม่าเสมอ

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการและการศึกษาวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัย ที่ส่งต่อการขาดยาในกลุ่มผู้ป่วย เช่น กลุ่มแรงงาน ต่างด้าว กลุ่มคนไร้หาย ซึ่งหากมีการศึกษาเพิ่มขึ้น จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด

3.2 ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดทำวิจัย แบบ R2R ในโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเครือข่ายโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณา จากนายแพทย์สวัสดิ์ อภิวัจนีวงศ์ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ และนายแพทย์ สันทิต บุญยะส่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญด้าน เวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สมุทรปราการ ที่ให้การสนับสนุนและคำปรึกษาแนะนำ ในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลจังหวัดสมุทรปราการ โรงพยาบาล ชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุก แห่ง และขอขอบพระคุณ คุณอนันต์ พันธุ์ออก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และ คุณประจักษ์ วงษ์ประเสริฐ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ที่กรุณาให้ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดีทุกประการ

เอกสารอ้างอิง :

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: WHO report; 2010.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2551.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. รายงานวัณโรคประจำปี 2558. การประชุมสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี 2558; 30 ตุลาคม 2558.
4. สมจิตต์ สุพรรณทสัณ. พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง. : เอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข 1 หน่วยที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 14 .นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2540.
5. กนกกร สุนทรขจิต. โรคติดเชื้อฉวยโอกาส. วัณโรค. วารสารวงการแพทย์ ฉบับวันที่ 1 - 15 เมษายน 2558.
6. นภดล วันตะ, กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด, และวิทยาสวัสดิ์ดุฒิมพงศ์. ลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคที่เคยมีประวัติรักษามาก่อน. วารสารวัณโรคโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤติ, ปีที่ 35 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2557.
7. กิตติ ศรีจิงใจ. การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นของโรงพยาบาลสหพันธ์อำเภอสหพันธ์จังหวัดกาฬสินธุ์. รายงานวิจัยโรงพยาบาลสหพันธ์อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์; 2551.
8. อนุชิต สว่างแจ้ง, อีพันธ์ บวรสถิต. ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาโรควัณโรคในพื้นที่อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด; 2554.
9. เฉลิมพล โพธิ์สว่าง. การกำกับการกินยาต่อหน้าเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาวัณโรคต่อเนื้อเยื่อสมอง. สารนิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
10. นงลักษณ์ เทศนา, อารี บุตรสอน. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการรักษาวัณโรคปอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องปี 2530 ถึง 2550. รายงานการวิจัยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น; 2550.
11. จิระวรรณ พิงสกุล. อัตราการขาดยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในระบบประกันสังคมของโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
12. มณีรัตน์ อวยสวัสดิ์. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคอย่างมีส่วนร่วมอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. รายงานการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเนินจังหวัดนครราชสีมา; 2551.
13. สมใจ ผ่านภูวงษ์ และคณะ. ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคโดยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. รายงานการวิจัยฝ่ายเภสัชกรรมชุมชนโรงพยาบาลวาริชภูมิ อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร; 2549.

รายงานผลการพัฒนาการบริการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่สูงตามแนวชายแดน อำเภอทองผาภูมิจังหวัดกาญจนบุรี

Reporting : Development of Malaria Prevention and Control in border
highland In Thong PhaPhum district Kanchanaburi province

จอมสุดา อินทรกุล วท.ม. (การจัดการสังคมและระบบสุขภาพ) Jomsuda Intarakul M.Sc.
วิรัตน์ สร้อยแสง วท.บ. (สาธารณสุขชุมชน) Wirat Soisang B.Sc. Community Health
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 5.1 จังหวัดกาญจนบุรี Center of Vector-Borne Diseases 5.1,
Kanchanaburi

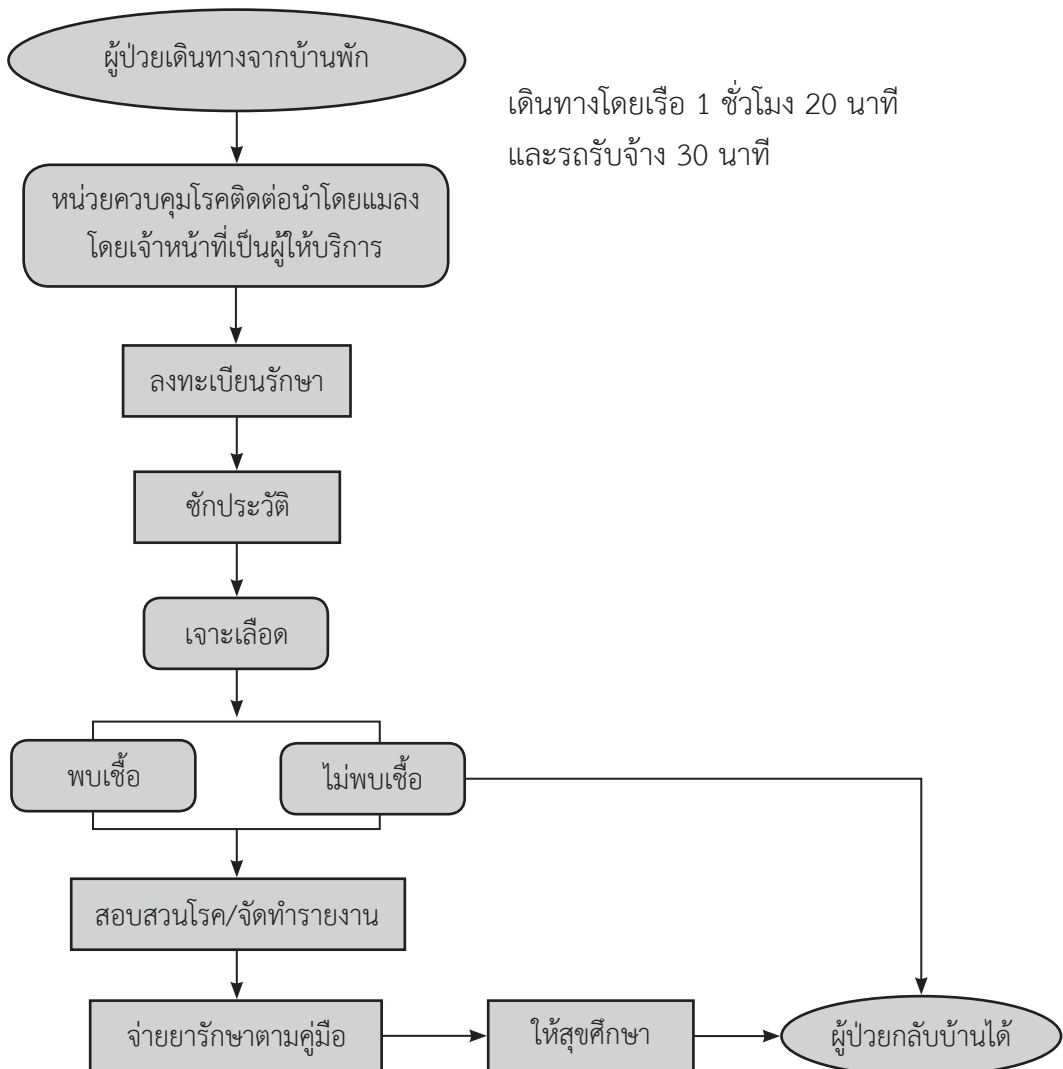
1. ปัญหา และสภาพการปฏิบัติงานเดิมก่อนที่จะริเริ่มการปรับปรุง

ประเทศไทยมีการดำเนินงานควบคุมโรคมาลาเรีย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2473 จนถึงปัจจุบัน โดยมีแนวโน้มการระบาดของโรคลดลง แต่ยังคงพบมีการระบาดในพื้นที่ที่มีแนวชายแดนติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ในปี พ.ศ.2556 สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค มีรายงานผู้ป่วยมาลาเรีย จำนวน 27,871 ราย อัตราป่วย 5.45 ต่อประชากรพันคน จังหวัดกาญจนบุรีมีผู้ป่วยอยู่ในอันดับ 2 ของประเทศ อัตราป่วย 2.88 ต่อประชากรพันคน โดยเฉพาะอำเภอทองผาภูมิ มีผู้ป่วยสูงเป็นอันดับ 12 ของประเทศ และตำบลที่มีผู้ป่วยสูงสุดของอำเภอทองผาภูมิ คือ ตำบลปิล็อก อัตราป่วย 48.07 ต่อประชากรพันคน ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ ถึง 8.8 เท่า การป่วยเป็นโรคมาลาเรียส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษา เสียเวลาเดินทาง และสูญเสียรายได้

