



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 Journal Of Medical and Public Health Region 4

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนเมษายน – กันยายน 2562

Vol. 9 No.2 April – September 2019



- > การประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561
- > ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก
- > ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี ปี 2562
- > ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน ในอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี
- > การสำรวจความชุกของวัณโรคปอดพบเชื้อ ในผู้ต้องขังในเรือนจำ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 พ.ศ. 2560
- > ความครบถ้วนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำโรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561
- > ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher ต่อภาวะโภชนาการ และความรู้ของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินขึ้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนน้ำร่อง 4 โรงเรียน จังหวัดสมุทรปราการ

ISSN : 2229-0117

เจ้าของ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี 76 หมู่ 5 ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 โทรศัพท์ 0 3623 9302	
วัตถุประสงค์	เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และ งานสร้างสรรค์ของบุคลากรในหน่วยงาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ	
ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 4	
คณะที่ปรึกษา	สาธารณสุขนิเทศเขตสุขภาพที่ 4 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี	
บรรณาธิการ	แพทย์หญิงรยา เหลืองอ่อน	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
ผู้จัดการ	นางสุภาภรณ์ วัฒนธาร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ผู้ช่วยผู้จัดการ	นางสาวสุรรัตน์ กุมาริ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์วิทยา สวัสดิ์ภูมิพงศ์ นายแพทย์พราน ไพโรสุวรรณ นายเดช บัวเทศ นางสาววิไล วิชากร นางสุภาภรณ์ วัฒนธาร หัวหน้ากลุ่มทุกกลุ่ม	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
พิสูจน์อักษร	นางสาวพิมพ์ธิดา ปาลวัฒน์	
ฐานข้อมูลและสารสนเทศ	นายณัฐพล ผลาผล นายยุทธนา กลิ่นจันทร์	
กรรมการฝ่ายทะเบียนและเผยแพร่	นางสาวอารีย์ ชวิญเพ็ง	E-mail address: drt.dpc2@gmail.com
กำหนดออก	ปีละ 2 ครั้ง หรือราย 6 เดือน: ตุลาคม - มีนาคม, เมษายน - กันยายน	
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด โทร 0-2941-3677	

บรรณาธิการแถลง

สวัสดิ์ ท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 เป็นวารสารที่จัดทำขึ้นเป็นปีที่ 9 เพื่อเป็นสื่อกลางถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ไข้ระวังป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งตอบสนองพันธกิจของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคสำหรับเครือข่ายทั้งในพื้นที่ และนอกพื้นที่ วารสารฉบับนี้มีงานวิจัยจำนวน 7 เรื่อง ได้แก่ 1) การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก 3) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันและไข้ระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรีปี 2562 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน ในอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี 5) การสำรวจความชุกของวัณโรคปอดพบเชื้อ ในผู้ต้องขังในเรือนจำพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 พ.ศ. 2560 6) ความครบถ้วนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561 7) ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher ต่อภาวะโภชนาการและความรู้ของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนนาร่อง 4 โรงเรียน จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งแต่ละเรื่องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ตลอดจนการรักษาพยาบาลในแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ท่านยังสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ของเราได้ที่ https://ddc.moph.go.th/th/site/office_other/index/odpc4/63

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งแก่ผู้ที่มีส่วนทำให้วารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี หากมีข้อเสนอแนะประการใด ผู้จัดทำขอรับไว้ด้วยความขอบพระคุณยิ่ง

บรรณาธิการ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ยินดีรับบทความวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมหรืองานสร้างสรรค์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยในลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ออกเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ต.ค.-มี.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน เม.ย.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน เม.ย.-ก.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ต.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน ต.ค.-ม.ค. และฉบับที่ 2 ภายในเดือน เม.ย.-มิ.ย.

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

1. ผู้สมัครต้องศึกษาหลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกแบบฟอร์มและตามกติกา

2. ประกาศรับต้นฉบับ ผู้สมัครต้องกรอกแบบฟอร์มการสมัคร พร้อมเอกสารพิมพ์ต้นฉบับ 2 ชุด และแผ่นบันทึกข้อมูล 1 แผ่น

3. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความสมบูรณ์ และถูกต้องของต้นฉบับ

4. กองบรรณาธิการวารสารฯ จัดส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ในสาขาวิชานั้นๆ อ่านประเมินต้นฉบับ จำนวน 2 ท่านต่อเรื่อง

5. ส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามผลการอ่านประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)

6. กองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบความถูกต้อง และจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

7. จัดส่งต้นฉบับ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม

8. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสาร

9. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะต้องผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ จึงจะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผลงานวิจัยและ/หรือบทความวิชาการ กลุ่มที่ 2 นวัตกรรมและ/หรือผลงานสร้างสรรค์ โดยจำแนกเป็นลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

1.2 รายงานปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความเพื่อฟื้นฟูวิชาการซึ่งรวบรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้วโดยนำเรื่องมาวิเคราะห์วิจารณ์ และเปรียบเทียบ เพื่อให้เกิดความกระจ่างแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องนั้น

1.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายที่น่าสนใจทั้งด้านประวัติ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลินิกร่วมกัน

1.4 ย่อวารสาร (Abstract review) เป็นการย่อบทความทางวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และสุขภาพ และวิทยาการที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสารนานาชาติเป็นภาษาไทย

1.5 นวัตกรรม/ผลงานสร้างสรรค์ เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการ มีการทดลองนำไปใช้ในพื้นที่มีการติดตามประเมินผล และเขียนรายงานในรูปแบบของบทความวิชาการ

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

2.1 ชื่อเรื่อง

ควรสั้น กระชับรัดกุม ให้ความรู้ที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิธานต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัดกุม และชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยอักษร ใช้ตัวพิมพ์ Cordia New ขนาด 14

2.4 บทคัดย่อ

คือ การย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.6 วัสดุและวิธีการศึกษา

แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2.8 วิจารณ์

ควรเขียนอธิบายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.9 เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997
2. การอ้างอิงเอกสารใด ๆ ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงบทความจากวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์ ; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก – หน้าสุดท้าย. ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al. ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987; 257: 640-4.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสาร เป็นต้น

2. อีระ รามสูตร, นิวัติ มนตรีสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรกโดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

1. ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน; ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หะริณสูตร, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมวรรณคดี; 2533. น. 115-20.

4. การส่งต้นฉบับ

การส่งเรื่องลงตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับโดยใช้เอกสารขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว จำนวนไม่เกิน 8 หน้า 1 ชุด หรือแผ่น CD พร้อมระบุชื่อ File ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 หรือที่ E-mail address: drt.dpc2@gmail.com

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 2 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ถือเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัย นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์วิเคราะห์ ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของ กองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

การเขียนรายงานการสอบสวนโรคเพื่อลงวารสารวิชาการ (How to Write an Investigation Full Report)

การเขียนรายงานสอบสวนทางระบาดวิทยา สามารถเขียนผลงานเพื่อเผยแพร่ ทางวารสารวิชาการ โดยใช้รูปแบบรายงานการสอบสวนโรคฉบับเต็มรูปแบบ (Full Report) ซึ่งมีองค์ประกอบ 14 หัวข้อ คล้าย ๆ การเขียน Manuscript ควรคำนึงถึงการละเมิดสิทธิ์ส่วนบุคคล สถานที่ ไม่ระบุชื่อผู้ป่วย ที่อยู่ ชื่อสถานที่ เกิดเหตุด้วย และควรปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้นอย่างเคร่งครัด มีองค์ประกอบดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title)

ควรระบุเพื่อให้รู้ว่าเป็นการสอบสวนทางระบาดวิทยาเรื่องอะไร เกิดขึ้นที่ไหน และเมื่อไร เลือกใช้ข้อความที่สั้นกระชับ ตรงประเด็น ให้ความหมายครบถ้วน

2. ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค (Authors and investigation team)

ระบุชื่อ ตำแหน่งและหน่วยงานสังกัดของผู้รายงาน และเจ้าหน้าที่คนอื่น ๆ ที่ร่วมในทีมสอบสวนโรค

3. บทคัดย่อ (Abstract)

สรุปสาระสำคัญทั้งหมดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นความยาวประมาณ 250-300 คำ ครอบคลุมเนื้อหา ตั้งแต่ความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา มาตรการควบคุมโรค และสรุปผล

4. บทนำหรือความเป็นมา (Introduction or Background)

บอกถึงที่มาของการออกไปสอบสวนโรค เช่น การได้รับแจ้งข่าวการเกิดโรคจากใคร หน่วยงานใด เมื่อไร และด้วยวิธีใด เริ่มสอบสวนโรคตั้งแต่เมื่อไร และเสร็จสิ้นเมื่อไร

5. วัตถุประสงค์ (Objectives)

เป็นตัวกำหนดแนวทาง และขอบเขตของวิธีการศึกษาที่จะใช้ค้นหาคำตอบในการสอบสวนครั้งนี้

6. วิธีการศึกษา (Methodology)

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เป็นการบรรยายเหตุการณ์โดยรวมทั้งหมด

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) ใช้สำหรับการสอบสวนการระบาด เพื่อพิสูจน์หาสาเหตุ แหล่งโรคหรือที่มาของการระบาด

การศึกษาทางสภาพแวดล้อม รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

7. ผลการสอบสวน (Results)

ข้อมูลผลการศึกษาตามตัวแปร ลักษณะอาการเจ็บป่วย บุคคล เวลา และสถานที่ การรักษา ต้องเขียนให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รายละเอียดและแนวทางการเขียนผลการสอบสวน เช่น

ยืนยันการวินิจฉัยโรค แสดงข้อมูลให้ทราบว่ามีการเกิดโรคจริง โดยการวินิจฉัยของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจใช้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นหลัก ในโรคที่ยังไม่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัย

ยืนยันการระบาด ต้องแสดงข้อมูลให้ผู้อ่านเห็นว่ามีการระบาด (Outbreak) เกิดขึ้นจริง มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากกว่าปกติเท่าไร โดยแสดงตัวเลขจำนวนผู้ป่วยหรืออัตราป่วยที่คำนวณได้

ข้อมูลทั่วไป แสดงให้เห็นสภาพทั่วไปของพื้นที่เกิดโรค ข้อมูลประชากร ภูมิศาสตร์ของพื้นที่ การคมนาคม และพื้นที่ติดต่อที่มีความเชื่อมโยงกับการเกิดโรค ความเป็นอยู่และวัฒนธรรมของประชาชนที่มีผลต่อการเกิดโรค ข้อมูลทางสุขภาพ สาธารณสุขโรค และสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ลักษณะของการเกิดโรค และการกระจายของโรค ตามลักษณะบุคคล ตามเวลา ตามสถานที่ ควรแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการเกิดโรคในแต่ละพื้นที่ในรูปแบบของ Attack Rate การแสดงจุดที่เกิดผู้ป่วยรายแรก (index case) และผู้ป่วยรายต่อมา

ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบสนองมติฐานที่ตั้งไว้ การทดสอบปัจจัยเสี่ยง หาค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มคนที่ป่วยและไม่ป่วยด้วยค่า Relative Risk หรือ Odds Ratio และค่าความเชื่อมั่น 95%

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้เก็บตัวอย่างอะไรส่งตรวจ เก็บจากใครบ้าง จำนวนกี่ราย และได้ผลการตรวจเป็นอย่างไร แสดงสัดส่วนของการตรวจที่ได้ผลบวกเป็นร้อยละ

ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม เป็นส่วนที่อธิบายเหตุการณ์แวดล้อมที่มีความสำคัญต่อการระบาด เช่น สภาพของโรงครัว ห้องส้วม ขั้นตอนและกรรมวิธีการปรุงอาหารมีขั้นตอนโดยละเอียดอย่างไร ใครเกี่ยวข้อง

ผลการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้ทราบว่าสถานการณ์ระบาดได้ยุติลงจริง

8. มาตรการควบคุมและป้องกันโรค (Prevention and control measures)

ทีมได้มีมาตรการควบคุมการระบาดขณะนั้นและการป้องกันโรค ที่ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว และมาตรการใดที่เตรียมจะดำเนินการต่อไปในภายหน้า

9. วิจารณ์ผล (Discussion)

ใช้ความรู้ที่ค้นคว้าเพิ่มเติม มาอธิบายเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นวิเคราะห์หาเหตุผล และสมมติฐาน ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังอาจชี้ให้เห็นว่าการระบาดในครั้งนี้แตกต่างหรือมีลักษณะคล้ายคลึงกับการระบาดในอดีต อย่างไร

10. ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

อุปสรรคหรือข้อจำกัดในการสอบสวนโรค ส่งผลให้ไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ เพราะจะมีประโยชน์อย่างมาก สำหรับทีมที่จะทำการสอบสวนโรคลักษณะเดียวกันในครั้งต่อไป

11. สรุปผลการสอบสวน (Conclusion)

เป็นการสรุปผลรวบยอด ตอบวัตถุประสงค์ และสมมติฐานที่ตั้งไว้ ควรระบุ Agent Source of infection Mode of transmission กลุ่มประชากรที่เสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง

12. ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เป็นการเสนอแนะต่อหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสอบสวนโรคในครั้งนี้ เช่น เสนอในเรื่องมาตรการควบคุมป้องกันการเกิดโรคในเหตุการณ์ครั้งนี้ หรือแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ในอนาคต หรือเป็นข้อเสนอแนะที่จะช่วยทำให้การสอบสวนโรคครั้งต่อไปหลีกเลี่ยงอุปสรรคที่พบ หรือเพื่อให้มีประสิทธิภาพได้ผลดียิ่งขึ้น

13. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

กล่าวขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการสอบสวนโรค และให้การสนับสนุนด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลอื่น ๆ ประกอบการทำงานสอบสวนโรคหรือเขียนรายงาน

14. เอกสารอ้างอิง (References)

สามารถศึกษาตามคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ของวารสารนั้น โดยทั่วไปนิยมแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

เอกสารอ้างอิง

1. อรพรรณ แสงวรรณลอย. การเขียนรายงานการสอบสวนโรค. เอกสารอัดสำเนา. กองระบาดวิทยา; 2532.
2. ศุภชัย ฤกษ์งาม. แนวทางการสอบสวนทางระบาดวิทยา. กองระบาดวิทยา; 2532.
3. ธวัชชัย วรพงศธร. การเขียนอ้างอิงในรายงานวิจัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
4. อรวรรณ ชาแสงบง. การเขียนรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา. เอกสารอัดสำเนา. กองระบาดวิทยา; 2543.

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาลงวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....

2. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

3. สถานภาพผู้เขียน

☐ อาจารย์ในสถาบันการศึกษา (ชื่อสถาบัน).....☐ โปรแกรม..... คณะ.....

บุคคลทั่วไป (ชื่อหน่วยงาน).....

4. ขอส่ง

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง.....

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

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-mail.....

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....

เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงนาม.....ผู้เขียน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Journal of Medical and Public Health Region 4

ISSN: 2229-0117

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 เม.ย. – ก.ย. 2562

Volume 9 No.2 Apr. – Sep 2019

สารบัญ

การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561 วุฒิศักดิ์ รักเดช, กุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล, ประภา คงจิระ, นัฐพล ศรียา	1
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่ จังหวัดนครนายก สุชาญวัชร สมสอน, ณรงค์เดช พิมพรรณ, ดารณี ภักดิ์วาปี, สุภาภรณ์ วัฒนธรร, เพชรวรรณ พึ่งรัมย์	15
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประชาชน กลุ่มเสี่ยง อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี ปี 2562 นงลักษณ์ สุธรรมรักษ์	29
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน ในอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จิระเดช ทองเรือง	39
การสำรวจความชุกของวัณโรคปอดพบเชื้อ ในผู้ต้องขังในเรือนจำพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 พ.ศ. 2560 ดารณี ภักดิ์วาปี, สุภาภรณ์ วัฒนธรร	50
ความครบถ้วนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561 ณรงค์เดช พิมพรรณ, สุชาญวัชร สมสอน, ดารณี ภักดิ์วาปี, สุภาภรณ์ วัฒนธรร, เพชรวรรณ พึ่งรัมย์	59
ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher ต่อภาวะโภชนาการและความรู้ของ เด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนนำร่อง 4 โรงเรียน จังหวัดสมุทรปราการ กุลนที แสงนาค	65

การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561

Evaluating the effectiveness of alcohol consumption control at district levels in Health Region 4, fiscal year 2018

วุฒิศักดิ์ รักเดช

กุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล

ประภา คงจีระ

นัฐพล ศรียา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

Wuttisak Rakdach

Kulphassorn Sirimanassakul

Prapa Kongera

Nathapol Sriya

Office of Disease Prevention and Control, Region 4, Saraburi

บทคัดย่อ

การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561 เป็นการวิจัยเชิงประเมินโดยใช้รูปแบบการประเมินชิปโมเดล (CIPP Model) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร สอบถามผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล จำนวน 20 แห่ง และสำรวจความคิดเห็นของประชาชน จำนวน 602 คน วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ซึ่งสามารถนำมาสรุป อภิปรายผลได้ดังนี้

ประชาชนที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่จังหวัดลพบุรีมากที่สุด เป็นเพศหญิง มีอายุสูงสุดในช่วงน้อยกว่า 20 ปี ประกอบอาชีพนักเรียน/นักศึกษา มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา /ปวช. ไม่มีรายได้ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่อายุ 15-24 ปี (1-10 วัน/ปี) สภาพแวดล้อม ทุกหน่วยงานมีความชัดเจนของนโยบายในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ โดยนำยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ.2554 - 2563 มาใช้เป็นแนวทาง คือยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดอันตรายของการบริโภค ยุทธศาสตร์ที่ 2 การปรับเปลี่ยนค่านิยม และลดแรงสนับสนุนการดื่ม และยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ ปัจจัยนำเข้า ทุกหน่วยงานนำยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ด้านบุคลากร คิดว่าความเพียงพอ และไม่เพียงพอ เท่า ๆ กัน ด้านงบประมาณ ที่ใช้ในการปฏิบัติงานได้รับแต่ไม่เพียงพอ ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีคู่มือสำหรับสื่อรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน แต่ไม่เพียงพอ กระบวนการ ด้านการวางแผน สสอ. มีการจัดแผนดำเนินงาน ด้านการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และการสื่อสารสาธารณะ การพัฒนาการดำเนินงานโดยชุมชน และการเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมาย ด้านการจัดการ มีโครงสร้าง มีผู้รับผิดชอบงานชัดเจน แต่รับผิดชอบงานยากลำบาก และงานอื่น ๆ ร่วมด้วย การดำเนินงานใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ช่องทางที่สามารถรับรู้ได้สะดวก คือ ป้ายประกาศ/ใบปลิว/แผ่นพับ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีผู้รับผิดชอบงานเฉพาะด้านการคัดกรองและการบำบัดระยะสั้น การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ และการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา ด้านการอำนวยการ การพัฒนาบุคลากรใน สสอ. จะได้รับการพัฒนาในเรื่องการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การบังคับใช้กฎหมาย โรงพยาบาลครึ่งหนึ่งมีความพร้อมในการบำบัดรักษา จะเน้นการคัดกรอง และส่งต่อ

ทุกแห่งมีระบบการกำกับติดตาม และประเมินผล และนำผลมาใช้ในการพัฒนางาน ความรู้ทักษะของบุคลากร ผลผลิตทุกหน่วยงานมีการนำยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน การประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอโดยแทรกเข้าไปในการประชุมหัวหน้าส่วน ผลลัพธ์ การรับรู้และการยอมรับกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับต่ำ ผลกระทบ โดยเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายของประเทศปี 2558 ผ่านเกณฑ์ 2 เรื่อง ความชุกของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่ อายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 25.60) และสัดส่วนของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมด (ร้อยละ 25.97) ต่ำกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ และไม่ผ่านเกณฑ์ในเรื่องความชุกของผู้บริโภคในประชากรอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 23.20) สูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ ปัจจัยความสำเร็จ เน้นการประชาสัมพันธ์ การเฝ้าระวัง สร้างความร่วมมือของชุมชน ดำเนินงานควบคู่ไปกับงานยาเสพติดอื่น ๆ ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ สร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัด ผู้ติด และพัฒนาความรู้ให้กับบุคลากรทุกระดับ ปัจจัยความล้มเหลว/ปัญหาอุปสรรค เจ้าหน้าที่ขาดความรู้และแนวทางในการดำเนินงาน การบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ค่อนข้างยาก การดำเนินงานขัดกับวัฒนธรรมชุมชน งบประมาณที่สนับสนุนน้อย มีปัญหาด้านยาเสพติดประเภทอื่นที่สำคัญกว่า ผู้รับผิดชอบงานน้อย ความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผลักดันแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติให้เป็นวาระการประชุม จังหวัด/อำเภอ การจัดสรรปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานให้เพียงพอและสอดคล้องกับสภาพปัญหา การณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์ ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ควรนำแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติเป็นแนวทางในการทำงาน การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มข้นร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการในการสร้างความตระหนักแก่กลุ่มเยาวชน และแสวงหาภาคีเครือข่ายการดำเนินงานทุกระดับ

คำสำคัญ: การประเมินประสิทธิผล, การดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

Abstract

Evaluate the effectiveness of operations control alcohol consumption levels, the district. In the Health Region 4 Fiscal year 2018. Is an evaluation research using the CIPP Model. The objective is to evaluate the effectiveness of the district alcohol consumption control program. in the Health Region 4 data collection from reviewing relevant documents, in-depth interview with executives, ask the workers in the district public health offices and hospitals for 20 locations and survey of 602 people analyze data according to statistical methods. by using descriptive statistics. Which can be summarized as follows.

Most of the people who study in Lopburi are female, with the highest age in less than 20 years. have a secondary education level / vocational certificate, no income, most people who drink alcohol, drink once a time (1-10 days / year). The environment in all departments is clear in the policy of controlling alcohol consumption at the district level. by adopting the national alcohol policy strategy 2011-2020 as a guide. The strategy 2 to reduce the danger of consumption. strategy 2 adjusting values and reduce drinking support. strategy 4 management of alcohol problems at the local level. Importing factors for all agencies to implement the national alcohol policy strategy as a guideline for personnel operations. and not equal enough in the budget used in the operation received but not enough materials there is a guide for media campaign. The planning process of the sso has a plan of operation. public relations campaign and public communication community development operations and

surveillance and law enforcement the management structure is clear and responsible but responsible for tobacco and other work. Production unit has adopted a national alcohol policy strategy as a guideline for operation. meeting of the district committee by inserting into the head section meeting. results of perception and acceptance of alcohol control laws are low. the impact is compared with the target value of the country in 2015, passing the criteria 2 on the prevalence of consumers in the adult population aged 15 years and over (25.60 percent) and the proportion of regular consumers per person. Success factor focus on public relations, surveillance, and community cooperation. operating alongside other drugs cooperation between various sectors create a relationship between the therapist who is addicted and develop knowledge for personnel at all levels. Failure factors / obstacles the staff lacked knowledge and guidelines for the operation. law enforcement in the area is quite difficult. operation contrary to community culture low budget there are other more important drug problems. less responsible person discontinuity. Policy suggestions pushing the national alcohol policy strategy to be the agenda province district the allocation of inputs in the operation to be sufficient and in line with the problem condition. public relations communication campaign. Practical suggestions should implement an action plan according to the national alcohol policy strategy as a guideline for work intense law enforcement together with the ministry of education to raise awareness for youth groups and seeking partners for network operations at all levels.

Key words: Evaluation of effectiveness, Operation control of alcohol consumption.

บทนำ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพทางกาย จิตใจ และปัญญา และผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวผู้บริโภคเท่านั้น ครอบครัว บุคคลรอบข้าง ชุมชน สังคม และประเทศล้วนมีส่วนแบกรับภาระ จากผลกระทบการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเทศไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเป็นอันดับ 3 ของ ทวีปเอเชีย¹ พบว่า ความชุกของนักดื่มในประชากรผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 32.30 โดยอายุที่เริ่มดื่มเฉลี่ยอยู่ที่ 20.80 ปี โดยเพศชายเริ่มดื่มเร็วกว่าเพศหญิง และความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น (อายุ 15 - 19 ปี) คิดเป็นร้อยละ 18.10 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14 และร้อยละ 16.10 เมื่อ พ.ศ.2554 และ พ.ศ.2556 ตามลำดับ ขณะที่ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยโดยเฉลี่ยเป็น 52 ลิตร/คน/ปี หรือ

คิดเป็น 7.10 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ของประชากรไทย²

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักและมีบทบาทสำคัญด้านควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศ ได้ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ³ เป็นแผนยุทธศาสตร์ 10 ปี (พ.ศ. 2554 - 2563) ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ.2553 เพื่อให้ทุกภาคส่วนใช้เป็นกรอบ และแนวทางการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และทางกายภาพ (Price and Availability) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ปรับเปลี่ยนค่านิยมและแรงสนับสนุนในการดื่ม (Attitude) ยุทธศาสตร์ที่ 3

ลดอันตรายจากการบริโภค (Risk reduction) ยุทธศาสตร์ที่ 4 จัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ (Alcohol policy at every Settings) และยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง (Support) โดยกำหนดเป้าหมายเชิงกลไกของนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์มี 4 ประการ คือ 1) ควบคุมและลดปริมาณการบริโภคของสังคม 2) ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ และควบคุมความชุกของผู้บริโภค 3) ลดความเสี่ยงของการบริโภค ทั้งในมิติของปริมาณการบริโภค รูปแบบของการบริโภค และพฤติกรรมหลังการบริโภค 4) จำกัด และลดความรุนแรงของปัญหาจากการบริโภค โดยมีตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนยุทธศาสตร์และเป้าหมายหลักของแผนยุทธศาสตร์ฯ เมื่อสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ฯ กำหนดไว้ที่ 10 ปี (พ.ศ. 2563) ซึ่งประเมินจากปริมาณการบริโภคเฉลี่ยต่อประชากร ความชุกของผู้บริโภคในประชากรและในเยาวชน และสัดส่วนของผู้บริโภคประจำในปีงบประมาณ 2560 สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้กำหนดเป้าหมายอำเภอที่มีมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัดละ 1 อำเภอ⁴ เพื่อควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการควบคุมโฆษณา และส่งเสริมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ว่าได้มีการดำเนินมาตรการด้านกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 และได้กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบดำเนินการขับเคลื่อนในระดับอำเภอ ในรูปแบบของ “คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด” ปัจจุบันยังพบว่า ผู้ประกอบการและประชาชนทั่วไปยังไม่ทราบกฎหมาย และยังพบการละเมิดกฎหมายอยู่เป็นจำนวนมาก เพราะฉะนั้น หน่วยงานของรัฐ และองค์กรเครือข่ายระดับพื้นที่ จึงมีบทบาทสำคัญที่จะต้องเข้ามาเป็นแกนหลักในการดำเนินงานร่วมกับชุมชนและภาคประชาสังคม ให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินการในระดับพื้นที่ให้ครอบคลุมมากที่สุด

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี จึงได้มีการติดตามประเมินประสิทธิผลการดำเนินงาน

ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561 ว่ามีกระบวนการดำเนินงานอย่างไร เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือมีข้อจำกัด ข้อเสนอแนะในการดำเนินการ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการบรรลุเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป: เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ:

1) เพื่อประเมินบริบท (Context) ในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4

2) เพื่อประเมินความพร้อมด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วยความพร้อมของบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์

3) เพื่อประเมินกระบวนการ (Process) การบริหารจัดการในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4 คือ ด้านการวางแผน การจัดการองค์กรบุคลากรการอำนวยความสะดวก และการควบคุมกำกับติดตาม

4) เพื่อประเมินผลที่ได้จากการดำเนินงาน (Product) ในภาพรวมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4 (Output) โดยเทียบผลการดำเนินงานกับเป้าหมายที่กรมควบคุมโรคกำหนดในปีพ.ศ. 2558 คือ ปริมาณการบริโภคต่อประชากรผู้ใหญ่ ความชุกของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่ อายุ 15 ปีขึ้นไป ความชุกของผู้บริโภคในประชากรอายุ 15 – 19 ปี และสัดส่วนของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมด รวมทั้งผลลัพธ์ (Effect) และผลกระทบ

(Impact) ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ มีข้อจำกัด ข้อเสนอแนะในการดำเนินการอย่างไร

5) เพื่อประเมินปัจจัยหรือองค์ประกอบความสำเร็จ/ปัจจัยความล้มเหลวและปัญหาอุปสรรคของรูปแบบการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4

6) เพื่อให้ข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล โดยใช้รูปแบบการประเมินชิปโมเดล (CIPP Model) ของเดเนียล แอลสตีเฟิลบีม และคณะ (Dancil L. Stufflebeam, 1967)⁵ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเรื่อง บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลที่เกิดขึ้น (Product) ทั้งผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Effect) และผลกระทบ (Impact) ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ มีข้อจำกัด ข้อเสนอแนะในการดำเนินการอย่างไร โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. การคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ผู้บริหารหน่วยงาน หรือผู้รับผิดชอบงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สถานบริการสาธารณสุข) และโรงพยาบาลประจำอำเภอ ในพื้นที่ทำการศึกษา จำนวน 70 อำเภอ กลุ่มตัวอย่าง เลือกจากประชากรที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่มีการดำเนินการในปี พ.ศ.2560 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 อำเภอ

1.2 ประชาชนทั่วไปมีอายุ 15 - 60 ปี ที่เป็นตัวแทนผู้ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ระดับตำบลที่ทำการศึกษา

ใช้การสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ Multi - stage random sampling จำนวนตำบลละ 60 คน รวมทั้งหมด 600 คน โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ 1) ประชาชนอายุ 15-19 ปี ตำบลละ 30 คน และ 2) ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป ตำบลละ 30 คน

2. การคัดเลือกพื้นที่ที่ศึกษาโดยเลือกหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สถานบริการสาธารณสุข) และโรงพยาบาลประจำอำเภอ 1) ในเขตสุขภาพที่ 4 คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีผลการดำเนินงานการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปีงบประมาณ 2560 ได้แก่ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี อำเภอเสนา และอำเภอบางซ้าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง อำเภอหนองม่วง และอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี อำเภอเมือง และอำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี และอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 อำเภอ 20 หน่วยงาน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ประเมินใช้การวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

4. สรุปผลการประเมินเสนอผู้บริหาร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาตัดสินใจ และปรับปรุงมาตรการเครื่องมือการประเมินผล ประกอบไปด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ประสิทธิภาพการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอของผู้ปฏิบัติงานเพื่อรวบรวมข้อมูล ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ผู้ศึกษาดำเนินการพัฒนาขึ้นเอง โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ในการให้ข้อเสนอแนะ)

2. แบบการสำรวจการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายและผลการบังคับใช้กฎหมาย สำหรับประชาชน (ผู้ศึกษาประยุกต์จากแบบสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อพระราชบัญญัติควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พ.ศ.2551 จากการประเมินผลครึ่งแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554-2558 สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค⁶⁾

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับอำเภอ (สาธารณสุขอำเภอ) ในการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ผู้ศึกษาดำเนินการพัฒนาขึ้นเอง โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ในการให้ข้อเสนอแนะ)

การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้

1. ความชัดเจนของนโยบายในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ได้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ.2554-2563³⁾

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ประกอบด้วย

- การนำยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

- ความพร้อมและความเพียงพอของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

- ความพร้อมและความเพียงพอของการจัดสรรงบประมาณ

- ความพร้อมและความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) ในด้านการวางแผน การจัดการองค์กรและบุคลากร การอำนวยการ การควบคุมกำกับติดตาม ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

4. ประเมินผลผลิต (Output) ที่เกิดจากผลการดำเนินงานตาม 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ จำนวนอำเภอที่มีการประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ จำนวนสถานบริการที่มีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

5. ประเมินผลลัพธ์ (Effect) การรับรู้และการยอมรับกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

6. การประเมินผลกระทบ (Impact) เปรียบเทียบกับเป้าหมาย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ ผลการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รายด้านผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 80 จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ สำหรับการประเมินผลกระทบ (Impact) โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งเป้าหมาย ดังนี้

- ความสุขของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่ อายุ 15 ปีขึ้นไป (ไม่มากกว่าร้อยละ 28.50)

- ความสุขของผู้บริโภคในประชากร อายุ 15-19 ปี (ไม่มากกว่าร้อยละ 12.70)

- สัดส่วนของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมด (ไม่มากกว่าร้อยละ 40.67)