ตำบลปิล็อก นอกจากพบผู้ป่วยจำนวนมากเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อตลอดทั้งปี ยังมีสภาพพื้นที่เป็นป่าเขาสูงสลับซับซ้อนทุรกันดาร และบางส่วนเป็นเกาะ ตั้งอยู่ในเขตอ่างเก็บน้ำเขื่อนวชิราลงกรณ์ แนวชายแดนติดต่อกับประเทศพม่ามีการเคลื่อนย้ายเข้าออก ทั้งคนไทยและต่างด้าว ทั้งที่มีบัตรถูกต้องตามกฎหมายและไม่มีบัตรอย่างต่อเนือง โดยผ่านช่องทางเข้าออกที่ไม่เป็นทางการ มีการพักค้างแรมในฝั่งไทย ทั้งแบบถาวรและชั่วคราว หรือไปกลับในแต่ละวัน มีชีวิตความเป็นอยู่วัฒนธรรม เชื้อชาติ และภาษาแตกต่างกัน มีทั้งคนไทย กะเหรี่ยง พม่า มอญ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตและสื่อสาร การเดินทางยากลำบาก ต้องเดินทางด้วยเรือ และเดินเท้าในช่วงน้ำลด ต้องเดินเท้าเพิ่มอีก 5 กิโลเมตร และการเดินทางมายังหน่วยควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 5.1.7 อำเภอทองผาภูมิ ส่วนใหญ่ต้องเดินเท้าจากบ้านมาท่าเรือ และโดยสารเรือต่อ ใน 1 วัน มีเรือโดยสารไปกลับวันละ 1 เที่ยว ออกเดินทาง 06.00 น. กลับเวลา 11.00 น. เนื่องจาก ช่วงบ่ายมีลมแรง เป็นอันตรายต่อการเดินทาง ค่าโดยสารเรือ 150 บาทต่อคนต่อเที่ยว นอกจากนั้น ต้องเช่าเหมาเรือราคา 1,500-2,000 บาท และโดยสารรถรับจ้างต่อ หากเดินทางไป-กลับไม่ทัน ต้องพักค้าง 1 คืน เสียค่าที่พักและค่าอาหารเพิ่มอีก 600 บาท รวมระยะเวลาเดินทางมารับการรักษา 2 วัน เสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1,250 บาท ยิ่งช่วงฤดูฝน จะเดินทางยากลำบากยิ่งขึ้น ต้องข้ามลำห้วย ลัดเลาะภูเขา ประชาชนส่วนใหญ่อยากจนหาเข้ากินค่า

อาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป และร่อนทอง ในป่าทำให้เสี่ยงต่อการป่วยเพิ่มขึ้น การติดต่อสื่อสารในพื้นที่ที่มีเพียงสัญญาณโทรศัพท์เป็นบางจุดเท่านั้น มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอีดอง และหน่วยบริการรักษาโรคมะเร็งเพียงแห่งเดียวแต่ต้องให้บริการประชาชนถึง 6,512 คน และถ้ารักษาไม่ต่อเนื่องจะทำให้ดีด้อย รักษาไม่หายขาดเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และเพิ่มการแพร่เชื้อ ทำให้ยากต่อการควบคุมโรค ประชาชนบางส่วนโดยเฉพาะต่างด้าวที่ไม่มีบัตรต้องหลบซ่อน จะเลือกดูแลรักษาตนเองด้วย วิธีพื้นบ้านหรือกินยา รักษาตามอาการ เช่น การใช้สมุนไพร เพื่อลดค่าใช้จ่ายการรุนแรงจะยอมเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าไปรับการรักษาด้วยปัญหาดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ทั้งต่อตัวเองและครอบครัว และภาพรวมประเทศ ทั้งด้านเศรษฐกิจ และสังคม เกิดช่องว่างระหว่างชนชั้น ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันในสังคม

ภาพที่ 1 แผนผังแสดงการปฏิบัติงานเดิม



2. ผู้นำเสนอแนวทางการแก้ปัญหา ผู้ดำเนินการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ ภาพที่ 2 แนวทางการแก้ปัญหา ผู้ดำเนินการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ปัญหา	แนวทางแก้ปัญหา	ผู้ดำเนินการ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ประชาชนเข้าถึง บริการตรวจ รักษาป้องกัน ควบคุมโรค มาลาเรีย ยากลำบาก	- พัฒนาศักยภาพ ของอาสาสมัครใน พื้นที่ให้สามารถ ค้นหาผู้ป่วย และ ตรวจหาเชื้อโรค มาลาเรีย - จัดตั้งมาลาเรีย คลินิกให้บริการ ตรวจหาเชื้อมาลาเรีย ในพื้นที่	- ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ที่ 5.1 วางรูปแบบและแนวทาง การดำเนินงาน สนับสนุนวิทยากร ติดตามคุณภาพตรวจสอบฟิล์มโลหิต ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน - หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ที่ 5.1.7 จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครในการตรวจหาเชื้อมาลาเรีย จัดตั้งมาลาเรียคลินิกในพื้นที่ ติดตาม การดำเนินงานและประสานงาน หน่วยงานเครือข่าย - องค์การบริหารส่วนตำบลปิล็อก สนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ อบรม และใช้ดำเนินงานในพื้นที่ค่าจ้าง รายเดือนอาสาสมัครตรวจหาเชื้อ มาลาเรียในพื้นที่	- ประชาชนในตำบลปิล็อก - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีต้อง - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ - โรงพยาบาลทองผาภูมิ - องค์การบริหารส่วนตำบลปิล็อก - อาสาสมัครสาธารณสุข - โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาขั้นพื้นฐาน - โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน - หน่วยงาน American Refugee Committee
ประชาชนป่วย เป็นโรคมาลาเรีย สูง	- ค้นหาผู้ป่วย มาลาเรียเชิงรุก และ การให้สุขศึกษาโดย อาสาสมัคร	- หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ที่ 5.1.7 วิเคราะห์สถานการณ์โรค ผลกระทบ แนวทางแก้ปัญหา ติดตามผลการ ดำเนินงาน - อาสาสมัครในโครงการ ค้นหาผู้ป่วย ตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และ ให้สุขศึกษา	- ประชาชนในตำบลปิล็อก - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีต้อง
ขาดการทำงาน ร่วมกันระหว่าง หน่วยงาน เครือข่าย	- ประสานการทำงาน ร่วมกันระหว่าง หน่วยงาน เครือข่าย	- หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง ที่ 5.1.7 ประสานหน่วยงานเครือข่ายในการ ดำเนินงานร่วมกัน - หน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล โรงเรียน หน่วยงาน American Refugee Committee ร่วมประชุมเพื่อประสานแผนงานและ ดำเนินการแก้ปัญหาในพื้นที่ตาม บทบาทที่ได้รับมอบหมาย	- ประชาชนในตำบลปิล็อก - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีต้อง - องค์การบริหารส่วนตำบลปิล็อก - อาสาสมัครสาธารณสุข - โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาขั้นพื้นฐาน - โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน - หน่วยงาน American Refugee Committee

3. ผลงานที่เป็นความคิดริเริ่มในการพัฒนาคุณภาพการบริการ

จากแนวคิดของการป้องกันควบคุมโรคที่ ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ลดความเหลื่อมล้ำการได้รับบริการด้านสุขภาพ และที่สำคัญเพื่อลดปัญหาโรคมาลาเรียในพื้นที่ ตำบลปิ๊ลอก ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1 จังหวัดกาญจนบุรี จึงมีการพัฒนาการบริการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่สูงตามแนวชายแดน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยแบ่งเป็นด้านดังนี้

ด้านการเข้าถึงบริการตรวจรักษาโรคมาลาเรียและการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรค

การให้บริการค้นหาผู้ป่วย เจาะเลือด ตรวจรักษาเป็นหน้าที่ของหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1.7 มีการเข้าปฏิบัติงานเดือนละ 1 ครั้ง แต่ไม่เพียงพอสำหรับประชาชนในพื้นที่ ทำให้ มีการป่วยอย่างต่อเนื่อง ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1 จึงประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลปิ๊ลอก ในฐานะที่มีบทบาทหน้าที่ โดยตรงในการป้องกันควบคุมโรคและระงับโรคติดต่อ ตามพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ พ.ศ.2542 จัดให้มีอบรมพัฒนาศักยภาพของประชาชนในชุมชน ให้สามารถเจาะตรวจหาเชื้อมาลาเรียด้วยกล้องจุลทรรศน์ โดยองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณทั้งหมด หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1.7 เป็นผู้เขียนโครงการ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1 เป็นผู้จัดทำหลักสูตร และสนับสนุนวิทยากร โดยหลักสูตรที่ใช้ประยุกต์จากหลักสูตรการอบรม เจ้าหน้าที่ตรวจบำบัดของสำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้คัดเลือกคนในชุมชนเข้ารับการ