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ประเมินใช้การวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประชาชนที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดลพบุรี (ร้อยละ 20.9) รองลงมาอยู่ในพระนครศรีอยุธยา และสระบุรี (ร้อยละ 19.8 และ 19.3 ตามลำดับ) เพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 59.3) มีอายุสูงสุดน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 49.8) รองลงมาอยู่กลุ่มอายุ 30-39 ปี และกลุ่มอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 26.4 และ 14.0 ตามลำดับ) ประกอบอาชีพนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 30.7) รองลงมาชีพรับจ้างทั่วไป และเกษตรกร/ประมง (ร้อยละ 20.3 และ 15.0 ตามลำดับ) ระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา / ปวช. (ร้อยละ 55.3) ไม่มีรายได้มากที่สุด (ร้อยละ 38.9)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน ในรอบปีที่ผ่านมา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่ดื่ม	448	74.4
2. ดื่ม	154	25.6
- ความถี่ทุกวัน	5	3.2
- เกือบทุกวัน (5-6 วัน/สัปดาห์)	8	5.2
- วันเว้นวัน (3-4 วัน/สัปดาห์)	15	9.7
- ทุกสัปดาห์ (1-2 วัน/สัปดาห์)	12	7.8
- ทุกเดือน (1-3 วัน/เดือน)	19	12.3
- นาน ๆ ครั้ง (1-10 วัน/ปี)	95	61.7

จากตาราง พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 74.4) ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ใหญ่ดื่มนาน ๆ ครั้ง (1-10 วัน/ปี) มากสุด (ร้อยละ 61.7) รองลงมาดื่มทุกเดือน (1-3 วัน/เดือน) และดื่มวันเว้นวัน (3-4 วัน/สัปดาห์) (ร้อยละ 12.3 และ 9.7 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 2 การประเมินสภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน ทุกหน่วยงานมีความชัดเจนของนโยบายในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ.2554-2563³ ร้อยละ 100 (ผ่าน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยนำเข้า การนำแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติมาใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สสอ. นำยุทธศาสตร์ที่ 4 เรื่องการจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่มาใช้ ร้อยละ 60 และโรงพยาบาลนำยุทธศาสตร์ที่ 2 เรื่องปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนการดื่ม และยุทธศาสตร์ที่ 3 เรื่องลดอันตรายของการบริโภค มาใช้ร้อยละ 70 ด้านบุคลากร สสอ.และสถานบริการ (รพ.) มีทั้งคิดว่าเพียงพอ และไม่เพียงพอเท่า ๆ กัน การกำหนดคุณสมบัติ และความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่งของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน สสอ.กำหนดว่า

ต้องมีความสามารถในการประสานงานหน่วยงานอื่น ๆ ทำงานนอกเวลาราชการได้ สถานบริการ (รพ.) กำหนดว่าต้องมีความรู้ด้านจิตเวช หรือด้านการดูแล มีประสบการณ์ด้านจิตเวช หรือด้านการดูแล และมีความสามารถในการประสานงานหน่วยงานอื่น ๆ บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตรงกับงานที่ปฏิบัติ (สสอ. ร้อยละ 70.0 สถานบริการ (รพ.) ร้อยละ 90.0) สถานบริการ (รพ.) ผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา และการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ด้านงบประมาณการได้รับสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน (สสอ. ร้อยละ 70 สถานบริการ (รพ.) ร้อยละ 90) เงินสนับสนุน สสอ. ส่วนใหญ่ได้รับจาก งบประมาณประจำปี และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ได้รับจาก งบประมาณประจำปี ด้านวัสดุอุปกรณ์ คู่มือปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมแอลกอฮอล์ (สสอ.มีร้อยละ 90.0 สถานบริการ (รพ.) มีร้อยละ 100) ทั้งสองหน่วยได้นำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน การสื่อรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ปริมาณไม่เพียงพอ อุปกรณ์ เช่น กล้องถ่ายรูป กล้องถ่ายวิดีโอ เครื่องบันทึกเสียง ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 4 การดำเนินการด้านการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ด้านการวางแผน สสอ. มีการวางแผนกิจกรรมการดำเนินงานครบทุกแห่ง กิจกรรมที่มีการวางแผนมากที่สุดคือ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์และการสื่อสารสาธารณะ การเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมาย และการพัฒนาการดำเนินงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับสถานบริการ (รพ.) มีการช่วยเหลือหรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้มีปัญหาแอลกอฮอล์ โดยมีบริการในคลินิกทั่วไป (ร้อยละ 30.0) และมีบริการคลินิกเฉพาะทุกแห่ง ได้แก่ คลินิกสุรา และคลินิกสารเสพติด คลินิกให้คำปรึกษา ตามลำดับ ด้านการจัดการองค์กร สสอ. มีโครงสร้างการแบ่งงานและมีผู้รับผิดชอบงานครบทุกแห่ง รับผิดชอบเรื่องแอลกอฮอล์ ยาสูบ และอื่นๆ มีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมโดยจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สำหรับกระบวนการพัฒนาการสื่อสารสาธารณะ สำหรับการสื่อสารสาธารณะไปยังประชาชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่สื่อสารโดยการจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สื่อที่รับรู้มากที่สุดคือ ป้ายประกาศ/ใบปลิว/แผ่นพับ สำหรับสถานบริการ (รพ.) มีผู้รับผิดชอบเฉพาะการดูแลทุกแห่ง มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบด้านการดูแลรักษา หน้าที่คือการคัดกรองและบำบัดระยะสั้นมากที่สุด ด้านการอำนวยความสะดวกใน สสอ. ได้รับการพัฒนาศักยภาพ (ร้อยละ 80.0) ด้านที่ได้รับการพัฒนามากที่สุด คือ ด้านการสร้างพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงาน และการได้รับคำแนะนำ/แนวทาง/คู่มือการปฏิบัติงาน และนำข้อมูลที่มาจากระบบสารสนเทศไปใช้ประโยชน์ (ร้อยละ 90.0) โดยใช้ในการวางแผนการดำเนินงานครั้งต่อไปและการสืบหาค้นหา สำหรับในโรงพยาบาล จัดให้มีห้องตรวจเฉพาะสำหรับผู้ที่มีปัญหาจากการตี้มสุรา (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่จัดให้มีระบบส่งต่อผู้ที่มีปัญหาจากการตี้มสุรา ด้านการควบคุมกำกับติดตาม สสอ.และโรงพยาบาล มีการติดตาม/ประเมินผลการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ทุกแห่ง โดยกำหนด

ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลการปฏิบัติงาน มีการนำผลจากการติดตาม/ประเมินผล ไปใช้ในการพัฒนางาน

ส่วนที่ 5 การรับรู้และการยอมรับเกี่ยวกับกฎหมายควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 มีการรับรู้ต่อมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับต่ำ คือ มีการรับรู้ต่อมาตรการทางกฎหมายที่ถูกต้อง (ร้อยละ 48.3) เรื่องที่มีการรับรู้ต่อมาตรการทางกฎหมายถูกต้องสูงสุดในเรื่อง การขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในสถานชนส่งรองลงมาในเรื่อง ขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ให้กับบุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ เรื่องที่มีการรับรู้ต่อมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ไม่ถูกต้องสูงสุดในเรื่อง การขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในสวนสาธารณะของเอกชนได้ รองลงมาในเรื่อง การตี้มเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในหอพัก และการขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ในสวนสาธารณะของเอกชน ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 การยอมรับต่อมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 มีการยอมรับต่อมาตรการทางกฎหมายภาพรวมในระดับมาก (ร้อยละ 86.5) โดยการยอมรับต่อมาตรการทางกฎหมาย ระดับมากทุกเรื่อง โดยการยอมรับสูงสุดในเรื่อง ผู้ผลิตสามารถทำการโฆษณาได้เฉพาะการให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เชิงสร้างสรรค์สังคม โดยไม่มีการแสดงภาพของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ และห้ามแสดงชื่อ หรือเครื่องหมายของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์โดยอวดอ้างสรรพคุณหรือชักจูงใจให้ผู้ตี้มโดยตรงหรือโดยอ้อม รองลงมาได้แก่ ให้แสดงรูปภาพคำเตือนถึงโทษและพิษภัยของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ ทำให้ความรู้สึกลอยากซื้อเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ลดลง ห้ามขายให้กับบุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ ห้ามขายในวันมาฆบูชา วิสาขบูชา อาสาฬหบูชา เข้าพรรษา และออกพรรษา และห้ามขายเครื่องตี้มแอลกอฮอล์โดยวิธีการขายผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ตามลำดับ

ส่วนที่ 7 เรื่องอื่น ๆ ด้านนโยบายการ ส่วนใหญ่ มีนโยบายด้านการจัดกิจกรรมตรวจเตือนในช่วงเทศกาล ด้านผลสำเร็จ/ผลงานที่ท่านภาคภูมิใจ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการจัดบริการคลินิกบำบัดรักษาโดยแบ่งโซน โดยมีแพทย์เฉพาะทางเป็นที่ปรึกษา มีการจัดบริการคัดกรอง เฝาระวังเชิงรุก และคลินิกบำบัดรักษาในชุมชน และสร้างเครือข่ายในการทำงาน มีการพัฒนาโปรแกรม eyes map health มาใช้ สระบุรี มีการบูรณาการงานร่วมกับงานยาเสพติดอื่น ๆ มีตำบลต้นแบบด้านการงดเหล้า ลพบุรี ชุมชนบำบัดแอลกอฮอล์ หมู่บ้านต้นแบบ งดเหล้าเข้าพรรษา งานบุญปลอดเหล้า งานศพปลอดเหล้า ใช้สมุนไพรบำบัด แอลกอฮอล์ และยาสูบ สิ่งบุรี จัดทำโครงการบางระจันพักตับ ใช้เวทีผู้นำชุมชนในการสื่อสารการดำเนินงาน มีการจัดบริการคลินิกเลิกเหล้าโดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นหลักตามหลัก stage of chance ปทุมธานี อำเภอต้นแบบในการควบคุมแอลกอฮอล์ การดำเนินการควบคุมแอลกอฮอล์ร่วมกับสถานประกอบการ กิจกรรมตำบลปลอดเหล้าปลอดบุหรี่ และการบำบัดรักษาตามแนวทางของโรงพยาบาลธัญญักษ์ การนำสติบำบัดมาใช้ในการบำบัด และร่วมกับกรมบังคับคดีในการให้ความรู้และทำกิจกรรมในพื้นที่โดยใช้ Program Matrix อ่างทอง ตำบลต้นแบบการลดเหล้า จัดเวทีประชาคมลดเหล้าระดับจังหวัด นำ “สติบำบัด” มาใช้ในการบำบัดแอลกอฮอล์ และพัฒนาพยาบาลห้องฉุกเฉินให้มีความรู้ในการให้คำปรึกษา นครนายก ตำบลต้นแบบการลดเหล้า รพ.สต. สามารถดำเนินการคัดกรองผู้ติดแอลกอฮอล์ได้ ด้านปัญหาอุปสรรค/ข้อจำกัด เจ้าหน้าที่ขาดความรู้และแนวทางในการดำเนินงานการบังคับใช้กฎหมายสำหรับหน่วยราชการในพื้นที่ เนื่องจากดำเนินการได้ค่อนข้าง การดำเนินงานด้านแอลกอฮอล์ขัดกับวัฒนธรรมในชุมชนงบประมาณที่สนับสนุนมีน้อย ปัญหา

ด้านยาเสพติดประเภทอื่นสำคัญกว่า กฎหมายเกี่ยวกับแอลกอฮอล์มีหลายฉบับหลายหน่วยงาน ความไม่ต่อเนื่องของนโยบายและการดำเนินงาน พนักงานเจ้าหน้าที่ (อปท. ตำรวจ สธ.) ทำผิดกฎหมายเอง ผู้ประกอบการเป็นผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ แคนนาชุมชนบางพื้นที่ไม่ให้ความสำคัญ ความคาดหวังต่อการดำเนินงานในอนาคต กรมควบคุมโรคควรผลักดันในภาพใหญ่ ระหว่างกระทรวง เช่น ทำ MOU การทำงานให้ชัดเจน มีการร่วมมือกันทุกภาคส่วน รวมทั้งด้านทรัพยากร บุคลากร และงบประมาณ ควรมีการกำหนดนโยบายให้ชัดเจน การบังคับใช้กฎหมายโดยไม่กระทบเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ควรมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ มีการเชื่อมโยงข้อมูลด้านแอลกอฮอล์กับทุกภาคส่วน มีการพัฒนาด้านการวิจัยสนับสนุนการดำเนินงานเชิงรุกเน้นด้านการณรงค์ให้ความรู้กับประชาชน เรื่องอื่น ๆ การดำเนินงานด้านแอลกอฮอล์ ควรดำเนินการควบคุมหรือบูรณาการกับงานป้องกันบุหรี่ หรือยาสูบ ผลักดันให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ควรมีการพัฒนาด้านความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ หรือที่เกี่ยวข้อง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้นแบบในการเลิกเหล้า การจัดทำสื่อการโฆษณาทางโลกออนไลน์ แสดงให้เห็นโทษของเหล้า/บุหรี่ มีการนำมาตรการมาบังคับใช้ให้เข้มข้นมากขึ้น ควรมีให้ความรู้ในการดื่มปริมาณที่ปลอดภัย ควรนำเรื่องเหล้าเข้าเป็นวาระแรก ๆ ในการประชุมส่วนราชการ และเพิ่มการเข้าถึงแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 8 การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561

ตารางที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์การตัดสิน/เป้าหมาย	ผลการประเมิน	
1. การประเมินสภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน (Context Evaluation)			
- ความชัดเจนของนโยบายในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ได้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ.2554-2563	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ผ่าน
2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)			
- การนำยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ผ่าน
- ความพร้อมและความเพียงพอของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 50	ไม่ผ่าน
- ความพร้อมและความเพียงพอของงบประมาณ	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 15	ไม่ผ่าน
- ความพร้อมและความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 34	ไม่ผ่าน
3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) ในด้าน			
- การวางแผน	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ผ่าน
- การจัดการองค์กรและบุคลากร	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ผ่าน
- การอำนวยการ	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ผ่าน
- การควบคุมกำกับติดตาม	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ผ่าน
- ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ไม่มี	ผ่าน
4. ประเมินผลผลิต (Output) ที่เกิดจากการดำเนินงาน			
- ผลการดำเนินงานตาม 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ผ่าน
- จำนวนอำเภอที่มีการประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ผ่าน
- จำนวนสถานบริการที่มีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ผ่าน

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์การตัดสิน/เป้าหมาย	ผลการประเมิน	
5. ประเมินผลลัพธ์ (Effect) ที่เกิดจากการดำเนินงาน			
- การรับรู้และการยอมรับกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 48.3	ไม่ผ่าน
6. การประเมินผลกระทบ (Impact) ที่เกิดจากการดำเนินงาน			
- ความสุขของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่ อายุ 15 ปีขึ้นไป	ความสุขของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่ อายุ 15 ปีขึ้นไป (ไม่มากกว่าร้อยละ 28.50)	ร้อยละ 27.49	ผ่าน
- ความสุขของผู้บริโภคในประชากรอายุ 15-19 ปี	ความสุขของผู้บริโภคในประชากร อายุ 15-19 ปี (ไม่มากกว่าร้อยละ 12.70)	ร้อยละ 23.20	ไม่ผ่าน
- สัดส่วนของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมด	สัดส่วนของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมด (ไม่มากกว่าร้อยละ 40.67)	ร้อยละ 25.67	ผ่าน

จากตาราง พบว่า ผลการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านสภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน (Context Evaluation) ด้านความชัดเจนของนโยบายในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ได้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ.2554-2563³ ผ่านการประเมิน ปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ผ่านการประเมิน ในเรื่อง การนำยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน กระบวนการ (Process Evaluation) ผ่านการประเมิน ในเรื่อง การวางแผน การจัดการองค์กรและบุคลากร และการควบคุมกำกับติดตาม และการอำนวยการ ผลผลิต (Output) ผ่านการประเมิน ในเรื่อง ผลการดำเนินงานตาม 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ จำนวนอำเภอที่มีการประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ จำนวนสถานบริการที่มีการ

บำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลลัพธ์ (Effect) ไม่ผ่านการประเมินผลกระทบ (Impact) ผ่านการประเมิน ในเรื่อง ความสุขของผู้บริโภคในประชากรผู้ใหญ่ อายุ 15 ปีขึ้นไป และ สัดส่วนของผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมด

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล พบว่าผลการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2561 ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน (Context Evaluation) คือ ความชัดเจนของนโยบายในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ

พ.ศ. 2554 – 2563³ โดยพบว่ามีกรวางนโยบายในการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ นำยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ.2554 – 2563 มาใช้เป็นแนวทางแต่ไม่ได้นำมาทั้งหมด ยุทธศาสตร์ที่นำมาใช้คือ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดอันตรายของการบริโภค มีการนำมาใช้มากที่สุด ยุทธศาสตร์ที่ 2 การปรับเปลี่ยนค่านิยม และลดแรงสนับสนุนการดื่ม และยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ ทั้งนี้เนื่องจากทั้ง 3 ยุทธศาสตร์เป็นบทบาทหลักของพื้นที่ในการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ที่พื้นที่สามารถดำเนินการได้ ส่วนยุทธศาสตร์อื่น ๆ พื้นที่ดำเนินการขับเคลื่อนได้น้อย เนื่องจากเป็นบทบาทในระดับ กรม กระทรวง

2. ปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) การนำยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน พบว่าทุกหน่วยงานมีการนำยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน โดยยุทธศาสตร์ที่นำมาใช้มากที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดอันตรายของการบริโภค มีการนำมาใช้มากที่สุด ยุทธศาสตร์ที่ 2 การปรับเปลี่ยนค่านิยม และลดแรงสนับสนุนการดื่ม และยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ โดยเหตุผลเดียวกับข้างต้น ด้านบุคลากร ที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันปัญหาแอลกอฮอล์ เพียงครั้งหนึ่งที่คิดว่ามีความเพียงพอ โดยพื้นที่อำเภอใหญ่ ๆ หรือพื้นที่เขตเมือง ที่มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบปริมาณมากจะมีบุคลากรปฏิบัติด้านการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาแอลกอฮอล์เท่ากับพื้นที่เล็ก ๆ คือ 1 ท่านซึ่งปริมาณงานแตกต่างกันมากจึงทำให้คิดว่าจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ เมื่อนำมาเทียบเคียงกันสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานทางด้านจิตเวชหรือด้านการดูแลรักษาเพียงครั้งหนึ่งที่คิดว่ามีความเพียงพอเหตุผลเหมือนกับด้านอื่น ด้านงบประมาณ ที่ใช้ในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ได้รับ แต่ไม่เพียงพอ เพราะเป็นงบประมาณประจำปี ที่หน่วยงานต้องใช้ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาของพื้นที่ ซึ่งปัญหา

เรื่องแอลกอฮอล์ยังไม่ใช่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีคู่มือที่ใช้ในการปฏิบัติงาน และนำคู่มือนั้นมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ส่วนวัสดุอื่น เช่น วัสดุสื่อรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน พบว่าไม่เพียงพอ เนื่องจากงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนไม่เพียงพอจึงไม่สามารถนำงบประมาณนั้นมาใช้ในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานได้

3. กระบวนการ (Process Evaluation) ด้านการวางแผน สสอ. มีการจัดแผนดำเนินงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แผนงานโครงการส่วนใหญ่เป็นแผนงานการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และการสื่อสารสาธารณะ แผนงานการพัฒนาการดำเนินงานโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และแผนงานการเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมาย เนื่องจากแผนงานดังกล่าวเป็นการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาแอลกอฮอล์ ที่มีความสำคัญในการแก้ไขปัญหาในระยะเวลามากกว่าการบำบัดรักษา และการติดตามประเมินผล ด้านการจัดการองค์กร สสอ.ทุกแห่ง มีการจัดแบ่งโครงสร้าง และมีผู้รับผิดชอบงานชัดเจน แต่ต้องรับผิดชอบงานยาสูบ และงานอื่น ๆ รวมด้วย เนื่องจากบุคลากรที่ สสอ.มีจำนวนไม่มากนัก ประกอบกับงานแอลกอฮอล์ กับงานยาสูบเป็นงานที่สามารถดำเนินการควบคู่กันไปได้ การดำเนินงานส่วนใหญ่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการควบคุมและลดปัญหาจากการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเน้นกิจกรรมทางด้านการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ มากกว่ากิจกรรมอื่น สื่อสารสาธารณะที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ ผ่านทางป้ายประกาศ/ใบปลิว/แผ่นพับ ในส่วนของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็มีผู้รับผิดชอบงานเฉพาะด้านการบำบัดรักษา ดำเนินการในเรื่องการคัดกรองและการบำบัดระยะสั้น การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ และการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา ด้านการอำนวยการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน สสอ. จะได้รับการพัฒนา โดยเฉพาะในเรื่อง การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดำเนินงาน การบังคับใช้กฎหมายในการควบคุมปัญหาแอลกอฮอล์ ซึ่งทั้งสองเรื่องนี้เป็นบทบาทหลักที่ สสอ. ในส่วนของโรงพยาบาล ครั้งหนึ่งที่มีความพร้อมใน

การให้บริการบำบัดรักษา โดยโรงพยาบาลที่มีความพร้อม คือโรงพยาบาลประจำจังหวัด มีโรงพยาบาลประจำอำเภอ บางแห่งเท่านั้นที่มีความพร้อมในการดำเนินงานจะเน้นระบบการคัดกรอง และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า ด้านการควบคุมกำกับติดตาม สสอ. และโรงพยาบาลในพื้นที่ทุกแห่งมีระบบการกำกับติดตาม และประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมปัญหา แอลกอฮอล์ในพื้นที่ โดยการกำหนดผู้รับผิดชอบในการ กำกับดูแลการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน และผู้ปฏิบัติงาน ก็นำผลจากการกำกับติดตาม มาใช้ในการพัฒนางาน

4. ผลผลิต (Output) 3 เรื่อง คือ ผลการดำเนินงานตาม 5 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ทุกหน่วยงานมีการนำ ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติมาใช้เป็น แนวทางในการดำเนินงาน โดยยุทธศาสตร์ที่นำมาใช้มากที่สุด คือ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ลดอันตรายของการบริโภค ยุทธศาสตร์ที่ 2 การปรับเปลี่ยนค่านิยม และลดแรง สนับสนุนการดื่ม และยุทธศาสตร์ที่ 4 การจัดการปัญหา แอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ เนื่องจากทั้ง 3 ยุทธศาสตร์เป็น บทบาทหลักของพื้นที่ในการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อน การแก้ไขปัญหาแอลกอฮอล์ และสามารถดำเนินการได้ ส่วนยุทธศาสตร์อื่น ๆ เป็นบทบาทในระดับ กรม กระทรวง มากกว่า การประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ ส่วนใหญ่ การประชุมจะสอดแทรกเข้าไปในการประชุมหัวส่วน ระดับอำเภอ โดยงานแอลกอฮอล์ถูกสอดแทรกเข้าไปกับ งานยาเสพติด ไม่ได้กำหนดเป็นวาระพิเศษ และสถาน บริการที่มีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งหนึ่งที่มีความพร้อมในการให้บริการ บำบัดรักษาผู้มีปัญหาด้านแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ส่วนโรงพยาบาลประจำอำเภอ จะเน้นระบบการคัดกรอง และส่งต่อ

5. ผลลัพธ์ (Effect) พบว่า ผู้ปฏิบัติงานและ ประชาชนมีการรับรู้ต่อมาตรการทางกฎหมายในการ

ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะ ในเรื่องการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสวนสาธารณะ ของเอกชนได้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหอพัก และ การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสวนสาธารณะของ เอกชน เนื่องจากในพื้นที่ที่กระบวนสื่อสารยังมึนน้อย และยังไม่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการ ศึกษาของ พงษ์เดช สารการ ที่ศึกษาการประเมินผล พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่ จังหวัดอุบลราชธานี ⁷ พบว่า ประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่ ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ที่ต้องห้ามและ เคยเห็น/ได้ยินโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อ โทรทัศน์โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้กฎระเบียบ หรือมาตรการเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวกับ สถานที่ห้ามจำหน่าย สถานที่ห้ามดื่มอยู่ในระดับมาก

6. ผลกระทบ (Impact) 3 เรื่องเปรียบเทียบกับ ค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ ⁴ ผลการประเมิน พบว่าผ่านการประเมิน 2 เรื่องคือ ความชุกของผู้บริโภค ในประชากรผู้ใหญ่ อายุ 15 ปีขึ้นไป และสัดส่วนของ ผู้บริโภคประจำต่อผู้บริโภคทั้งหมด ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ของประเทศ และไม่ผ่าน 1 เรื่องคือ ความชุกของผู้บริโภค ในประชากรอายุ 15-19 ปี เพราะสูงกว่าค่าเป้าหมายของ ประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชิวฮวย แซ่ลัม และคณะ ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น ⁸ ผล การวิจัยพบว่านักเรียนวัยรุ่นตัวอย่าง ยังดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ร้อยละ 29.1 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70.9 ในจำนวนนี้เคยดื่มแต่เลิกดื่มแล้วร้อยละ 10 จากข้อมูลดังกล่าวอาจจะส่งผลให้อัตราการบริโภค แอลกอฮอล์ในประชากรผู้ใหญ่สูงขึ้น ดังนั้นควรต้องมีการ ดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาในกลุ่มวัยรุ่นเป็นพิเศษ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรผลักดันแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติให้เป็นวาระหนึ่งของการประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด/อำเภอ รวมทั้งคณะกรรมการบริหารของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ควรมีการจัดสรรปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงาน ได้แก่ บุคลากร/งบประมาณ/วัสดุอุปกรณ์ ฯลฯ ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานและครอบคลุมทุกพื้นที่และสอดคล้องกับสภาพปัญหา
3. กิจกรรมรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์หน่วยงานมีกระบวนการในการดำเนินการยังไม่มากนัก ดังนั้นควรมีการกำหนดเป็นเป้าหมายในแต่ละปีให้การดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรนำแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติเป็นแนวทางสำหรับทุกภาคส่วนนำไปปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน
2. บังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเข้มข้นโดยอาศัยภาคีเครือข่ายพนักงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
3. ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสร้างความตระหนักแก่กลุ่มเยาวชนเกี่ยวกับโทษพิษภัยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อลดการบริโภคในกลุ่มเยาวชน
4. แสวงหาภาคีเครือข่ายการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เอกสารอ้างอิง

1. ยุพา จิวพัฒนกุล, ธนิษฐา สมัย. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของครอบครัวไทย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557; 15: 305-11.
2. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.); สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2559.
3. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ. นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟิกซิสเต็มส์ จำกัด; 2553.
4. กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี (พ.ศ.260-2564) กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. 2561.
5. เชาวน์ อินโย. การประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
6. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค. การประเมินผลครึ่งแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554 - 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
7. พงษ์เดช สารการ. ที่ศึกษาการประเมินผลพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.). 2552.
8. ชิวชัย แซ่ลิ่ม, กนกพร หมูพยัคฆ์, นันทวัน สุวรรณรูป. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น. วารสาร Songklanagarind Journal of Nursing 2017; 37: 25-36.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก

Factors Associated with Deaths in New and Relapsed Pulmonary Tuberculosis Patients in Nakhon Nayok Province

สุชาญวัชร สมสอน*

Suchanwat Somsorn

ณรงค์เดช พิมพ์พรรณ*

Narongdech Pimphan

ดารณี ภักดิ์วาปี*

Daranee Pukwapee

สุภาภรณ์ วัฒนารณ*

Supaporn Watanatorn

เพชรวรรณ พึ่งรัตน์

** Petcharawan Puengrassami

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

Office of Disease Prevention and Control, Region 4, Saraburi

**กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก และ 2) เพื่อศึกษาลักษณะการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในระบบ TBCM online ตั้งแต่ตุลาคม 2560 ถึงกันยายน 2561 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดนครนายก จำนวน 291 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และสูงสุด สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิตกับกลุ่มที่ไม่เสียชีวิตได้ใช้ Chi-square test และนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95%CI) รวมทั้งใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression) โดยนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Adjusted odds ratio (OR_{adj}) ช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95%CI) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเป็นเพศชาย ร้อยละ 71.8 ส่วนใหญ่อายุ 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 24.7 ไม่ประกอบอาชีพ/ว่างงาน ร้อยละ 74.6 ผู้ป่วยวัณโรคใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 66.0 ผลการเอกซเรย์ปอดส่วนใหญ่มิพ้องผลร้อยละ 66.0 ผลการตรวจเสมหะ วินิจฉัยครั้งแรกส่วนใหญ่ไม่พบเชื้อ ร้อยละ 41.9 และผู้ป่วยส่วนใหญได้รับสูตรยามาตรฐาน (2HRZE/4HR) ร้อยละ 83.5 พบผู้ป่วยเสียชีวิตรวม 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.3 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิตกับกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต พบว่าปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ได้แก่ การเป็นเพศชาย (OR 1.812; 95% CI 0.662, 4.958) การมีผลตรวจเสมหะเป็นบวก (OR 1.771; 95% CI 0.768, 4.086) การมีโรคร่วม (OR 1.462; 95% CI 0.586, 3.644) และการติดเชื้อเอชไอวี (OR 2.122; 95% CI 0.668, 6.738) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี (OR_{adj} 2.469; 95% CI 0.734, 8.302) การมีผลตรวจเสมหะเป็นบวก (OR_{adj} 1.890; 95% CI 0.800, 4.463) และการมีโรคร่วม (OR_{adj} 1.656; 95% CI 0.611, 4.489) ซึ่งการศึกษานี้มีขนาดจำนวนตัวอย่างไม่มาก

อาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเสียชีวิตพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากวัณโรค ร้อยละ 70.4 ช่วงเวลาที่เสียชีวิตระหว่างการรักษามากที่สุด อยู่ในเดือนที่ 1 ร้อยละ 81.5 นอกจากนี้พบความล่าช้าในการรักษา โดยมีความถี่ฐานของช่วงเวลาระหว่างวันที่มีอาการสงสัยวัณโรคกับวันเริ่มรักษาเท่ากับ 14 วัน (1 - 370 วัน)

ข้อเสนอแนะ การดำเนินการป้องกันควบคุมโรค ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้ผู้ป่วยเข้ามารับการวินิจฉัยรักษาในโรงพยาบาลให้เร็วขึ้น รวมถึงเร่งรัดการค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคร่วม จะช่วยให้ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

คำสำคัญ: การเสียชีวิต, วัณโรคปอด รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

Abstract

The objectives of this research were to 1) study the factors associated with deaths among new and relapsed pulmonary tuberculosis (TB) patients in Nakhon Nayok Province and 2) causes of deaths among these TB patients. The subjects were 291 new and relapsed TB patients registered during October 2017 – September 2018 in hospitals under Ministry of Public Health in Nakhon Nayok Province. The new and relapsed TB case record form was developed for the study. Descriptive statistics in the study included frequency, percentage, mean, median, standard deviation and rank. A chi-square test was performed to compare between TB cases with and without deaths (significant level at 0.05). Odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (95% CI) were presented. A multiple logistic regression analysis was then performed to compute adjusted odds ratios (OR_{adj}) with 95% confidence intervals.

Of 291 TB cases, 71.8% were male, 24.7% were elderly (aged ≥ 65 year old, 66.0% had universal health insurance and 66.0% had lung cavity, 41.9% had smear-positive sputum and 83.5% received standard drugs. Possible factors associated with deaths were being male (OR 1.812; 95% CI 0.662, 4.958), having smear-positive sputum (OR 1.771; 95% CI 0.768, 4.086), having co-morbid diseases (OR 1.462; 95% CI 0.586, 3.644) and having HIV (OR 2.122; 95% CI 0.668, 6.738). The multiple logistic regression analysis showed possible factors associated with deaths including having HIV (OR_{adj} 2.469; 95% CI 0.734, 8.302), having smear-positive sputum (OR_{adj} 1.890; 95% CI 0.800, 4.463) and having co-morbid diseases (OR_{adj} 1.656; 95% CI 0.611, 4.489). A small sample size in the study might affect the possibility of statistical significance. About 70.4% of deaths were due to TB and 81.5% of them occurred in the first month of treatment. The median duration between clinical features and treatment was about 14 days with a rank of 1 - 370 days

Results from this study suggest that disease prevention and control workers should focus on providing knowledge and increasing awareness among the elderly and HIV infected person for early diagnosis and treatment of TB, which will help reduce the mortality rate of TB patients.