อบรมหมู่บ้านละ 1 คน และมีการอบรมฟื้นฟู ปีละ 1 ครั้ง ในปี 2555 มีการดำเนินงาน 1 หมู่บ้าน ปี 2556 ขยายเป็น 3 หมู่บ้าน พร้อมกับมีการจัดตั้ง มาลาเรียคลินิกในพื้นที่ขึ้น 3 แห่ง ทั้งนี้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และเงินค่าจ้างรายเดือนของอาสาสมัครทั้ง 3 คน โดยโอนเงินให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 5 จังหวัดราชบุรี เพื่อเบิกจ่ายให้กับอาสาสมัคร เป็นรายเดือนโอนเข้าบัญชีโดยของอาสาสมัคร การดำเนินงานของอาสาสมัครใช้คู่มือ แนวทางของ สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง มีตัวชี้วัดและเป้าหมาย เป็นตัวกำหนด มีการจัดทำผลการดำเนินงานส่งให้กับ หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1.7 ทุกเดือน การดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยมาลาเรีย โดยอาสาสมัคร ในโครงการสามารถค้นพบผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันทีที่สามารถ สอบสวนควบคุมโรคได้ทันเวลา เป็นการตัดวงจร ของโรคทั้งในคนและในยุงพาหะนำโรค ไม่ให้เกิด การระบาดแพร่กระจายไปยังพื้นที่อื่น

จากการพัฒนาคนในชุมชนให้สามารถ เข้ามาดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเอง โดยเริ่ม ตั้งแต่ได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร สถานการณ์โรค ผลกระทบที่เกิดขึ้น ร่วมแสดงความคิดเห็น ความต้องการ เข้ามาร่วมมือในการดำเนินการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดการยอมรับและเชื่อมั่นในแนวทาง แก้ปัญหา เห็นได้จากที่ประชาชนสามารถเข้าถึง บริการตรวจรักษา มาลาเรียได้รวดเร็ว ผู้ป่วย หายจากโรคมาลาเรียไม่เสียเวลาและค่าใช้จ่าย ในการเดินทางไปรักษาและเป็นการทลายกรอบ ความเชื่อเดิมที่ว่า การบริการด้านสุขภาพต้องเป็น หน้าที่ของราชการเท่านั้นแต่ความจริงแล้วหมอที่ดี ที่สุดคือตัวประชาชนเอง

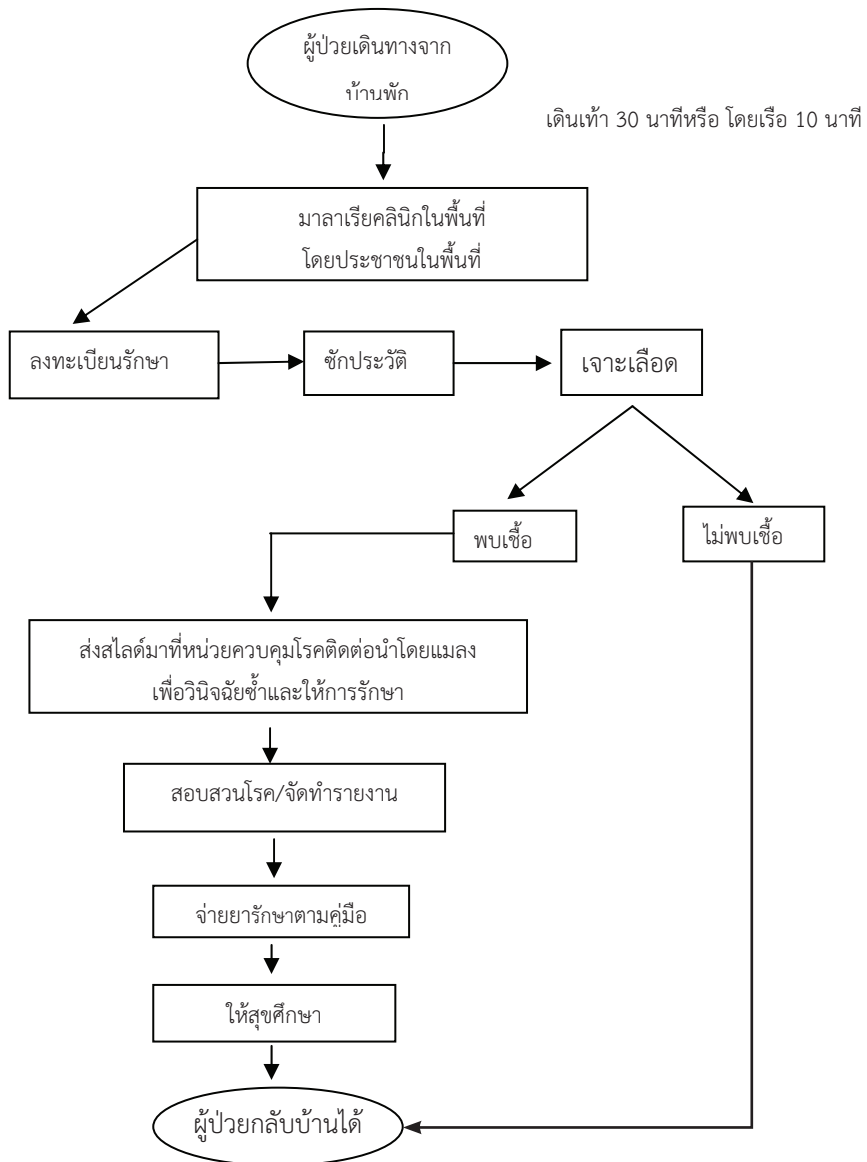
ด้านการพัฒนาวิธีทำงานร่วมกับเครือข่าย

ภายใต้เป้าหมายสูงสุดคือประโยชน์สุขของประชาชน หน่วยงานหลักศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงได้เข้ามาเป็นแกนกลางในการเชื่อมต่อหน่วยงานเครือข่ายที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตำบลปิล็อก เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลโรงพยาบาลชุมชน ตำรวจตระเวนชายแดน หน่วยงานภาคประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และหน่วยงานภาคเอกชน หน่วยงานเหล่านี้ มีภารกิจสนับสนุนและเอื้อต่อการทำงานร่วมกัน เนื่องจากทุกหน่วยงานได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1.7 จึงได้มีการประสานการดำเนินงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดที่ประชาชน โดยองค์การบริหารส่วนตำบลปิล็อก สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณในการดำเนินงาน รวมถึงอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ตำรวจตระเวนชายแดน ให้การสนับสนุนร่วมดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียน หน่วยงานภาคเอกชน

ร่วมดำเนินการให้ความรู้ ในเรื่องโรคมะลาเรีย และสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชน มีพฤติกรรมการป้องกันตนเอง อาสาสมัครในโครงการ เป็นผู้ค้นหาผู้ป่วย ตรวจหาเชื้อ หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ผู้นำชุมชนจะเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วย และช่วยประสานการดำเนินงานในพื้นที่ แจ้งข่าว กระจายข่าวสาร ให้คนในชุมชนทราบ

ในพื้นที่ตำบลปิล็อก มีกลุ่มชนหลายเชื้อชาติ การปฏิบัติงานในพื้นที่ ต้องอาศัยล่ามในการสื่อสาร ซึ่งได้แก่ ครูชาวเขา ครูโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็ก ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือแม้แต่ประชาชนในพื้นที่ โดยการดำเนินงาน ทุกครั้งจะมีการประสานแผนในพื้นที่เมื่อจุดปฏิบัติงาน ใกล้พื้นที่ของโรงเรียน ครูจะช่วยเป็นล่าม หรือปฏิบัติงานในชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน จะช่วยเป็นล่ามทำให้การดำเนินงาน มีความคล่องตัว สำเร็จตามแผน

ภาพที่ 3 แผนผังแสดงการปฏิบัติงานใหม่



4. กลยุทธ์ที่นำมาใช้ให้โครงการประสบความสำเร็จ

วัตถุประสงค์ของการพัฒนาการเข้าถึงบริการ ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ยากลำบาก โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อให้ประชาชน เข้าถึงบริการตรวจรักษาโรคมาลาเรียและลดระยะเวลาการได้รับการรักษาเพื่อให้เครือข่ายมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยให้กับประชาชน ในพื้นที่ และเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคมีการกำหนดกลยุทธ์ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ทางระบาดวิทยาโรค มาลาเรียในพื้นที่ ได้แก่ อัตราป่วย อัตราตาย กลุ่มอายุ เพศ อาชีพ บริบท วิถีชีวิต พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง
2. วิเคราะห์ปัจจัยและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัหน่วยงานทั้งภายนอกและภายใน เพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสและอุปสรรค รวมถึงการวิเคราะห์เป้าหมายที่จะดำเนินการ เพื่อนำมา กำหนดกลยุทธ์

ภาพที่ 4 การวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค เพื่อวิเคราะห์กลยุทธ์ที่ใช้ดำเนินงาน

<p style="text-align: center;">จุดแข็ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านโรคมมาเลีย - วัสดุ อุปกรณ์ เทคโนโลยี มีความพร้อมต่อการดำเนินงาน - บุคลากรเข้าใจ และสื่อสารภาษาถิ่นได้ - มีรูปแบบการดำเนินงานโรคมมาเลียที่มีมาตรฐาน 	<p style="text-align: center;">จุดอ่อน</p> <ul style="list-style-type: none"> - งบประมาณที่ใช้ดำเนินงานไม่เพียงพอ - บุคลากรเข้าใจภาษาถิ่นไม่ครอบคลุมทุกภาษา
<p style="text-align: center;">โอกาส</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคมมาเลียเป็นปัญหาการระบาดในพื้นที่ - มีภาคีเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ - องค์การบริหารส่วนตำบลให้ความสำคัญกับปัญหาโรคมมาเลียในพื้นที่ - ความต้องการบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคมมาเลียของประชาชนและหน่วยงานในพื้นที่ 	<p style="text-align: center;">อุปสรรค</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่ป่าเขาสูงทุรกันดาร และบางส่วนเป็นเกาะการเดินทางยากลำบาก - มีกลุ่มชาติพันธุ์หลากหลาย - ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร - สถานบริการด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่

การวิเคราะห์เป้าหมายการดำเนินงานในพื้นที่ โดยให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรค ได้ดังนี้

- ลดอัตราป่วยต่อประชากรพันคนด้วยโรคมมาเลียลงร้อยละ 0.3 ต่อปี
- อัตราตายด้วยโรคมมาเลียไม่เกิน 0.05 ต่อประชากรแสนคน
- การตรวจพบเชื้อมาเลียลดลง ร้อยละ 0.5 ต่อปี
- ความถูกต้องของการตรวจสไลด์ของอาสาสมัครในโครงการร้อยละ 99

กลยุทธ์ที่สำคัญในการดำเนินงานคือ

พัฒนาการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว เดิมการดำเนินงานตรวจรักษาโรคมมาลาเรีย เป็นแบบเชิงรับและเชิงรุก โดยการทำงานเชิงรุกสามารถออกปฏิบัติงานได้เดือนละ 1 ครั้ง ไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน เนื่องจากข้อจำกัดด้านปริมาณเจ้าหน้าที่มีน้อย งบประมาณการเดินทางยากลำบาก จึงมีการพัฒนาการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วโดยการจัดตั้งมาลาเรียคลินิกขึ้นในพื้นที่ ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงาน โดยพัฒนาศักยภาพของประชาชนในพื้นที่ให้สามารถ เจาะตรวจหาเชื้อมาลาเรียได้ทั้งนี้การดำเนินงาน ทั้งหมดอยู่ภายใต้การควบคุม กำกับ ดูแล ติดตาม ของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง มีการสร้างระบบ การดำเนินงาน และการรายงานให้เข้าสู่ระบบ รายงานปกติของทางราชการมีฐานข้อมูลโรคมมาลาเรีย ในพื้นที่สำหรับการอ้างอิงและวางแผนการดำเนินงานต่อไป มีการควบคุมคุณภาพการตรวจฟิล์มโลหิต ดังนั้นการพัฒนากลยุทธ์การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดเวลา ในการเดินทางมารับ การรักษา เพิ่มคุณภาพชีวิต และเกิดความยั่งยืน

1. พัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่าย ในพื้นที่ให้มีการดำเนินงานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยมีการวางแผนร่วมกัน ใช้ทรัพยากรร่วมกัน มีเป้าหมายเดียวกัน และได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน ดังนั้นการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่าย จะเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยสนับสนุนให้สามารถเข้าถึง บริการป้องกันควบคุมโรคมมาลาเรียในพื้นที่สูง ตามแนวชายแดน และยากลำบาก

2. ส่งเสริมการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ของภาคประชาชน เป็นการพัฒนาระดับ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรค มาลาเรียในพื้นที่เพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยเริ่มจาก การให้ข้อมูลแก่ประชาชนเกี่ยวกับปัญหาทางเลือก

ทางแก้ไข และรับฟังความคิดเห็น แนวทางแก้ไขของ ประชาชน มีการดำเนินงานร่วมกันแบบเป็นหุ้นส่วน ทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ ตั้งแต่ระบุปัญหา พัฒนา ทางเลือกและแนวทางแก้ไข กลยุทธ์นี้จะทำให้เกิด ความรับผิดชอบต่อชุมชน เกิดความเป็นเจ้าของ และ เกิดความยั่งยืนต่อไป

5. ทรัพยากรที่ใช้ดำเนินการ

ด้านการเงิน

ได้รับการสนับสนุนเงินงบประมาณจาก กรมควบคุมโรค จัดสรรผ่านสำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ระหว่าง ปี 2554-2556 เป็น งบประมาณสำหรับดำเนินงานในพื้นที่ เวชภัณฑ์ยา และไม้ไผ่ยา (สารเคมี) วัสดุอุปกรณ์ ในการค้นหา ผู้ป่วยและป้องกันควบคุมโรคโดยปี 2554 ได้รับ งบประมาณตามโครงการจำนวน 32,600 บาท ปี 2555 จำนวน 31,100 บาท และปี 2556 จำนวน 31,100 บาท และงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลปิล็อก เป็นครุภัณฑ์การแพทย์ (กล้องจุลทรรศน์) สำหรับ ดูเชื้อมาลาเรียจำนวน 3 ตัวค่าจัดอบรม และอบรม พื้นฟูการตรวจหาเชื้อมาลาเรีย ปี 2554 จำนวน 34,150 บาท ปี 2555 จำนวน 34,150 บาท และ ปี 2556 จำนวน 36,050 บาทและค่าจ้างอาสาสมัคร ในโครงการตรวจวินิจฉัยเชื้อมาลาเรีย เป็นรายเดือน จำนวน 3 คนจนถึงปัจจุบัน โดยปี 2554 จำนวน 144,000 บาท ปี 2555 จำนวน 144,000 บาท ปี 2556 จำนวน 144,000 บาทปี 2557 จำนวน 170,400 บาท ปี 2558 จำนวน 170,400 บาท

ด้านทรัพยากรบุคคล

อาศัยความร่วมมือการทำงานเป็นเครือข่าย ในการกิจตามบทบาทหน้าที่โดยจะมีการจัดสรร บุคลากรมาร่วมปฏิบัติงานตามความเหมาะสม ในแต่ละครั้ง ได้แก่

1. การให้บริการเชิงรุกตรวจรักษามาลาเรียในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน ทางโรงเรียนจะจัดบุคลากรเข้าร่วมอำนวยความสะดวกในการให้บริการจำนวน 1 คนบุคลากรจากหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1.7 จำนวน 2-3 คน

2. สอบสวน ป้องกัน ควบคุมโรคในพื้นที่ได้รับความร่วมมือจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในการเป็นล่าม และอำนวยความสะดวกในพื้นที่จำนวน 3 คน จากหน่วยงาน American Refugee Committee ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรียจำนวน 2-3 คน บุคลากรจากหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1.7 จำนวน 3-4 คน

3. การค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียและให้ความรู้ในการป้องกันตนเอง ในพื้นที่ หมู่ 2, 3, 4 ตำบลปิล็อก โดยอาสาสมัครในโครงการ จำนวน 3 คน

4. การดำเนินงานตามโครงการด้านพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในโครงการ การนิเทศ ติดตาม เป็นบุคลากรของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1 จำนวน 3 คน และหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1.7 จำนวน 1-2 คน

ทรัพยากรอื่นๆ

สื่อโปสเตอร์ แผ่นพับ ทั้งภาษาไทยและภาษาต่างชาติ วัสดุ อุปกรณ์การจัดรณรงค์ ยาทากันยุงจากหน่วยงาน American Refugee Committee และได้รับการสนับสนุนบางส่วนจากโครงการกองทุนด้านมาลาเรีย เรือที่ใช้ดำเนินงาน ควบคุมกำกับติดตามในพื้นที่ได้รับสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล สถานที่จัดตั้งมาลาเรียคลินิกเป็นการใช้พื้นที่ในบ้านของอาสาสมัครในโครงการ

6. ขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาโครงการและนำสู่การปฏิบัติ

6.1 ลำดับขั้นตอนในการพัฒนา

หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1.7 ในฐานะหน่วยงานระดับพื้นที่ รับทราบปัญหาโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลปิล็อก จากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และกระแสความต้องการของประชาชนและหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประสบปัญหาการป่วยเป็นโรคมาลาเรีย จึงได้มีการเริ่มดำเนินงานโครงการในปีงบประมาณ 2554 ตามขั้นตอนได้แก่

1) รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์โรคมาลาเรียได้แก่ อัตราป่วย อัตราตาย แนวโน้มการระบาดของโรค ผลกระทบที่เกิดขึ้น

2) วิเคราะห์ความคาดหวัง ความต้องการรับบริการของประชาชนและหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ความเป็นไปได้ และแนวทางในการแก้ปัญหา

3) จัดทำร่างโครงการเสนอต่อผู้บริหารของหน่วยงานเพื่อขอข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ปรับปรุงแก้ไข และนำเสนอผู้บริหารอีกครั้ง หลังจากผู้บริหารเห็นชอบ จึงนำโครงการและข้อมูลเสนอต่อหน่วยงานเครือข่าย ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลปิล็อก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่ เป้าหมายรับทราบ ขอความคิดเห็นร่วมให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาปรับแก้โครงการให้สมบูรณ์ นำโครงการประสานงานผู้บริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลปิล็อกเพื่อเห็นชอบและให้ความร่วมมือดำเนินการ จากนั้นนำโครงการลงสู่การปฏิบัติจริงลงในพื้นที่

6.2 ลำดับขั้นตอนในการปฏิบัติ

1. พัฒนาการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว

เริ่มจากการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครในโครงการให้สามารถเจาะเลือดตรวจหาเชื้อมาลาเรียได้ โดยศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1 และหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1.7 เชิญบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และปฏิบัติงานด้านโรคมมาลาเรียของหน่วยงาน ร่วมประชุมจัดทำร่างหลักสูตร ในช่วงต้นปีงบประมาณ 2554 หลักสูตรดังกล่าวประยุกต์จากหลักสูตรการอบรมที่ นพ.เจ้าหน้าที่ตรวจบำบัดเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการวินิจฉัย รักษา และติดตามผลการรักษาโรคมมาลาเรีย และคู่มือปฏิบัติงานโรคติดต่อ นำโดยแมลงสำหรับอาสาสมัครของสำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค นำหลักสูตรดังกล่าว ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นำมาปรับแก้ไข และใช้ในการอบรมโดยผู้นำชุมชน เป็นผู้คัดเลือกประชาชนจากพื้นที่ หมู่ 2, 3, 4 ตำบล ปลีอกเข้ารับการอบรมมีการจัดตั้งมาลาเรียคลินิก 3 แห่ง ในพื้นที่ โดยใช้พื้นที่บ้านของอาสาสมัคร ในโครงการเป็นที่ทำการมาลาเรียคลินิกเพื่อสะดวกต่อการให้บริการ และเข้าถึงบริการของประชาชน วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานได้รับสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลปลีอก และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1 อาสาสมัครในโครงการ จะปฏิบัติงานเจาะตรวจหาเชื้อมาลาเรียทุกวัน และส่งฟิล์มโลหิตมาที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1.7 เพื่อตรวจวินิจฉัยซ้ำ เมื่อพบเชื้อจะจ่ายยา รักษา และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่ทันทีเพื่อไม่ให้เกิดการระบาดของโรคขึ้น และประสานอาสาสมัครในโครงการในการจ่ายยารักษาและติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยในพื้นที่ และจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานทุกเดือนการดำเนินงานกิจกรรมตามแผน

มีการติดตามประเมินผลระหว่างการทำงาน เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขการทำงาน มีการควบคุมกำกับให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด เช่น ข้อเสนอแนะ ข้อปรับปรุง ของประชาชน ที่ถูกนำมาแก้ไขปรับปรุงการทำงาน หรือจำนวนกิจกรรมที่ดำเนินการได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครตามตัวชี้วัด ร้อยละความถูกต้องของการตรวจสไลด์ เป็นต้น โดยมีการติดตามผลความถูกต้องการตรวจสไลด์ ของอาสาสมัครทุกวัน นำสไลด์เข้าตรวจสอบในระบบคุณภาพมาตรฐานทุก 10 วัน มีการรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงานทุกเดือน และนำเสนอในที่ประชุมเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงาน

2. พัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่าย

ในพื้นที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1.7 ได้นำเสนอปัญหาโรคมมาลาเรีย และโครงการที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นในพื้นที่ตำบลปลีอก เพื่อให้หน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่รับทราบ และเห็นความสำคัญในการร่วมมือกันแก้ปัญหาในพื้นที่ จากนั้นมีการประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ แนวทางแก้ปัญหา บทบาทหน้าที่การดำเนินงานของหน่วยงานเครือข่าย ที่ต้องผสมผสานกัน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ และได้รับผลประโยชน์ร่วมกับหน่วยงาน ลงดำเนินงานในพื้นที่ตามบทบาทที่กำหนด มีการประสานการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อใช้ทรัพยากรร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นวัสดุ อุปกรณ์ บุคลากร มีการประชุมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำเสนอความก้าวหน้าการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นการดำเนินงานนำไปปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

3. ส่งเสริมการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

โครงการนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่งตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ มีขั้นตอนดำเนินงานตั้งแต่

1) นำเสนอข้อมูล สถานการณ์โรค ผลกระทบที่เกิดขึ้นในพื้นที่รวมถึงร่างโครงการที่จัดทำขึ้น ให้ประชาชนรับทราบ ขอข้อคิดเห็น และร่วมแสดงความคิดเห็น ความต้องการ แนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันปรับร่างโครงการให้สมบูรณ์ จากนั้นนำไปปฏิบัติในพื้นที่

2) วางแผนการดำเนินงาน มอบหมายบทบาทหน้าที่ให้ประชาชนร่วมดำเนินการ ได้แก่ การแจ้งข่าวเมื่อเกิดความผิดปกติการเกิดโรคขึ้นในพื้นที่ การให้ประชาชนเป็นล่ามสื่อภาษาให้กับเจ้าหน้าที่เมื่อมีการปฏิบัติงานในพื้นที่ ผู้นำชุมชนช่วยประชาสัมพันธ์ แจ้งข่าวสารเกี่ยวกับโรคมาลาเรีย และอำนวยความสะดวกให้มีการดำเนินงานร่วมกันในพื้นที่

3) เปิดช่องทางให้ประชาชนเข้ามาร่วมแสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการดำเนินงาน จากนั้นหน่วยควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.1.7 นำข้อคิดเห็นต่างๆ มาพิจารณาหาแนวทางแก้ไข และนำเสนอ เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันในที่ประชุมหมู่บ้าน และนำมาปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

6.3 ระบบการติดตามและประเมินผลการพัฒนาบริหาร

การติดตามผลการดำเนินงาน โดยมีการจัดทำรายงานของอาสาสมัครตรวจหาเชื้อมาลาเรียตามตัวชี้วัดที่กำหนดเป็นรายเดือน มีการติดตามความถูกต้องของการตรวจสไลด์ของอาสาสมัคร โดยการตรวจซ้ำของเจ้าหน้าที่หน่วยควบคุมโรคติดต่อ

นำโดยแมลงทุกวันและส่งสไลด์เข้าสู่ระบบการควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานสากล ISO 15189:2012 ทุก 10 วัน และแจ้งผลร้อยละความถูกต้องของการตรวจสไลด์ให้อาสาสมัครในโครงการทราบ รวมถึงมีการเปิดรับข้อร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ ใบร้องเรียน ใบรับข้อเสนอแนะ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงดำเนินงานสำหรับการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานวิเคราะห์จากร้อยละความถูกต้องของตรวจหาเชื้อมาลาเรียและอัตราป่วยอัตราตาย

7. ปัญหา อุปสรรค รวมถึงวิธีการบริหารจัดการ

การพัฒนาบริการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่สูงตามแนวชายแดนอำเภอทองผาภูมิจังหวัดกาญจนบุรีเป็นการพัฒนาบริการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ลดความเหลื่อมล้ำ การได้รับบริการด้านสุขภาพ และที่สำคัญเพื่อลดปัญหาโรคมาลาเรียในพื้นที่ตำบลปลีอ็อกจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ 2 ประเด็นคือ