Key words: Death, Tuberculosis, New and Relapse

บทนำ

วัณโรคเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพของโลก จากรายงานวัณโรคของโลกปี พ.ศ. 2560 (Global tuberculosis report 2017) โดยองค์การอนามัยโลก คาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลก 140 ต่อประชากรแสนคน โดยมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 1.7 ล้านคน สำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีพบ 1.03 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด โดยเสียชีวิตปีละ 0.4 ล้านคน สำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB คาดว่า จะมีประมาณ 6 แสนคน โดยพบร้อยละ 4.1 ของผู้ป่วยใหม่ และร้อยละ 19 ของผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน ในจำนวนนี้เป็น MDR-TB 4.9 แสนคน⁽¹⁾ ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 119,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB 4,700 ราย สำนักวัณโรครายงานผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 70,114 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,794 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี วัณโรคดื้อยาหลายขนาน 955 ราย และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 13 ราย โดยมีผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.9⁽²⁾

สถานการณ์วัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปี 2557-2560 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในโปรแกรม TBCM 5,712 ราย 5,154 ราย 5,558 ราย และ 5,967 ราย ตามลำดับ โดยอัตรา

ความสำเร็จของการรักษาวัณโรครายใหม่ (Success rate) ร้อยละ 80.4, 78.6, 76.8 และ 81.3 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย โดยในปี 2561 มีอัตราการสำเร็จของการรักษาวัณโรครายใหม่ (Success rate) เป็น ร้อยละ 83.6 ซึ่งความไม่สำเร็จของการรักษานั้น เกิดจากการเสียชีวิต โดยอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 7.4, 7.6, 8.0 และ 8.1 ตามลำดับ เห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้สถานการณ์วัณโรคในจังหวัดนครนายก ปี 2558-2561 พบว่าอัตราป่วย 168, 161, 160 และ 187 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โดยจะเห็นว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มที่สูงขึ้น⁽³⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ทราบถึงปัญหาของการดำเนินงานวัณโรคที่มีอัตราการสำเร็จของการรักษาวัณโรครายใหม่ (Success rate) ต่ำกว่าเป้าหมาย ซึ่งสาเหตุเกิดจากมีอัตราการเสียชีวิตสูง ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในพื้นที่จังหวัดนครนายกขึ้นในปี 2562 เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 4 ในปี 2561 ร้อยละ 15.1 โดยมุ่งหวังนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้แก้ปัญหาการเสียชีวิตและเพิ่มอัตราการสำเร็จของการรักษาวัณโรค ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “ค้นให้พบ จบด้วยหาย เสียชีวิตน้อยกว่า 5 ขาดยาเป็น 0” ตามจุดเน้นและกรอบการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก
2. เพื่อศึกษาลักษณะการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์การศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในระบบ TBCM online ตั้งแต่ตุลาคม 2560 ถึงกันยายน 2561 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดนครนายก ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 373 ราย โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำจำนวน 291 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน-พฤษภาคม 2562 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะดังนี้ เป็นผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ไม่ดื้อยา (RR, MDR, Pre-XDR, XDR) ขึ้นทะเบียนรักษาในระบบ TBCM online ตั้งแต่ตุลาคม 2560 ถึงกันยายน 2561 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดนครนายก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยเครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค แบบบันทึกที่มีตัวเลือกให้ตอบและระบุคำตอบเอง ประกอบด้วย ข้อมูลด้านผู้ป่วยจำนวน 7 ข้อ ข้อมูลด้านโรคจำนวน 2 ข้อ ข้อมูลด้านการรักษาจำนวน 1 ข้อ และข้อมูลลักษณะการเสียชีวิตจำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและพิจารณาความสอดคล้องของเครื่องมือ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องและเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกใช้วิธีการคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจากทะเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03) และใบสรุปการรักษากรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล (Summary form) ที่ขึ้นทะเบียนระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง

วันที่ 30 กันยายน 2561 งานวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เลขที่ 2562/2

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS มีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลจำแนกจะนำเสนอในรูปของการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ ส่วนข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติได้นำเสนอค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเสียชีวิต ด้วยการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิตกับกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต โดยใช้ Chi-square test และนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95%CI) รวมทั้งใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple logistic regression) โดยนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Adjusted odds ratio (OR_{adj}) ช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95%CI) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสามารถสรุปผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเป็นเพศชายร้อยละ 71.8 อายุที่พบมากที่สุดคือ อายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 24.7 รองลงมาเป็นอายุ 35 - 44 ปี ร้อยละ 19.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีน้ำหนักมากกว่า 35 กิโลกรัม ร้อยละ 94.2 นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่ประกอบอาชีพ/ว่างงาน ร้อยละ 74.6 และส่วนใหญ่สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 66.0 นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรคมีผลการเอกซเรย์ปอดส่วนใหญ่มีโพรงแผลร้อยละ 66.0 ผลการ

ตรวจเสมหะ ซึ่งประกอบด้วย การวินิจฉัยครั้งแรกส่วนใหญ่ ไม่พบเชื้อร้อยละ 41.9 สิ้นสุดเดือนที่ 2 ส่วนใหญ่ ไม่พบเชื้อร้อยละ 58.1 และเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 5 และเมื่อสิ้นสุดการรักษา พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูล ผู้ป่วยมีโรค

ร่วมร้อยละ 19.9 ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีพบติดเชื้อ ร้อยละ 8.2 และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับสูตรยามาตรฐาน (2HRZE/4HR) ร้อยละ 83.5 (ตารางที่ 1) จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 291 ราย พบเสียชีวิต 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก ปีงบประมาณ 2561

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=291)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	209	71.8
หญิง	82	28.2
อายุ (ปี)		
15 - 24	17	5.8
25 - 34	49	16.8
35 - 44	57	19.6
45 - 54	53	18.2
55 - 59	21	7.2
60 - 64	22	7.6
65 ขึ้นไป	72	24.7
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35	17	5.8
มากกว่า 35	274	94.2
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	7	2.4
รับจ้าง	62	21.3
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	1	0.3
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท	4	1.4
ไม่ประกอบอาชีพ/ว่างงาน	217	74.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=291)	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
เบิกจ่ายตรง (ราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	15	5.2
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	192	66.0
ประกันสังคม	25	8.6
อื่นๆ	59	20.3
ผลการเอกซเรย์ปอด		
มีโพรงแผล	192	66.0
ไม่มีโพรงแผล	99	34.0
การตรวจเสมหะ		
วินิจฉัยครั้งแรก		
1+	64	22.0
2+	23	7.9
3+	61	21.0
Scanty 1-9	8	2.7
ไม่พบเชื้อ	122	41.9
ไม่มีข้อมูล	13	4.5
สิ้นสุดเดือนที่ 2		
1+	12	4.1
3+	1	0.3
Scanty 1-9	1	0.3
ไม่พบเชื้อ	169	58.1
ไม่มีข้อมูล	108	37.1
สิ้นสุดเดือนที่ 5		
1+	1	0.3
ไม่พบเชื้อ	4	1.4
ไม่มีข้อมูล	286	98.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=291)	ร้อยละ
สิ้นสุดการรักษา		
1+	1	0.3
ไม่พบเชื้อ	106	36.4
ไม่มีข้อมูล	184	63.2
โรคร่วม		
โรคมะเร็ง	1	0.3
โรคความดันโลหิตสูง	12	4.1
โรคเบาหวาน	10	3.4
โรคตับ	6	2.1
โรคไตเรื้อรัง	1	0.3
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	8	2.7
โรคร่วม 2 โรคขึ้นไป	20	6.9
ไม่มีโรคร่วม	233	80.1
ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี		
ติดเชื้อ	24	8.2
ไม่ติดเชื้อ	232	79.7
ไม่มีข้อมูล	35	12.0
สูตรยาที่ได้รับ		
สูตรมาตรฐาน (2HRZE/4HR)	243	83.5
สูตรยาอื่นๆ	48	16.5

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยต่าง ๆ กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก โดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิตกับกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต พบว่าปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ได้แก่ การเป็นเพศชาย (OR 1.812; 95% CI 0.662, 4.958) การมีสิทธิ์การรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (OR 1.528; 95% CI 0.623, 3.748) การมีผลตรวจเสมหะเป็นบวก (OR 1.771; 95% CI 0.768, 4.086) การมีโรคร่วม (OR 1.462; 95% CI 0.586, 3.644) และการติดเชื้อเอชไอวี (OR 2.122; 95% CI 0.668, 6.738) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก

ปัจจัย	เสียชีวิต	ไม่เสียชีวิต	OR	95 % CI	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	22 (81.5)	187 (70.8)	1.812	0.662-4.958	0.241
หญิง	5 (18.5)	77 (29.2)			
อายุ (ปี)					
มากกว่าหรือเท่ากับ 60	9 (33.3)	85 (32.2)	1.053	0.454-2.441	0.904
น้อยกว่า 60	18 (66.7)	179 (67.8)			
น้ำหนัก (กิโลกรัม)					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35	1 (3.7)	16 (6.1)	0.596	0.076-4.679	0.619
มากกว่า 35	26 (96.3)	248 (93.9)			
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19 (70.4)	192 (72.7)	0.891	0.373-2.124	0.794
ประกอบอาชีพ	8 (29.6)	72 (27.3)			
สิทธิ์การรักษา					
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	20 (74.1)	172 (67.2)	1.528	0.623-3.748	0.351
อื่นๆ	7 (25.9)	92 (34.8)			
ผลเอกซเรย์ปอด					
มีโพรงแผล	18 (66.7)	178 (67.4)	0.966	0.417-2.239	0.936
ไม่มีโพรงแผล	9 (33.3)	86 (32.6)			
การตรวจเสมหะ					
ผลบวก	18 (66.7)	140 (53.0)	1.771	0.768-4.086	0.175

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	เสียชีวิต	ไม่เสียชีวิต	OR	95% CI	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ผลลบ	9 (33.3)	124 (47.0)			
โรคร่วม					
มีโรคร่วม	7 (25.9)	51 (19.3)	1.462	0.586-3.644	0.413
ไม่มีโรคร่วม	20 (74.1)	213 (80.7)			
ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี					
ติดเชื้อ	4 (14.8)	20 (7.6)	2.122	0.668-6.738	0.139
ไม่ติดเชื้อ	23 (85.2)	244 (92.4)			
สูตรยาที่ได้รับ					
สูตรยาอื่น ๆ	2 (7.4)	46 (17.4)	0.379	0.087-1.657	0.182
สูตรยามาตรฐาน	25 (39.6)	218 (82.6)			

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณปัจจัยต่าง ๆ กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก พบว่าปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี (OR_{adj} 2.469; 95% CI 0.734, 8.302) การมีผลตรวจเสมหะเป็นบวก (OR_{adj} 1.890; 95% CI 0.800, 4.463) และการมีโรคร่วม (OR_{adj} 1.656; 95% CI 0.611, 4.489) (ตารางที่ 3)

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) กับการเสียชีวิตของผู้ป่วย ทั้งการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิตกับกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณการถดถอยพหุคูณ ซึ่งคงเนื่องจากขนาดตัวอย่างที่มีไม่มากนัก

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก

ปัจจัย	OR _{adj}	95% CI	p-value
การติดเชื้อเอชไอวี	2.469	0.734-8.302	0.144
ผลการตรวจเสมหะเป็นบวก	1.890	0.800-4.463	0.147
การมีโรคร่วม	1.656	0.611-4.489	0.321

ส่วนที่ 3 ลักษณะการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่จากวัณโรค ร่วมกับโรคอื่น ๆ ร้อยละ 37.0 รองลงมาเป็นโรคอื่น ๆ ร้อยละ 33.3 ช่วงเวลาที่เสียชีวิตระหว่างการรักษามากที่สุด อยู่ในเดือนที่ 1 ร้อยละ 81.5 อาการสำคัญส่วนใหญ่มีอาการมากกว่า 1 อาการ ร้อยละ 77.8 การวินิจฉัยด้วย AFB Smear พบมากที่สุด คือ 3+ ร้อยละ 37.0 รองลงมาเป็น ไม่พบเชื้อ ร้อยละ 33.3 การวินิจฉัยด้วย Sputum Culture พบ No Growth ร้อยละ 44.4 การวินิจฉัยด้วย Xpert พบ Detected เพียง ร้อยละ 7.4 ส่วนการวินิจฉัยด้วย CXR พบมี Cavity ร้อยละ 66.7 อาการไม่พึงประสงค์จากยาส่วนใหญ่มีอาการตับอักเสบ ร้อยละ 37.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 33.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติสัมผัสวัณโรค ร้อยละ 63.0 ผู้ป่วยมีประวัติการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สูบจนถึงปัจจุบัน ร้อยละ 51.9 ผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุรา ส่วนใหญ่ดื่มจนถึงปัจจุบัน ร้อยละ 48.1 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในพื้นที่จังหวัดนครนายก

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะของผู้ป่วยที่เสียชีวิต		
สาเหตุการเสียชีวิต (n=27)		
วัณโรค	8	29.6
วัณโรคร่วมกับโรคอื่น ๆ	10	37.0
โรคอื่น ๆ	9	33.3
ช่วงเวลาที่เสียชีวิตระหว่างการรักษา (n=27)		
เดือนที่ 1	22	81.5
เดือนที่ 2	2	7.4
เดือนที่ 3	2	7.4
เดือนที่ 4	1	3.7
อาการสำคัญของวัณโรค (n=27)		
ไอเลือดออก	1	3.7
มีไข้ต่ำ ๆ ตอนบ่าย	1	3.7
เหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก	2	7.4
มากกว่า 1 อาการ	21	77.8
ไม่มีข้อมูล	2	7.4

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยวัณโรค (n=27)		
AFB Smear		
1+	4	14.8
2+	4	14.8
3+	10	37.0
ไม่พบเชื้อ	9	33.3
Sputum Culture		
Growth	4	14.8
No Growth	12	44.4
ไม่มีข้อมูลบันทึก	11	40.7
GeneXpert		
Detected	2	7.4
ไม่มีข้อมูลบันทึก	25	92.6
ผลเอกซเรย์ปอด		
มีโพรงแผล	18	66.7
ไม่มีโพรงแผล	6	22.2
อื่นๆ	3	11.1
อาการไม่พึงประสงค์จากยา (n=27)		
ไตวาย	3	11.1
หูหนวก/หูอื้อ	1	3.7
ต้ออักเสบ	10	37.0
มากกว่า 1 อาการ	3	11.1
ไม่มีข้อมูล	10	37.0

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม (n=27)		
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	3.7
โรคความดันโลหิตสูง	1	3.7
โรคตับ	1	3.7
ติดเชื้อเอชไอวี	4	14.8
อื่นๆ	3	11.1
มากกว่า 1 โรค	8	29.6
ไม่มีโรคร่วม	9	33.3
พฤติกรรมเสี่ยง (n=27)		
ประวัติสัมผัสส่วนโรค		
ใช่	17	63.0
ไม่ใช่	10	37.0
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	3	11.1
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	10	37.0
สูบจนถึงปัจจุบัน	14	51.9
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่มสุรา	4	14.8
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	10	37.0
ดื่มจนถึงปัจจุบัน	13	48.1

จากการศึกษาระยะเวลาระหว่างวันที่เริ่มมีอาการสงสัยวัณโรคกับวันเริ่มรักษา พบว่ามีค่ามัธยฐาน 14 วัน (1 – 370 วัน)

วิจารณ์

วัณโรคเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพของโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 กลุ่มประเทศที่มีภาวะวัณโรคสูง ซึ่งเป็นประเทศที่มีการวัณโรคสูง ภาวะวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ในปี 2559 เป็นต้นมา⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรภายในปี พ.ศ. 2578 โดยการทำที่จะสามารถบรรลุเป้าหมายนั้น จึงต้องมีการวินิจฉัยดูแลรักษา ให้ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายมีอัตราความสำเร็จในการรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 85⁽²⁾ ซึ่งหนึ่งในปัญหาสำคัญของความสำเร็จในการรักษา คือ การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิตกับกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต พบว่าปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ได้แก่ การเป็นเพศชายเมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิง การมีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีผลตรวจเสมหะเป็นบวก การมีโรคร่วม และการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ พบว่าปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี การมีผลตรวจเสมหะเป็นบวก และการมีโรคร่วม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) กับการเสียชีวิตในผู้ป่วย ทั้งการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิตกับกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ทั้งนี้คงเนื่องมาจากขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ที่ไม่มาก ซึ่งการเปรียบเทียบระหว่างผลการศึกษานี้กับผลการศึกษาที่ผ่านมา⁽⁴⁻⁸⁾ จึงอาจมีข้อจำกัด ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การเป็นวัณโรคในผู้สูงอายุ การมีน้ำหนักตัวน้อยเมื่อก่อนเริ่มการรักษา การตรวจพบเสมหะเป็นบวก การมีโรคร่วม และการติดเชื้อ HIV