1) อาสาสมัครในโครงการมีความเข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติงานไม่ชัดเจน แนวทางแก้ไขโดยจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานการตรวจหาเชื้อมาลาเรียของอาสาสมัคร

2) อาสาสมัครในโครงการลาออก แนวทางแก้ไขคือ คัดเลือกอาสาสมัครใหม่ และจัดอบรมการตรวจวินิจฉัยเชื้อมาลาเรียจัดให้มีการสอนงานแบบระบบพี่สอนน้อง และสร้างขวัญกำลังใจ โดยรับสมัครอาสาสมัครในโครงการเข้าเป็นเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลปลีอ็อกเมื่อมีการเปิดกรอบอัตราจ้าง

8. ประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินโครงการ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินงานโครงการ เป็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่ และลดปัญหาของโรคมะลาเรีย ดังนี้

1. อัตราป่วยด้วยโรคมะลาเรียลดลงตั้งแต่ปี 2554 จนถึงปี 2557 โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 88.34, 72.37, 48.07 และ 18.99 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ และไม่มีรายงานผู้ป่วยตายด้วยโรคมะลาเรียในพื้นที่ ร้อยละของการตรวจพบเชื้อมาลาเรียลดลงตั้งแต่ปี 2554 จนถึงปี 2557 เช่นกันคือ ปี 2554 การตรวจพบเชื้อมาลาเรียร้อยละ 3.29 ปี 2555 ร้อยละ 3.10 ปี 2556 ร้อยละ 2.28 และ ปี 2557 ร้อยละ 0.75 ในการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยมาลาเรียในชุมชนของอาสาสมัครในโครงการ มีความถูกต้องของการตรวจสไลด์เป็นไปตามมาตรฐานคือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 โดยในปี 2554 และ 2555 มีความถูกต้องร้อยละ 100 และปี 2556 ความถูกต้องร้อยละ 99.56

2. ประชาชนในพื้นที่ หมู่ 2, 3, 4 ตำบลปิล็อก อำเภอทองผาภูมิ ได้รับบริการป้องกันควบคุมโรคมะลาเรียสามารถเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานจำนวน 1,893 รายและสามารถรับบริการที่มาลาเรียคลินิกในพื้นที่ตำบลปิล็อก แทนการมารับบริการที่หน่วยควบคุมโรคติดต่ออำเภอแมลงที่ 4.1.7 อำเภอทองผาภูมิ ทำให้ลดระยะเวลาเดินทางจากเดิมใช้เวลา 2 วัน เหลือ 2 ชั่วโมง และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการ จากครั้งละ 1,250 บาท เป็นค่าเรือรับจ้าง รถรับจ้าง ค่าที่พัก และค่าอาหาร เป็นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายซึ่งค่าใช้จ่ายลดจ้อยละ 100 และประชาชนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนโดยมีส่วนร่วมในการซุ่มแจ่มแจ้งให้กับคนในชุมชน จำนวน 513 คน และช่วยสังเกตการเคลื่อนย้ายเข้าออกของคนในพื้นที่และแจ้งความผิดปกติของการเกิดโรคในพื้นที่ให้

เจ้าหน้าที่ทราบ เป็น लाभให้กับเจ้าหน้าที่เมื่อมีการปฏิบัติงานในพื้นที่

3. การปฏิบัติงานให้บริการป้องกันควบคุมโรคมะลาเรียในพื้นที่หมู่ 2, 3, 4 ตำบลปิล็อกของเจ้าหน้าที่ ต้องลงปฏิบัติงานจำนวน 4 คน ใช้เวลา 2 วัน เสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าเรือรับจ้าง ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่ารถรับจ้างในพื้นที่ และค่าอาหาร จำนวน 3,700 บาท เมื่อมีการดำเนินงานพัฒนาบริการป้องกันควบคุมโรคมะลาเรียในพื้นที่สามารถลดจำนวนเจ้าหน้าที่ลงเหลือ 2 คน ใช้เวลาปฏิบัติงาน 1 วัน ยืมเรือจากองค์การบริหารส่วนตำบลปิล็อกลดค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงานเหลือ 1,300 บาท คิดเป็นค่าใช้จ่ายลดจ้อยละ 64.86 ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่อื่นที่มีปัญหาโรคมะลาเรียได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

9. การสร้างความยั่งยืน และการขยายผลไปยังหน่วยงานอื่น

การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน ตั้งแต่ให้ข้อมูลข่าวสารและเสริมสร้างความเข้าใจ รับฟังความคิดเห็น ร่วมคิดร่วมจัดทำแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมรับรู้ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น จนถึงให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหาในพื้นที่ของตนเอง และมีช่องทางรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะนำไปปรับปรุง ประชาชนมีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของกิจการ เกิดความรักความหวงแหนในงานของตน ประกอบกับผลของการเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพทำให้ประชาชนมีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของตนเองของคนในชุมชน มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองมากขึ้น เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลง ผลดีเกิดขึ้นกับตัวประชาชนในชุมชน ย่อมส่งผลให้เกิดความ

ยั่งยืน รวมถึงการได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจากองค์การบริหารส่วนตำบล ไม่ว่าจะ เป็นวัสดุ อุปกรณ์ หรืองบประมาณ และการรักษาบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้คงอยู่ โดยการสร้างแรงจูงใจ จากนโยบายที่จะนำอาสาสมัครในโครงการเข้าเป็นเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล รวมถึงการจัดทำ MOU ระหว่างหน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของโครงการ

การดำเนินงานการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ยากลำบาก สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบบริการป้องกันควบคุมโรคเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่มีลักษณะภูมิประเทศใกล้เคียงกับตำบลปิล็อก อำเภอทองผาภูมิ หรือในพื้นที่ที่มีเครือข่ายในการร่วมดำเนินงานแก้ไขปัญหาโดยมีเป้าหมายเดียวกันคือเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน และการได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน รวมถึงการขยายผลดำเนินการไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำรูปแบบพัฒนาสู่การเป็นนโยบายท้องถิ่น และเป็นที่ศึกษาดูงานของหน่วยงานต่าง ๆ

10. บทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินงาน

- การแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนให้ประสบผลสำเร็จ หรือให้เกิดความร่วมมือต้องเข้าใจบริบท วิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน บนพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ ความจริงใจ ไว้วางใจ เชื่อใจและศรัทธา เพื่อให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน และสามารถทำงานร่วมกันจนประสบความสำเร็จ

- การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จะสามารถแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นและเกิดความร่วมมือความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยไม่ต้องรอพึ่งหน่วยงานราชการเพียงฝ่ายเดียว

- การทำงานที่อาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีเป้าหมายเดียวกันได้รับผลประโยชน์ร่วมกันนั้น ทำให้งานประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย มีคุณภาพ ลดระยะเวลาทำงาน ลดกำลังคน และสามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างคุ้มค่า

หลักการเขียนบทความทางวิชาการ

คำสำคัญ บทความทางวิชาการ เทคนิคการเขียน การเขียนบทความ

บทบาทของนักวิชาการและนักวิจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือการเขียน และการถ่ายทอดบทความทางวิชาการที่เป็นความรู้ หรือผลงานวิจัยที่ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นจริง ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน และแนวทางในการแก้ไขปัญหา ที่สะท้อนให้เห็นมุมมองของสังคมในยุคปัจจุบัน มีมิติที่หลากหลายมากขึ้น ได้แก่ **มิติในด้านสุขภาพ**จะเกี่ยวข้องข้องกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค/ภัยสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ **มิติทางด้านสังคม เศรษฐกิจ** เป็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงหรือผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ว่ามีมุมมองอย่างไร **มิติด้านสิ่งแวดล้อม**และปัจจัยที่เกื้อหนุน **มิติทางการเมืองการปกครอง** และอีกหลายๆ มิติที่มีผลกระทบต่อประชาชนส่วนใหญ่ ซึ่งผลการดำเนินงานและการศึกษาวิจัยที่ได้จะมีประโยชน์เกื้อหนุนต่อประชาชนและสังคมโดยรวมในการพัฒนางาน/พัฒนาประเทศ นักวิชาการและนักวิจัยส่วนใหญ่จะนิยมเขียนในรูปแบบบทความทางวิชาการและบทความการวิจัยเพื่อเสนอแนะและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการหรือนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการขยายผลและพัฒนาต่อไป

บทความ (Article) เป็นรูปแบบการเขียนประเภทหนึ่ง ซึ่งผู้เขียนต้องการสื่อสารเนื้อหาข้อเท็จจริง ในการนำเสนอข้อมูลและความคิดเห็น ไม่ใช่เรื่องแต่งหรือคิดขึ้นเองจากจินตนาการ มีลักษณะเป็นข้อเขียน ขนาดสั้น สำหรับ “บทความทางวิชาการ” (academic article) มีผู้ให้ความหมายไว้ใกล้เคียงกัน “บทความทางวิชาการ” หมายถึงงานเขียนวิชาการซึ่งมีการวิเคราะห์ ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยการสำรวจวรรณกรรม

และวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนจนสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ในประเด็นนั้นได้ โดยรูปแบบของบทความวิชาการ ประกอบด้วย การเกริ่นนำที่แสดงเหตุผล หรือที่มาของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์ กระบวนการอธิบายหรือวิเคราะห์และบทสรุป มีการอ้างอิงบรรณานุกรมที่ครบถ้วนและสมบูรณ์ โดยบทความทางวิชาการจะมีลักษณะอยู่หลายประการ คือ

1. ต้องเป็นเรื่องที่ผู้อ่านส่วนมากกำลังสนใจ อยู่ในขณะนั้น อาจเป็นปัญหาที่กำลังอยากรู้ว่าจะดำเนินต่อไปอย่างไร หรือมีผลเช่นไร หรือเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ หรือเข้ายุคเข้าสมัย
2. ต้องมีสาระ มีแก่นสาร อ่านแล้วได้ความรู้ หรือความคิดเพิ่มเติมมิใช่เรื่องเลื่อนลอย เหลวไหลไร้สาระ
3. ต้องมีทัศนะ ข้อคิดเห็น ข้อวินิจฉัยของผู้เขียนแทรกอยู่ด้วย
4. มีวิธีการเขียนที่ชวนให้อ่านทำให้เพลิดเพลินและชวนคิด
5. เนื้อหาสาระและวิธีเขียนเหมาะสมแก่ผู้อ่านระดับที่มีการศึกษา ทั้งนี้ เพราะผู้อ่านที่มีการศึกษาน้อย มักจะไม่อ่าน

บทความวิจัย เป็นบทความที่เป็นผลงานต่อเนื่อง สกัดมาจากงานวิจัย บทความประเภทนี้เป็นบทความที่ประมวลสรุปกระบวนการวิจัยให้มีความกระชับและสั้นสำหรับนำเสนอในวารสาร สื่อสิ่งพิมพ์ หรือที่ประชุมสัมมนา โดยการพิมพ์เผยแพร่ บทความวิจัยต้องผ่านการตรวจสอบเนื้อหาสาระ และรูปแบบการจัดพิมพ์ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของวารสารหรือคณะกรรมการประเมิน (1)

ความหมายของบทความทางวิชาการ

บทความทางวิชาการ คืองานเขียนขนาดสั้นซึ่งมีการกำหนดประเด็นที่ชัดเจน โดยผู้เขียนเรียบเรียงจากผลงานทางวิชาการของตนเอง หรือผู้อื่นในลักษณะที่เป็นการวิเคราะห์ วิจัย หรือเสนอแนวความคิดใหม่ๆ จากพื้นฐานทางวิชาการนั้นๆ เป็นบทความทางวิชาการที่เผยแพร่โดยทั่วไป

1. บทความทางวิชาการที่เสนอเนื้อหาความรู้วิชาการอย่างเข้มข้น และผ่านการอ่านและพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้นๆ มีกลุ่มเป้าหมายเป็นนักวิชาการในวงการวิชาการ/วิชาชีพ

2. บทความทางวิชาการที่เสนอเนื้อหาความรู้วิชาการไม่เข้มข้นนัก เน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนทั่วไป

3. บทความวิจัย (research article) คือบทความที่เขียนขึ้นจากงานวิจัยของตนเอง มีการกำหนดปัญหาและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน มีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สรุปและอภิปรายผลการวิจัย อันนำไปสู่ความก้าวหน้าทางวิชาการ

4. บทความวิจารณ์ (review article) คือบทความที่ศึกษาผลงาน หรือแนวคิดอย่างใดอย่างหนึ่งโดยละเอียด รวมทั้งมีการวิเคราะห์และอภิปรายผลของเรื่องที่ศึกษาให้เห็นแนวโน้มว่าควรเป็นไปในทางใดมีข้อดีข้อเสียอย่างไร

5. บทความเชิงวิจารณ์ เป็นบทความที่เขียนจากการศึกษา ค้นคว้า เฉพาะกรณีเกี่ยวกับสถานการณ์หรือปัญหาของสิ่งที่ศึกษา เพื่อหาสาเหตุของปัญหา และเสนอแนะแนวทางแก้ไข

ส่วนประกอบของบทความทางวิชาการหลัก

บทความทางวิชาการหลัก ประกอบด้วยส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ ส่วนนำ ส่วนเนื้อหา และส่วนอ้างอิง (2)

บทความทางวิชาการโดยทั่วไป ประกอบด้วย

บทความทางวิชาการ	บทความวิจัย
ส่วนประกอบตอนต้น/ส่วนนำ <ul style="list-style-type: none"> - ชื่อเรื่อง - ข้อความเกี่ยวกับผู้เขียน - บทคัดย่อหรือสาระสังเขป หรือข้อความแนะนำผู้เขียน 	ส่วนประกอบตอนต้น/ส่วนนำ <ul style="list-style-type: none"> - ชื่อเรื่อง ชื่อเรื่องงานวิจัย - ชื่อผู้วิจัยและคณะ ตลอดจนรายละเอียดของผู้วิจัย และบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ - ข้อความเกี่ยวกับผู้เขียน - บทคัดย่อหรือสาระสังเขป (โดยเน้นเฉพาะประเด็นข้อค้นพบที่สำคัญของผลการวิจัย)
ส่วนเนื้อหา <ul style="list-style-type: none"> - ความนำ เป็นการเขียนสาระสำคัญ และจุดมุ่งหมายของเรื่องที่จะเขียน ซึ่งจะเป็นการปูพื้นฐานเข้าสู่เนื้อความของบทความ 	ส่วนเนื้อหา <ul style="list-style-type: none"> - ความนำ เป็นการเขียนสาระสำคัญความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

บทความทางวิชาการ	บทความวิจัย
<p>- เนื้อความ จะเป็นเขียนรายละเอียดของประเด็นตามที่ผู้เขียนได้วางโครงเรื่องไว้ ซึ่งแบ่งเป็นประเด็นหลัก ประเด็นรอง และประเด็นย่อย ได้แก่ ความนำ วัตถุประสงค์ วิธีวิเคราะห์ ขอบเขตการวิเคราะห์ เนื้อเรื่อง ได้แก่ ลักษณะหรือสภาพของเรื่องที่วิเคราะห์ การวิเคราะห์ สาเหตุของปัญหา และการวิเคราะห์แนวทางแก้ไข</p> <p>- บทสรุปเป็นการสรุปย่อสาระของรายละเอียดในเนื้อหา วิเคราะห์แนวทางแก้ไข หรือเสนอเป็นข้อสังเกต ข้อเสนอแนะต่อเนื้อหา การสรุปจะเน้นประเด็นสำคัญหรือประเด็นหลักที่ทำให้ผู้อ่านเห็นภาพของส่วนเนื้อหาได้ หรือบทสรุป อาจเป็นหัวข้อที่แตกต่างกันในบทความแต่ละเรื่อง ผู้เขียนจะเขียนทั้งข้อเท็จจริง ข้อมูล ข้อค้นพบต่างๆ และแทรกความคิดเห็นของผู้เขียนตลอดจนทรรศนะในด้านต่าง ๆ</p>	<p>- ความนำ เป็นการเขียนสาระความสำคัญความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย</p> <p>- เนื้อความ เป็นการเขียนองค์ประกอบของการวิจัยตามที่ได้ดำเนินการวิจัย ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) วัตถุประสงค์ 2) สมมุติฐานของงานวิจัย (ถ้ามี) 3) การทบทวนวรรณกรรม 4) ระเบียบวิธีการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดขอบเขตการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย (สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ) ที่ครอบคลุมในการวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
<p>ส่วนประกอบตอนท้ายหรืออ้างอิง</p> <p>- บรรณานุกรม / เอกสารอ้างอิง</p>	<p>ส่วนประกอบตอนท้ายหรืออ้างอิง</p> <p>- บรรณานุกรม/เอกสารอ้างอิงและภาคผนวก (ถ้ามี)</p> <p>- กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)</p>

บทความวิชาการแบ่งย่อยออกเป็นทั้งหมด 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ชื่อบทความ และ ชื่อเจ้าของบทความ

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย บทคัดย่อในบทความ วิชาการที่สรุปประเด็นเนื้อหาเป็นแก่นสำคัญของงาน ที่ต้องการนำเสนอจริงๆ ซึ่งควรมีความกระชับ ความยาวไม่เกิน 10-15 บรรทัด โดยบทคัดย่อ จะประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน คือ เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ และสรุปผลสำคัญที่ได้อ่านแล้วเห็นภาพรวมของงาน ทั้งหมด คำสำคัญ (keyword) เป็นศัพท์เฉพาะทาง ที่เห็นและเข้าใจได้ทันทีว่างานนี้เกี่ยวกับอะไร จำนวน ไม่เกิน 5-8 คำ

ส่วนที่ 3 บทนำ (Introduction) เป็นส่วน ที่ผู้เขียนจงใจให้ผู้อ่านเกิดความสนใจในเรื่องนั้นๆ สามารถใช้วิธีการและเทคนิคตามแต่ผู้เขียนจะเห็น สมควร ส่วนนำเป็นส่วนที่ผู้เขียนสามารถกล่าวถึง วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ หรือให้คำชี้แจง ที่มาของการเขียนบทความนั้นๆ รวมทั้งขอบเขตของ บทความนั้น เพื่อให้ผู้อ่านไม่คาดหวังเกินขอบเขตที่กำหนด อันประกอบด้วย

3.1 หลักการและเหตุผล (Rationale) หรือ ความเป็นมา ภูมิหลัง (Background) หรือความสำคัญของเรื่องที่เขียน (justification)

3.2 วัตถุประสงค์

3.3 ขอบเขตของเรื่อง

3.4 คำจำกัดความ หรือนิยามต่างๆ

ส่วนที่ 4 เนื้อเรื่อง (Body) เป็นส่วนที่ต้องใช้ ทั้งศาสตร์ และศิลป์ประกอบกัน กรณีศาสตร์ (Sciences) คือหลักวิชาการที่ผู้เขียนต้องคำนึง ถึงเสมอ ได้แก่ กรอบแนวคิด (Conceptual frame-

work) ความเชื่อมโยงของเหตุที่นำไปสู่ผล (Causal relationship) การอ้างอิงข้อมูลต่างๆ ส่วนศิลป์ (Art) เป็นการใช้ภาษานำเสนอ หรือการร้อยเรียงเรื่องราว ลำดับความ การบรรยาย วิธีการอ้างอิง สถิติ ข้อมูล ต่างๆ เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความประทับใจมากที่สุด ส่วนเนื้อหาสาระผู้เขียนควรคำนึงถึงประเด็นสำคัญๆ ดังนี้

- 4.1 การจัดลำดับเนื้อหาสาระ
- 4.2 การเรียบเรียงเนื้อหา
- 4.3 การวิเคราะห์ วิพากษ์ วิวิจารณ์
- 4.4 การใช้ภาษา
- 4.5 วิธีการนำเสนอ

ส่วนที่ 5 ส่วนสรุป (Conclusion) บทความ ที่ตีควรมีการสรุปประเด็นสำคัญๆ ของบทความนั้นๆ ซึ่งอาจทำในลักษณะเป็นการย่อ คือ เลือกรวบประเด็น สำคัญๆ ของบทความนั้น มาสรุปรวมไว้อย่างสั้นๆ ท้ายบท หรืออาจใช้วิธีการบอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าว มามีความสำคัญอย่างไร นำไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง และต้องทำอะไรต่อไป หรือใช้วิธีการตั้งคำถาม หรือ ให้ประเด็นทิ้งท้าย กระตุ้นให้ผู้อ่านสืบเสาะแสวงหา ความรู้ หรือคิดค้นต่อไป

ส่วนที่ 6 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) หากต้องการเขียน เพื่อขอบคุณบุคคลหรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเขียนได้ โดยอยู่หลัง เนื้อหาของบทความหรือก่อนเอกสารอ้างอิง

การพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (Reference)

- เอกสารอ้างอิงทุกลำดับ จะต้องมีการอ้างอิง หรือกล่าวถึงในบทความ

- ต้องพิมพ์เรื่องลำดับการอ้างอิงตาม หมายเลขที่กำหนดไว้ในบทความตามหมายเลขที่ กำหนดไว้ในบทความ โดยไม่ต้องแยกภาษาและ ประเภทของการอ้างอิง

- หมายเลขลำดับการอ้างอิง ให้พิมพ์ขีดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายละเอียดของเอกสารอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์ต่อบรรทัดถัดไปโดยไม่ย่อหน้า หรือโดยเว้นระยะ 7 ช่วงตัวอักษร หรือเริ่มพิมพ์ช่วงตัวอักษรที่ 8 การจัดพิมพ์เอกสารอ้างอิงทำยบบทความจะแตกต่างกันตามชนิดของรูปแบบบทความที่นำมาอ้างอิงให้จัดพิมพ์ตามคำแนะนำดังนี้

- ถ้าเป็นรูปแบบการอ้างอิงทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีให้เป็นระบบ Vancouver

- ถ้าเป็นรูปแบบการอ้างอิงทางสังคมศาสตร์ให้เป็นระบบ American Psychological Association ประวัติผู้เขียนและผู้ร่วมเขียน ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล ประวัติทางการศึกษา การทำงาน ผลงานทางวิชาการ ที่ยอมรับ ตำแหน่งหน้าที่ การทำงานปัจจุบัน

แหล่งเผยแพร่บทความทางวิชาการ

แหล่งเผยแพร่บทความทางวิชาการ มีทั้งที่เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อบุคคล และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ประเภทสื่อสิ่งพิมพ์ อาทิ วารสารทางวิชาการ วารสารกึ่งวิชาการ หนังสือรวมเรื่อง และเอกสารประกอบการประชุม สัมมนาทางวิชาการ สื่อบุคคล อาทิ การนำเสนอผลงานในการประชุม สัมมนาทางวิชาการ การบรรยาย/อภิปราย และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ อาทิ เว็บไซต์ ฐานข้อมูล ในการเตรียมบทความทางวิชาการ

ต้องทราบแหล่งเผยแพร่และวิธีจัดเตรียมต้นฉบับที่แหล่งเผยแพร่นั้น ๆ กำหนด เช่น ต้องทราบว่าแหล่งเผยแพร่เป็นวารสารวิชาการ หรือวารสารกึ่งวิชาการ วัตถุประสงค์ในการเผยแพร่เป็นอย่างไร กลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มใด ความยาวของบทความกำหนดไว้กี่หน้า อักษรที่ใช้ในการพิมพ์เป็นแบบไหน ใช้การอ้างอิงรูปแบบใดเพื่อสามารถจัดเตรียมบทความทางวิชาการได้อย่างเหมาะสมในการเลือกแหล่งเผยแพร่ที่เป็นวารสารวิชาการ เพื่อการเผยแพร่บทความทางวิชาการ มีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. เป็นวารสารที่จัดพิมพ์ ต่อเนื่องทุกปี ตรงตามเวลาที่กำหนด
2. เป็นวารสารที่ออกต่อเนื่องมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 ปี
3. กองบรรณาธิการประกอบด้วย ผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ในวิชาชีพ เพียงพอ
4. มีผู้ทรงคุณวุฒิอ่านพิจารณาบทความ อย่างน้อย 2 ท่าน
5. ถูกนำไปทำดัชนีวารสารไทย
6. มีค่า impact factor สูง (การวัดค่าความถี่ของการอ้างอิงบทความวารสารในแต่ละปี เป็นเครื่องมือช่วยประเมินเปรียบเทียบวารสาร)
7. มีบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
8. มีเอกสารอ้างอิง
9. มีรายชื่ออ้างอิงอยู่ในฐานข้อมูลของต่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง :

1. วรจกณ จันทรังค์. บทความวิชาการกับบทความวิจัย เหมือนหรือต่างกันอย่างไร. จุลสารสาขาวิทยาศาสตร์ สุขภาพออนไลน์. ฉบับที่ 3 ปี 2557. สาขาวิทยาศาสตร์ สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
2. นันทนา ลัดพลี. บทความวิจัย บทความวิชาการ และบทความปริทัศน์. Website: gopublished1.blogspot.com/2015/06/blog-post_93.htm. 25 มี.ค. 2560.

မှတ်တမ်း

A series of horizontal dotted lines for writing.

မှတ်တမ်း

A series of horizontal dotted lines for writing.

พินท์

Handwriting practice area with horizontal dotted lines.