นอกจากนี้สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่จากวัณโรคร่วมกับโรคอื่นๆ ร้อยละ 37.0 ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย จึงส่งผลให้ช่วงเวลาที่เสียชีวิตระหว่างการรักษามากที่สุด อยู่ในเดือนที่ 1 ร้อยละ 81.5 เนื่องจากในช่วงระยะเข้มข้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่พึงประสงค์จากยาถึงร้อยละ 37.0 ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มักจะมีภาวะตับอักเสบจากการรับประทานยา⁽²⁾ โดยผู้ป่วยมาด้วยอาการสำคัญส่วนใหญ่มีอาการมากกว่า 1 อาการ ร้อยละ 77.8 และพบว่า การวินิจฉัยวัณโรคด้วย AFB Smear พบมากที่สุด คือ 3+ ร้อยละ 37.0 และการวินิจฉัยด้วย CXR พบมี Cavity ร้อยละ 66. ทำให้เห็นได้ว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁽⁸⁻¹¹⁾ รวมถึงผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติสัมผัสสัตว์โรค ร้อยละ 63.0 ผู้ป่วยมีประวัติการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน ร้อยละ 51.9 แสดงถึงพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้โรคมียุทธศาสตร์มากขึ้น⁽⁷⁾ รวมถึงความล่าช้าในการรักษา ระยะเวลาระหว่างวันที่เริ่มมีอาการสงสัยวัณโรคกับวันเริ่มรักษา พบว่ามีค่ามัธยฐาน 14 วัน (1 - 370 วัน) ซึ่งยังต่ำกว่าช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเข้าได้กับวัณโรคปอดต้องเป็นระยะเวลา < 7 วัน โดยถ้าหากผู้ป่วยได้เข้ามารับการรักษาที่เร็วอาจทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงได้⁽¹¹⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้ผู้ป่วยเข้ามารับการวินิจฉัยรักษาในโรงพยาบาลให้เร็วขึ้น รวมถึงเร่งรัดการค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคร่วม จะช่วยให้ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Treatment of tuberculosis guideline. 4th ed. Geneva: WHO; 2009.
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2561.
3. TBCM Thailand [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักวัณโรค; 2018. [วันที่อ้างถึง 1 ตุลาคม 2561]. ที่มา: <https://tbcmthailand.net>.
4. พันธชัย รัตนสุวรรณ, วิเชียร ตระกูลกลกิจ, สากลคมขำ, เสริมสุข รัตนสุวรรณ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ภายใต้รูปแบบการดำเนินงาน Non-Family DOT ของโรงพยาบาลท่าศาลาจังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2550-2558. วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต 2561; 37: 35-41.
5. วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, ปวีณา จังภูเขียว, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษา ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2552-2553. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2559; 23: 22-34.
6. งามศ คนสมศักดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร 2560; 9: 19-27.
7. กิตติพัทธ์ เอี่ยมมรด, ยงยุทธ เมื่อกำเนิด, พงษ์พจน์ เปี้ยน้ำล้อม, นันทพร ท่ามาตา, ภิเชก ศิรวงษ์, นพดล วันตะ. สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก. พุทธชินราชเวชสาร 2556; 30: 276-286.
8. อรนิภา เอี่ยมสำอางค์, พลเวช ขำแสง, สีนวน แพนเกาะ. ลักษณะการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่จังหวัดระยอง ปี 2552-2554. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี; 2556.
9. จิตติพร มากเมือง, เบญจวรรณ ตาแก้ว, รุ่งอุษานาคคงคำ, ฤทัยรัตน์ แสงนา, วีรพันธ์ การบรรจง, กนกกรส ไคว้จริยะพันธุ์ และคณะ. ปัจจัยเกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายเวชสาร 2559; 8: 53-59.
10. ปิยะดา คุณาวารักษ์, เจริญ ชูโชติถาวร, สุนธาคงศิลป์, พัฒนา โพธิแก้ว, สุรเชษฐ์ อรุโณทอง. ต้นทุนประสิทธิผลในการวินิจฉัยวัณโรคและการวินิจฉัยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ของวิธีการตรวจที่รวดเร็วโดยเทคนิคทางโมเลกุล (XpertTB/RIF). นนทบุรี: สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2556. ที่มา: <http://irem2.ddc.moph.go.th/research/4828>.
11. กรรณิกา ทานะชนันท์, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556; 6: 11-20.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอเส้าไห้ จังหวัดสระบุรี ปี 2562

Factors affecting prevention and surveillance of myocardial infarction
in the risk group, Sao Hai District, Saraburi Province. 2562

นงลักษณ์ สุธรรมรักษ์

Nonglux Sutammarux

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเส้าไห้ จังหวัดสระบุรี

Sao Hai Public Health Office, Saraburi Province.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่มีผลการคัดกรอง CVD Risk $\geq 30\%$ หรือประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ ตั้งแต่ 2 มวนต่อวัน หรือมีโรคอ้วน หรือค่าดัชนีมวลกายเกิน ในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคหลอดเลือดหัวใจ อำเภอเส้าไห้ จังหวัดสระบุรีปี 2561 อาศัยอยู่ในอำเภอเส้าไห้ จังหวัดสระบุรี ณ 1 ม.ค.61 กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง เฉพาะผู้สมัครใจ เข้าร่วมวิจัย จำนวน 150 คน เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความเชื่อด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม ของครอบครัว พฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ใช้สถิติ เชิงพรรณนา สถิติเปรียบเทียบ (One way ANOVA, T-test) และ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation)

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกาย สูบบุหรี่ การป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่วน เพศ และตำแหน่งทางสังคมของสมาชิกในครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .04$ และ $.001$) ตามลำดับ ปัจจัยนำ ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.33 และ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรค ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.33 การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.00 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและเฝ้าระวังโรค อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 49.33 และพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรค $r = 0.318$, $r = 0.366$, $r = 0.465$ ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ปัจจัยส่งเสริม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันและเฝ้าระวังโรค ($\bar{X}$) = 18.62, (S.D.) = 2.52 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.00 พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรค $r = 0.465$ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ การป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในชุมชน ควรให้ครอบครัว มีส่วนร่วม เพื่อกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตัวในการป้องกัน และเฝ้าระวังโรค และนำรูปแบบไปใช้การป้องกันและเฝ้าระวังโรคในกลุ่มอื่น ๆ

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยส่งเสริม

Abstract

This study is a descriptive research studying factors affecting the prevention and surveillance of myocardial infarction (MI) in the risk group, Sao Hai district, Saraburi province. The subjects are 150 people living in Sao Hai district who had diabetic mellitus or high blood pressure with CVD risk screening results $\geq 30\%$ or those aged 35 and over with high body mass index (BMI), high waist circumference or regular smoking, participating in the program to change health behavior reducing cardiovascular disease in the district. Research tools were a questionnaire consisting of personal information, knowledge of MI, health behavior, family participation and preventive behaviors and surveillance of MI. The analysis included descriptive statistics, statistical comparison (One-way ANOVA or T- test) and Pearson's correlation.

The results showed that personal factors including age, marital status, education, occupation, BMI, smoking and having diabetes or high blood pressure were not associated with preventive behaviors and surveillance of MI. But there was a significant ($p < .04, .001$) difference of preventive behaviors and surveillance of MI between sex and social positions of family members in each family. About 81.33% of the samples had high knowledge about MI, 79.33% had medium perception of disease risk, 66.00% had high perception of disease severity, and 49.33% had medium perception of usefulness of preventive behaviors and surveillance of MI. Perceptions of disease risk, disease severity, and usefulness of preventive behaviors and surveillance of MI were significantly ($p < .001$) correlated with preventive behaviors and surveillance of MI ($r = 0.318, r = 0.366$, and $r = 0.465$ respectively). About 88.00% of the samples had high participation in preventive behaviors and surveillance of MI. There was a significant ($p < .001$) correlation between participation of family and preventive surveillance behaviors ($r = 0.465$).

Recommendations for prevention and surveillance of MI in the community should include increasing perceptions and encouraging their family to participate in prevention and surveillance of the disease. This model may be useful for prevention and surveillance of other diseases.

Key words: myocardial infarction, personal factor, predisposing factor, reinforcing factor

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: AMI หรือ Acute Coronary Syndrome: ACS หรือ Heart Attack เป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตของคนไทยสูงเป็นลำดับที่ 3 ของการตายทั้งหมด⁽¹⁾ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ เฉลี่ยของถึง 6,906 ล้านบาทต่อปี เป็นสาเหตุของการสูญเสีย ของประชากรไทยวัยทำงาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สาเหตุเกิด

จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม⁽²⁾ จังหวัดสระบุรี มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นอันดับ 2 ของการตายทั้งหมด⁽³⁾ อำเภอสหัสขันธ์ มีอัตราป่วยตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในปี 2556-2560 ร้อยละ 45.4, 46.1, 60.0, 23.1 และ 11.1 ⁽⁴⁾ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2559-2560 มีการดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังโรค กลุ่มเสี่ยง จึงทำให้ลดความสูญเสียชีวิตและศักยภาพด้านร่างกายของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ไข้ระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี

สมมุติฐานการวิจัย

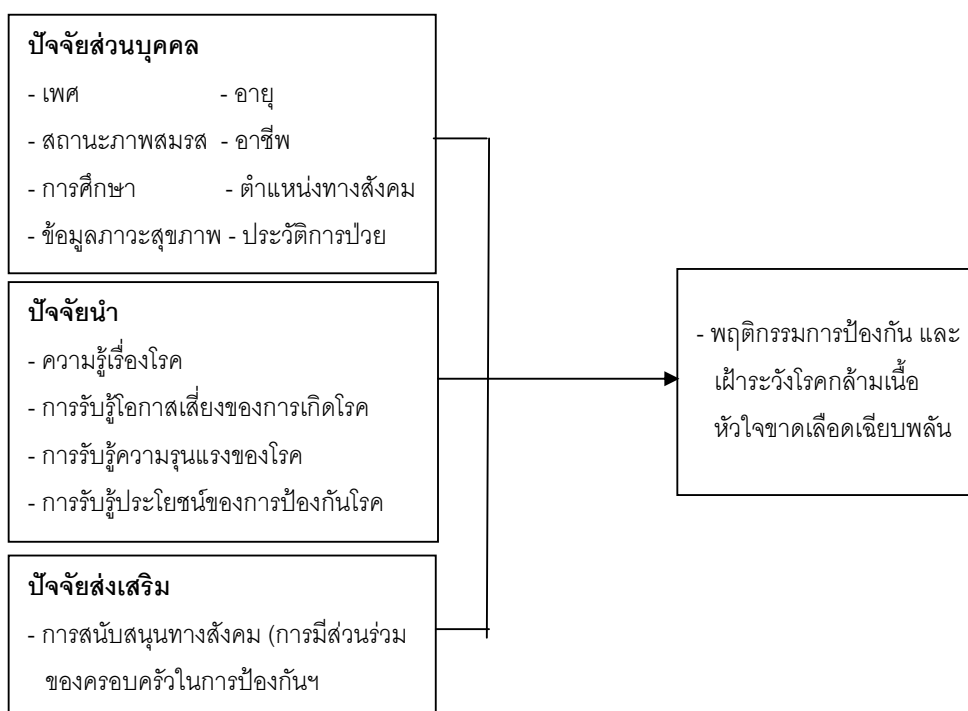
1. ปัจจัย ส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ มีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกัน ไข้ระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2. ปัจจัยนำ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ไข้ระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

3. ปัจจัย ทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ไข้ระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดกรอบแนวคิดตามทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model⁽⁵⁾



วัสดุและวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ไข้ระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี ซึ่งมีระเบียบวิธีศึกษาวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่มีผลการคัดกรอง CVD Risk $\geq 30\%$ ⁽⁶⁾ หรือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่สุบบุหรี่ ตั้งแต่ 2 มวนต่อวัน

หรือมีรอบเอวเกิน หรือค่าดัชนีมวลกายเกิน ในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคหลอดเลือดหัวใจ อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี ปี 2561 ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี ณ วันที่ 1 มกราคม 2561 คัดเลือกด้วยวิธีเจาะจง ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงกับเนื้อหา การใช้ภาษา ความชัดเจนหรือวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย

ทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ 2) ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

3) ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและเฝ้าระวัง จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามเชิงบวก		คำถามเชิงลบ	
น้อยที่สุด	= 1 คะแนน	น้อยที่สุด	= 4 คะแนน
น้อย	= 2 คะแนน	น้อย	= 3 คะแนน
มาก	= 3 คะแนน	มาก	= 2 คะแนน
มากที่สุด	= 4 คะแนน	มากที่สุด	= 1 คะแนน

4) การมีส่วนร่วมของครอบครัว จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบ ไม่มีส่วนร่วม ได้คะแนน 1 ตอบ มีส่วนร่วม ได้คะแนน 2

5) พฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรค จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามเชิงบวก		คำถามเชิงลบ	
ปฏิบัติเป็นประจำ	= 3 คะแนน	ปฏิบัติเป็นประจำ	= 1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	= 2 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง	= 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	= 1 คะแนน	ไม่ปฏิบัติเลย	= 3 คะแนน

เกณฑ์การวัด ให้คะแนน (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2530⁽⁷⁾)

1) ระดับต่ำ คะแนน < ร้อยละ 60

2) ระดับปานกลาง คะแนน ร้อยละ 60-79

3) ระดับสูง คะแนน ≥ ร้อยละ 80

เกณฑ์การทบทวนในมนุษย์ การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษามนุษย์ ระดับจังหวัด ของ สสจ.สระบุรี หมายเลขรับรองการวิจัยที่ 7/2561 ลงวันที่ 9 ก.ย.61 หมดอายุไปรับรอง 8 ก.ย.62 การเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลหลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการฯ 6 เดือน ด้วย แบบสอบถาม โดยผู้ช่วยวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's Correlation)

3. ใช้สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบความแปรปรวน ระหว่างกลุ่ม โดยใช้ (One way ANOVA, T-test)

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 66.00 อายุเฉลี่ย 56.62 ปี มีอายุช่วง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.67 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.34 การศึกษา ระดับประถมศึกษา/หรือต่ำกว่า มากที่สุด ร้อยละ 48.00 อาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 37.34 ตำแหน่งทางสังคมของสมาชิกครอบครัว เป็น อสค. มากที่สุด ร้อยละ 34.67 ดัชนีมวลกาย ปกติ (≤ 22.9) เพียงร้อยละ 20.66 อ้วนระดับ 2 มากที่สุด

ร้อยละ 42.66 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 98.00 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.30 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.70 โรค NCD อื่น ๆ ร้อยละ 10.70 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการ ร้อยละ 83.34 และพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกัน ไข้ระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่วนการป่วยโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, ประวัติเคยมีอาการ และการสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกัน ไข้ระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันและไข้ระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวนทั้งหมด	$(\bar{X}) \pm S.D$			P-value	ระดับพฤติกรรมฯ จำนวน(ร้อยละ)			P-value
						ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
เพศ									
- ชาย	51	22.00	±	2.18	1.192	3 (5.88)	33 (64.71)	15 (29.41)	.040
- หญิง	99	22.85	±	2.47		5 (5.05)	52 (52.53)	42 (42.42)	
โรคเบาหวาน									
- เป็นโรคเบาหวาน	31	22.16	±	2.31	0.114	2 (6.45)	18 (58.07)	11 (35.48)	.301
- ไม่เป็นโรคเบาหวาน	119	22.66	±	2.43		6 (5.04)	67 (56.30)	46 (38.66)	
ความดันโลหิตสูง									
- เป็นโรคความดันฯ	62	22.37	±	3.53	1.257	3 (4.84)	39 (62.90)	20 (32.26)	.421
- ไม่เป็นโรคความดันฯ	88	22.69	±	2.23		5 (5.68)	46 (52.27)	37 (42.05)	
ประวัติเคยป่วย									
- เคยมีอาการ	24	21.75	±	2.11	0.999	1 (4.17)	18 (75.00)	5 (20.83)	.072
- ไม่เคยมีอาการ	126	22.71	±	2.43		7 (5.56)	67 (53.17)	52 (41.27)	
การสูบบุหรี่									
- สูบบุหรี่	3	22.00	±	1.00	2.828	0(0.00)	3(100.00)	0(0.00)	.321
- ไม่สูบบุหรี่	147	22.57	±	2.42		8(5.44)	82(55.78)	57(38.78)	

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และ ดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกัน ไข้ระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่วนตำแหน่งทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว มีพฤติกรรมป้องกัน ไข้ระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวนทั้งหมด	$(\bar{X}) \pm S.D$				P-value (F)	ระดับพฤติกรรมมา จำนวน(ร้อยละ)			P-value
							ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
อายุ	≤ 50 ปี	37	22.22	±	2.89	.500	5 (13.51)	21(56.76)	11 (29.73)	.683
	51-60 ปี	61	22.62	±	2.69		2 (3.29)	34(55.73)	25 (40.98)	
	61 – 70 ปี	43	22.63	±	2.23		1 (2.33)	26(60.47)	16 (37.20)	
	≥ 71 ปี	9	23.22	±	2.11		0 (0.00)	4(44.40)	5 (55.60)	
สถานภาพสมรส	- โสด	10	23.00	±	2.87	1.060	1 (10.00)	4(40.00)	5 (50.00)	.368
	- คู่	107	22.38	±	2.28		5 (4.67)	66(61.68)	36(33.65)	
	- หม้าย	22	23.31	±	2.63		1 (4.55)	9(40.90)	12(54.55)	
	- หย่า/แยก	11	22.36	±	2.66		1 (9.09)	6(54.55)	4 (36.36)	
การศึกษา	- ≤ ประถมศึกษา	72	22.62	±	2.16	1.333	1 (1.39)	44(61.11)	27(37.50)	.254
	- มัธยมศึกษาตอนต้น	23	22.87	±	8.82		2 (8.70)	10(43.48)	11(47.82)	
	- มัธยมปลาย/ ปวช.	36	22.11	±	2.21		2 (5.56)	24(66.67)	10 (27.77)	
	- ปวส./ อนุปริญญา	8	23.50	±	2.14		0 (0.00)	4(50.00)	4 (50.00)	
	- ปริญญาตรี	10	22.80	±	3.56		2 (20.00)	3(30.00)	5 (50.00)	
	- > ปริญญาตรี	1	18.00	±	0.00		1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	
อาชีพ	- พ่อบ้าน/แม่บ้าน	56	22.73	±	2.15	.594	1 (1.78)	31(55.36)	24 (43.86)	.735
	- ธุรกิจส่วนตัว	9	23.56	±	2.65		0 (0.00)	5(55.56)	4 (44.44)	
	- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	22.00	±	3.34		1 (16.67)	3(50.00)	2 (33.33)	
	- ค้าขาย	12	22.08	±	2.87		1 (8.33)	8(66.67)	3 (25.00)	
	- เกษตรกรรม	39	22.38	±	2.18		2 (5.13)	24(61.54)	13 (33.33)	
	- รับจ้างในบริษัท/ร้าน	3	21.33	±	5.85		3 (10.71)	14(50.00)	11 (39.29)	
ดัชนีมวลกาย	- ปกติ (≤ 22.99)	31	23.10	±	2.52	1.798	1 (3.23)	14(45.16)	16(51.61)	.150
	- อ้วนระดับ 1 (23.00-24.99)	28	22.36	±	2.88		3(10.71)	13(46.43)	12(42.86)	
	- อ้วนระดับ 2 (25.00-29.99)	64	22.14	±	2.22		4 (6.25)	42(65.63)	18(28.12)	
	- อ้วนระดับ 3 (≥ 30.00)	27	23.50	±	2.01		0 (0.00)	16(59.26)	11(40.47)	
ตำแหน่งทาง	- ไม่มีตำแหน่ง	71	21.59	±	2.06	13.565	7 (6.93)	59(58.42)	35(34.65)	.001
สังคมของสมาชิก	- อสม.	12	21.42	±	2.54		0 (0.00)	5(62.50)	3(37.50)	
ครอบครัว	- อสค.	52	24.40	±	1.83		0 (0.00)	2(100.0)	0 (0.00)	
	- นักบิบาล	6	21.50	±	1.52		0 (0.00)	3(37.50)	5(62.50)	
	- ผู้นำชุมชน	4	21.00	±	1.16		1 (7.69)	7(53.85)	5(38.46)	
	- จิตอาสา	5	22.40	±	2.70		0 (0.00)	9(50.00)	9(50.00)	

ปัจจัยนำ

ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า ($\bar{X}$) = 8.57, (S.D.)=1.45 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.33 มีความรู้เรื่อง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารประเภทปลา นม ผัก ผลไม้ และอาหารรสจืด จะป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ สูงสุด ($\bar{X}$) = 0.96, (S.D.) = 0.20 แต่มีความรู้เรื่อง การบริโภคอาหารที่มีรสเค็มเป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ต่ำที่สุด ($\bar{X}$) 0.65, (S.D.) = 0.48 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อำเภอสายบุรี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า ($\bar{X}$) = 25.77, (S.D.) = 3.43 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.33 มีการรับรู้เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขาดการรักษา มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเสียชีวิตได้สูงสุด ($\bar{X}$) = 3.26, (S.D.) = 0.65 แต่มีการรับรู้เรื่อง ผู้ที่ชอบรับประทาน อาหารประเภทเครื่องในสัตว์เป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ต่ำสุด ($\bar{X}$) = 2.83, (S.D.) = 0.74 พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด $r = 0.318, p < .001$ การรับรู้ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า ($\bar{X}$) = 16.25, (S.D.) = 2.41 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.00 มีการรับรู้ความรุนแรง เรื่อง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนมีของหนักๆ ทับ แบบเฉียบพลันจะต้องรีบไปพบแพทย์ทันที สูงสุด ($\bar{X}$) = 3.57, (S.D.) = 0.60 แต่มีการรับรู้ เรื่อง เมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยต้องกินยารักษาดูแลชีวิตต่ำสุด ($\bar{X}$) = 2.73, (S.D.) = 0.86 พบว่า มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม ป้องกันและเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด $r = 0.366, p < .001$ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า ($\bar{X}$) = 31.15, (S.D.)=4.82 อยู่ในระดับปานกลาง มาก

ที่สุด ร้อยละ 49.33 ระดับดี ร้อยละ 44.67 การรับรู้ประโยชน์เรื่อง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัด จะป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ สูงสุด ($\bar{X}$) = 3.30, (S.D.)=0.73 แต่การรับรู้ประโยชน์ เรื่อง การจัดการกับความโกรธ กังวล อาการนอนไม่หลับได้ จะสามารถป้องกันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ต่ำสุด ($\bar{X}$) = 2.99, (S.D.)=0.69 พบว่า มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด $r = 0.465, p < .001$ พฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดผลการศึกษาพบว่า ($\bar{X}$) = 22.56, (S.D.) = 2.40 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.67 ระดับดี ร้อยละ 38.00 พฤติกรรม เรื่อง ทานสับปะรด ตั้งแต่ 2 มวน ต่อวัน สูงสุด ($\bar{X}$) = 2.91, (S.D.)=0.36 แต่พฤติกรรมเรื่อง ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ($\bar{X}$) = 1.82, (S.D.) = 0.74

ปัจจัยส่งเสริม

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วม ($\bar{X}$) = 18.62 (S.D.) = 2.52 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.00 พบว่า การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม ป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด $r = 0.465, p < .001$ การมีส่วนร่วม เรื่อง ครอบครัวได้รับรู้แนวทางในการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ไขมันต่ำ รสจืด ผัก ปลา และการรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต่อเนื่องกับ ท่านมีการเฝ้าระวังความผิดปกติของร่างกาย เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัด ความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือด สูงสุด ($\bar{X}$) = 1.93, (S.D.) = 0.25 เท่ากัน แต่การมีส่วนร่วม เรื่อง ท่านหรือครอบครัว ได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเรื่องปัญหาสุขภาพของท่าน เพื่อวางแผนการป้องกันโรคและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ต่ำสุด ($\bar{X}$) = 1.78, (S.D.) = 0.42 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คำสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่าง ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และ การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กับพฤติกรรมการป้องกัน เฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ตัวแปร	$(\bar{X}) \pm S.D$	ระดับพฤติกรรมฯ จำนวน (ร้อยละ)			P-value
		ต่ำ	P-value	สูง	
ความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	8.57 $\pm$ 1.45	5 (3.34)	23(15.33)	122(81.33)	.101
การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	25.71 $\pm$ 3.43	31(20.67)	119(79.33)	0 (0.00)	.001
การรับรู้ความรุนแรงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	31.07 $\pm$ 4.50	9 (6.00)	74(49.33)	67(44.67)	.001
การรับรู้ประโยชน์โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	18.62 $\pm$ 2.52	8 (5.33)	9(6.00)	133(88.00)	.001
การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	22.56 $\pm$ 2.40	2 (1.33)	91(60.67)	57 (38.00)	.001

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ สถานะภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อธิบายได้ว่า เพศ อายุ สถานะภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ของบุคคลต่างกัน ความคิด ตัดสินใจ เรื่องใดเรื่องหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคล ผู้ที่มีการศึกษาระดับสูง ย่อมมีความเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า อาชีพ ทำให้บุคคลมีโอกาสดูแลเรียนรู้ที่ต่างกัน แต่กลุ่มตัวอย่างทุกคน ได้รับความรู้ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค ตลอดจนการติดตาม จากโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคหลอดเลือดหัวใจเหมือนกันจึงทำให้มีความรู้ การรับรู้ ด้านสุขภาพได้ใกล้เคียงกัน มีผลทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน

เพศ ตำแหน่งทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว พบว่า ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า เพศและตำแหน่งทางสังคมของบุคคล จะทำให้บุคคลมีโอกาสร่วมกิจกรรมของกลุ่มต่างกัน และสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้อยู่ใกล้ชิด เป็นประจำจึงมีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล ดังนั้นเพศและตำแหน่งทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว ที่ต่างกันจึงมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแตกต่างกัน

ภาวะสุขภาพ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เคยมีอาการเจ็บหน้าอก ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนต้น มีภาวะอ้วน และได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค จึงทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรค ไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยนำ

1. ความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ของกลุ่มตัวอย่าง อำเภอเสนาให้จังหวัดสระบุรี อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วม โครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทุกคนได้รับคำแนะนำแนวทางปฏิบัติ ทำให้ความรู้ไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้พฤติกรรมป้องกัน

โรคไม่แตกต่างกัน เสนอแนะ จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่อง การบริโภคอาหารที่มีรสเค็มเป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ต่ำที่สุด ($\bar{X}$) 0.65, (S.D)=0.48 แสดงว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริโภคอาหารรสเค็มที่ผิด ความจริง รสเค็มหมายถึงรวมถึงรสเค็มที่ได้จากสารปรุงรสทุกชนิด ได้แก่ ผงปรุงรสชูปีก่อน และสารปรุงแต่งรสทุกชนิดที่มีส่วนผสมจากเกลือโซเดียม ดังนั้น ในการให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงในเรื่องอาหารรสเค็ม ต้องเน้นย้ำรสเค็มที่ได้จากเกลือโซเดียมด้วย

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อำเภอสายให้ จังหวัดสระบุรี อธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคล เป็นกระบวนการรับรู้ข่าวสารด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ บวกกับการคิดวิเคราะห์โอกาสและความน่าจะเป็น ใช้ประกอบในการตัดสินใจ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เสนอแนะ จากผลการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารประเภทเครื่องในสัตว์เป็นประจำ มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ต่ำที่สุด ($\bar{X}$) = 2.83, (S.D) = 0.74 ดังนั้น ในการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงต้องสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องด้านการบริโภคในนักเรียน เพื่อปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพแก่เยาวชนในโรงเรียน

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อำเภอสายให้ จังหวัดสระบุรี อธิบายได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของบุคคล เป็นกระบวนการรับรู้ข่าวสารด้านปัจจัยที่มีผลกระทบทางสุขภาพ บวกกับการประเมินค่าอันตรายจากการเป็นโรค ที่มีผลกระทบกับชีวิต ความสูญเสียทางสุขภาพ ทรัพย์สิน เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกัน

โรค เสนอแนะ จากผลการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรค เรื่อง เมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยต้องกินยารักษาตลอดชีวิต ต่ำสุด ($\bar{X}$) = 2.73, (S.D) = 0.86 ดังนั้น ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงต้องมีการณรงค์ ทำ Focus group โดยนำผู้ที่เคยมีอาการเจ็บหน้าอกโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาพูดคุย ถึงนาที่วิกฤติตอนมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความรุนแรงของโรค ติดตามกลุ่มเสี่ยง เน้นครอบครัวกระตุ้นเตือน การณรงค์

4. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อำเภอสายให้ จังหวัดสระบุรี อธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ ของการป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของบุคคล เป็นกระบวนการรับรู้ข่าวสารการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ส่งผลดี เปรียบเทียบกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เสนอแนะจากผลการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ เรื่องการ จัดการกับความโกรธ กังวล อาการนอนไม่หลับได้ จะสามารถป้องกันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ต่ำที่สุด ($\bar{X}$) = 2.99, (S.D) = 0.69 ดังนั้น ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงต้องมีการ ทำ Focus group อย่างต่อเนื่อง ติดตามกลุ่มเสี่ยง เน้นครอบครัวกระตุ้นเตือน ปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพแก่เยาวชนในโรงเรียน

ปัจจัยส่งเสริม

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อำเภอสายให้ จังหวัดสระบุรี อธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันและเฝ้าระวังโรค ของบุคคล เป็นกระบวนการร่วมรับรู้ปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ร่วมคิดหาแนวทางแก้ไข ร่วมตัดสินใจในการเลือกกิจกรรม วางแผนการปฏิบัติ

และร่วมประเมินผลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญป้องกันและเฝ้าระวัง เสนอแนะจากผลการศึกษา การมีส่วนร่วม เรื่องท่านหรือครอบครัวได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเรื่องปัญหาสุขภาพของท่าน เพื่อวางแผนการป้องกันโรคและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ต่ำสุด ($\bar{X}$) = 1.78, (S.D) = 0.42 ดังนั้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ป่วย ควรจะให้แกนนำครอบครัว(อสค.)เข้ามาร่วมรับรู้และแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิกและตนเอง เพื่อสร้างตระหนักในปัญหาสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพ อสค.ให้มีความรู้ความเข้าใจด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การจัดบริการเชิงรุก เน้นสุขภาพดีต้องเริ่มที่บ้าน การให้ความรู้ การติดตามภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับแนะนำให้สมาชิกครอบครัวช่วยกระตุ้นเตือน จะทำให้กลุ่มเสี่ยง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้
2. การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่งผลดีต่อการป้องกันและเฝ้าระวังโรค ในกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นในการดำเนินงานเชิงรุก หน่วยบริการและเครือข่ายสุขภาพ โดยเฉพาะ อสค.จึงควรมีการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพให้มากขึ้น จะส่งผลให้เกิดความตระหนักและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันและเฝ้าระวังโรค ได้แบบยั่งยืน
3. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น จะทำให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืนได้
4. ควรศึกษารูปแบบการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคในเรื่องอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เทียนถาวร. “โรคอะไร คนไทยตายชั่วโมงละ 2 คน ไม่รู้ตัว ไม่มีอาการมาก่อน ”. บทความโรคหลอดเลือดหัวใจ, มติชน 27 กันยายน 2555. เข้าถึงจาก <https://ascannotdo.wordpress.com/2012/09/27/โรคอะไร-คนไทยตายชั่วโมง/>
2. ญัฐฉิรธรรม พันธมุง อลิสร่า อยู่เลิศบ สราญรัตน์ ลัทธิต, (2561). ประเด็นสารบรรณรณรงค์หัวใจโลก. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี. หน้า 1, ปี พ.ศ. 2561
3. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพจังหวัดสระบุรี, Health Data Center. 31 ธันวาคม 2560.
4. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา, คลินิก FAST TRACT, 31 ธันวาคม 2560.
5. จิตต์จี จิตต์พิศาล วันเพ็ญ แก้วปาน สุรินทร์ กลับพากร. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในเขตพื้นที่ กทม.. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, ปีที่28 ฉบับที่3, ก.ย.-ธ.ค.57
6. ญัฐฉิรธรรม พันธมุง หทัยชนก ไชยวรรณ ภิภารัตน์ คำภา ญัฐสุตา แสงสุวรรณโต. การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.); สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี, พิมพ์ครั้งที่ 1: กรุงเทพมหานคร, โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2559. หน้า 11-20.
7. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, การวัดและประเมินผลการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร, โรงพิมพ์สามเจริญการพิมพ์, 2530. 135 หน้า.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของเยาวชนในอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

Factors relating to alcohol consumption behavior in primary grade 6 and junior high school students in Bangyai District, Nonthaburi Province

นายจิระเดช ทองเรือง ส.บ.

Jiradat Thongrueang B.P.H.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางใหญ่

Bangyai district health office

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอบางใหญ่ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอบางใหญ่

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอบางใหญ่ ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 23.8 อายุเฉลี่ยที่ดื่มครั้งแรก ร้อยละ 11.78 ปี เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เริ่มดื่มครั้งแรก คือ เบียร์ ร้อยละ 7.8 สาเหตุที่ดื่ม คือ อายากรู้อยากลอง ร้อยละ 7.2 สถานที่ดื่มแอลกอฮอล์บ่อยที่สุด คือ บ้านตนเอง ร้อยละ 12.2 ส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์กับเพื่อน ร้อยละ 11.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) คือ อายุ ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย พื้นที่พักอาศัยในรัศมี 5 กิโลเมตร การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน และการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของครอบครัว ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทักษะคิดเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และระยะทางที่พักกับสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ คือ การควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ของครอบครัว การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน โดยให้แนวคิดในการเลือกคบเพื่อน หรือเลือกที่จะปฏิเสธคำชวนจากเพื่อน ทางสถาบันการศึกษาควรมีการจัดกิจกรรมโดยนักเรียนมีส่วนร่วม เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และทางหน่วยงานภาครัฐมีการตรวจสอบสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีอย่างเคร่งครัดและรัดกุม เข้มงวดในการใช้โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อต่าง ๆ

Abstract

This descriptive research aims to study an alcohol consumption behavior of primary grade 6 and junior high school students in Bangyai district, Nonthaburi province and factors related alcohol consumption behavior of these students.

The study found that primary grade 6 and junior high school students in Bangyai district consumed alcohol about 23.8%. Mean age of the first experience drinkers in alcohol consumption was 11.8 years. The first type of alcohol was beer (7.8%). The reason of alcohol drinking was interesting for 7.2%. The most frequent place for drinking was their own home (12.2%). Most of them drank alcohol with friend for 11.6%. The significant related factors of alcohol consumption were age, education level, grade point average, 5-km area around residence, invitation from their friends and family controlling of alcohol consumption. Whereas, non-related factors of alcohol consumption were sex, knowledge in alcohol consumption, attitude in alcohol consumption and distance between residence and alcohol sellers. Regarding results of the study, the author suggests that family controlling of alcohol consumption, attitude for making friends or refusal of alcohol drinking invitation from friends should be promoted.

Their schools should arrange more activities to decrease alcohol consumption. Also, the government should strictly forbid alcohol selling to adolescence under 18 year-old and strictly control alcohol advertisement through medias.

บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในสังคมโลกและประเทศไทย ซึ่งแอลกอฮอล์ที่บริโภคเข้าไป ประมาณร้อยละ 90 จะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็ว ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะขึ้นสูงสุด แอลกอฮอล์จะกระจายในร่างกาย ได้อย่างรวดเร็ว ผลที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือฤทธิ์ต่อสมอง ทำให้มีผลต่อการขับชี่ยานพาหนะ และเมื่อระดับของแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นอีก จะทำให้สูญเสียด้านการทรงตัว การมองเห็น สมาธิ ความจำ และอาจรุนแรงถึงขั้นหมดสติได้⁽¹⁾

การเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มว่าอายุจะลดลงเรื่อยๆ โดยมีการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก เยาวชน และผู้ใหญ่ตอนต้น จากข้อมูลการสำรวจการดื่มสุราของประชากรอายุ 13 ปีขึ้นไป ของ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2552-2557⁽²⁾ พบว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนวัย 13-24 ปี มีอัตราการดื่มสุราที่สูงเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น โดยมีสัดส่วนร้อยละ 23.7 สาเหตุเนื่องจากสภาพแวดล้อมรอบตัวที่ล่อแหลม ไม่ว่าจะเป็นการจัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อยู่รอบสถานศึกษา การโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ รวมถึงการหาซื้อได้ง่ายและสะดวก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อเปรียบเทียบกับในระดับภูมิภาคเอเชียแล้วประเทศไทยจัดว่าเป็นประเทศที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันดับ 1 และจัดเป็นอันดับ 5 ของโลก⁽³⁾ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินมากกว่าผลดี เมื่อดื่มเข้าไปแล้วก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายจิตใจครอบครัวและสังคม สาเหตุที่ทำให้เยาวชนบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจ

เกิดจากตัวเอง การชักชวนจากเพื่อน เพื่อความสนุกคลายเครียด การเข้าสังคมตามเพื่อนหรือเพื่อให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน การทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อน ความอยากลอง ค่านิยม ความรู้สึกทันสมัย การเลียนแบบบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ตามมาได้แก่ ปัญหาครอบครัว ทำให้อาจมีปัญหากับผู้ปกครองผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ร่างกายจะได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุ ทำให้สูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน และสูญเสียกำลังแรงงานที่สำคัญของประเทศ นอกจากนี้ ยังเป็นสาเหตุของการนำไปสู่การติดสารเสพติดอันตรายประเภทอื่นได้ ผลกระทบทางการเงินเยาวชนอาจมีพฤติกรรมการใช้เงินไปในทางที่ไม่เหมาะสม ผลกระทบทางพฤติกรรมคาดว่าจะนำไปสู่ปัญหาอื่น ๆ เช่น ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และที่สำคัญ คือ ปัญหาการเรียน⁽⁴⁾ วัยรุ่นส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์จนเป็นเรื่องปกติในสังคม ซึ่งเรื่องที่น่าตกใจและที่น่าเป็นห่วงมากที่สุด คือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นเพศชายพบตั้งแต่อายุ 11-19 ปี ที่บริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ มีจำนวนประมาณ 1.06 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.23 ของประชากรในกลุ่มอายุ และกลุ่มวัยรุ่นเพศหญิงพบตั้งแต่อายุ 15-19 ปี เป็นกลุ่มที่น่าจับตามากที่สุดเนื่องจากการเพิ่มจำนวนเกือบ 6 เท่า คือจากร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 5.6⁽²⁾ และจากการสำรวจในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในปี 2559 ทั่วประเทศ พบว่า ร้อยละ 36.1 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชีวิต ร้อยละ 25.6 ดื่มในหนึ่งปีที่ผ่านมา และร้อยละ 18.6 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษพบว่านักเรียนชายดื่มมากกว่านักเรียนหญิง นักเรียนที่อยู่ระดับชั้นสูงกว่าดื่มมากกว่านักเรียนที่อยู่ระดับชั้นน้อยกว่า และนักเรียนสายอาชีพศึกษาดื่มมากกว่านักเรียนสายสามัญ⁽⁴⁾

จากรายงานการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในช่วงอายุ 15-24 ปี ในเขตจังหวัดนนทบุรี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา

ตอนปลาย อาชีวศึกษา และมหาวิทยาลัยของภาครัฐและเอกชน พบว่า เยาวชนร้อยละ 40.6 มีพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เยาวชนชายดื่มร้อยละ 54 โดยอายุที่เริ่มดื่มประมาณ 15-16 ปี⁽⁵⁾ ผู้วิจัยต้องการทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอบางใหญ่ ซึ่งอำเภอบางใหญ่ตั้งอยู่ในเขตของจังหวัดนนทบุรีมีความเจริญเป็นอย่างมาก

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ณ โรงเรียนในอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ตามบัญชีรายชื่อนักเรียนในช่วงภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 1,908 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของ Yamane จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 331 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามคืนมาไม่ครบหรือป้องกันการไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 348 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Simple Random Sampling ตามสัดส่วนประเภทตามสูตรจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$$= \frac{\text{จำนวนนักเรียนของแต่ละโรงเรียน} \times \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง}}{\text{จำนวนนักเรียนทั้งหมด}}$$

สุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนตามบัญชีรายชื่อที่กำลังศึกษาในเทอมที่ 1 ภาคการศึกษาปี 2561 ในแต่ละตำบล โดยใช้วิธีการสุ่มตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์ดังนี้ 1. นักเรียนที่ศึกษาอยู่ ณ โรงเรียนในอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี 2. ระดับชั้นการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 และมัธยมศึกษาตอนต้น 3. สามารถให้ข้อมูลได้ 4. มีความสมัครใจในการให้ข้อมูลหลังจากได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น และผ่านการทดสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทศนคติเกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของครอบครัว และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วไป

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ยทางเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ในการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเมินความรู้ทัศนคติพฤติกรรมการคล้อยตามกลุ่มเพื่อน และการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของครอบครัว โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ระดับคะแนน	ระดับ
ด้านความรู้คะแนนเต็ม 10	
0 – 5 คะแนน	ต่ำ
6 คะแนน	ปานกลาง
7 – 10 คะแนน	สูง
ประเมินทัศนคติ คะแนนเต็ม 36	
9 – 18 คะแนน	ต่ำ
19 – 25 คะแนน	ปานกลาง
26 – 36 คะแนน	สูง
พฤติกรรมการคล้อยตามกลุ่มเพื่อน คะแนนเต็ม 50	
10 – 26 คะแนน	ต่ำ
27 – 36 คะแนน	ปานกลาง
37 – 50 คะแนน	สูง
การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของครอบครัว คะแนนเต็ม 75	
15 – 38 คะแนน	ต่ำ
39 – 52 คะแนน	ปานกลาง
53 – 75 คะแนน	สูง

เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับคุณครูของแต่ละโรงเรียนที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจริงจากนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ณ โรงเรียนในอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ในปีการศึกษา 2561 ช่วงเดือนมิถุนายน 2561 – กันยายน 2561

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 348 คน เก็บแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 345 คน ซึ่งเพียงพอต่อขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (N= 345)

เพศ / อายุ/ชั้นปี/เกรดเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	133	38.6
หญิง	212	61.4
2. อายุ		
11 ปี – 12 ปี	185	53.6
13 ปี – 15 ปี	160	46.4
คะแนนเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	12.57 $\pm$ 1.14 (11 – 15)	
3. ชั้นปี		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	135	39.1
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	108	31.3
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	53	15.4
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	49	14.2
4. เกรดเฉลี่ยรวม		
ต่ำกว่า 2.50	21	6.1
2.51 – 3.00	70	20.3
3.01 – 3.50	126	36.5
3.51 – 4.00	128	37.1
คะแนนเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	4.02 $\pm$ 0.98 (1 – 4)	

ตารางที่ 2 ตารางแสดงคะแนนของความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ความรู้/ทัศนคติ เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนทั้งหมด	345	100.0
ความรู้		
ต่ำ (0 – 5 คะแนน)	19	5.5
ปานกลาง (6 คะแนน)	29	8.4
สูง (7 – 10 คะแนน)	297	86.1
คะแนนเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	7.97 ± 1.44 (1 – 10)	
ทัศนคติ		
ต่ำ (9 – 18 คะแนน)	100	29.0
ปานกลาง (19 – 25 คะแนน)	242	70.1
สูง (26 – 36 คะแนน)	3	0.9
คะแนนเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่ำสุด-สูงสุด)	19.19 ± 3.27 (9 – 27)	

การวิเคราะห์การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่พักอาศัยโดยระยะทางระหว่างที่พักกับสถานบริการที่จำหน่ายเครื่องดื่มที่ใกล้ที่สุดอยู่ในรัศมีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลเมตร ร้อยละ 80.3 และ มากกว่า 5 กิโลเมตร ร้อยละ 19.7 สถานที่ที่ซื้อบ่อยที่สุด คือ ร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 28.1 ห้างสรรพสินค้า ร้อยละ 25.8 สาเหตุส่วนใหญ่ในการเลือกซื้อที่สถานที่จำหน่าย คือ ใกล้ที่พัก ร้อยละ 31.0 เดินทางสะดวก ร้อยละ 16.5

วิเคราะห์การคล้อยตามของกลุ่มเพื่อนกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน 46.94 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง และเมื่อแบ่งเป็นระดับการคล้อยตามของกลุ่มเพื่อน 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการคล้อยตามของกลุ่มเพื่อนในระดับสูง กลาง และต่ำ ร้อยละ 91.9 ,5.5 และ 2.6 ตามลำดับ

วิเคราะห์ระดับการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน 36.32 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับต่ำและเมื่อแบ่งเป็นระดับการ

ควบคุมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของครอบครัว 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการควบคุมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของครอบครัวในระดับต่ำ กลาง และสูง ร้อยละ 61.2 ,23.4 และ 15.4 ตามลำดับ

การวิเคราะห์พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 345 คน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 76.2 เริ่มดื่มครั้งแรกเมื่ออายุ 10-12 ปี ร้อยละ 12.8 สาเหตุของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ อยากรู้ อยากลอง ร้อยละ 7.2 ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มเป็นครั้งแรกส่วนใหญ่ คือ เบียร์ ร้อยละ 7.8 เมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกมีความรู้สึกเฉยๆ ร้อยละ 15.9 ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ คือ สเปย์ ร้อยละ 10.1 ความถี่ในการดื่ม คือ อื่นๆ นานๆ ครั้ง ร้อยละ 18.8 สถานที่ที่ซื้อบ่อยที่สุด ร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 11.9 สถานที่ที่ดื่มบ่อยที่สุด บ้านตัวเอง ร้อยละ 12.2 พฤติกรรมการดื่ม ดื่มกับเพื่อน ร้อยละ 11.6 ปัจจุบันดื่ม

เครื่องตัดแอลกอฮอล์เพราะ อยากรู้ทดลอง ร้อยละ 7.2 โดยส่วนใหญ่จะตัดเนื่องในโอกาสพบปะสังสรรค์ตามงาน ร้อยละ 7.8) หลังจากตัด มีสติครบถ้วนทุกครั้ง ร้อยละ 24.2 หลังจากการตัดเดินทางกลับโดยนั่งรถโดยสาร และ เพื่อน ไปส่ง ร้อยละ 19.1 หลังจากการตัดส่วนใหญ่ไม่เคยมีเรื่อง ทะเลาะวิวาท ร้อยละ 34.5 และในอนาคตจะตัดเครื่องตัด แอลกอฮอล์ลดลง ร้อยละ 9.6

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ ศึกษา (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัย เสริม) กับพฤติกรรมการตัดเครื่องตัดแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ 2 ตัวแปร ด้วยสถิติทดสอบ chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และ

เกรดเฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดเครื่องตัด แอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (ตาราง ที่ 3) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ การบริโภคเครื่องตัดแอลกอฮอล์และทัศนคติต่อการ ตัดเครื่องตัดแอลกอฮอล์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ตัดเครื่องตัดแอลกอฮอล์ ที่นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (ตารางที่ 4) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบ ว่าพื้นที่พักอาศัย มีสถานที่จำหน่ายเครื่องตัดแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตัดเครื่องตัด แอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (ตารางที่ 4) ตัวแปรที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะทางระหว่างที่พักกับสถาน บริการที่จำหน่ายเครื่องตัดแอลกอฮอล์ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการตัดเครื่องตัดแอลกอฮอล์

ปัจจัย	n	พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม		df	x ²	P-Value
		แอลกอฮอล์				
		ไม่ดื่ม(ร้อยละ)	ดื่ม (ร้อยละ)			
1. เพศ				1	.725	.696
ชาย	133	78.1	22.0			
หญิง	212	75.0	25.0			
2. อายุ				1	23.151	<.001*
11 ปี – 12 ปี	185	86.5	13.5			
13 ปี – 15 ปี	160	64.4	35.6			
3. ระดับการศึกษา				3	36.665	<.001*
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	135	87.4	12.6			
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	108	80.6	19.4			
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	53	66.0	34.0			
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	49	46.9	53.1			
4. เกรดเฉลี่ยรวม				3	10.442	.015*
ต่ำกว่า 2.50	21	66.7	33.3			
2.51 – 3.00	70	64.3	35.7			
3.01 – 3.50	126	77.0	23.0			
3.51 – 4.00	128	83.6	16.4			

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัย	n	พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม		df	x ²	P-Value
		แอลกอฮอล์				
		ไม่ดื่ม (ร้อยละ)	ดื่ม (ร้อยละ)			
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				2	3.388	.184
ระดับต่ำ (0 – 5 คะแนน)	19	63.2	36.8			
ระดับปานกลาง (6 คะแนน)	29	86.2	13.8			
ระดับสูง (7 – 10 คะแนน)	297	76.1	23.9			
ทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				1	4.065	.051
ระดับต่ำ	100	69.0	31.0			
ระดับปานกลาง	242	79.4	20.6			
ระดับสูง	3	66.7	33.3			

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัย	n	พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม		df	x ²	P-Value
		แอลกอฮอล์				
		ไม่ดื่ม (ร้อยละ)	ดื่ม (ร้อยละ)			
1. พื้นที่พักอาศัย มีสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				1	5.220	.026*
ไม่มี	102	84.3	15.7			
มี	243	72.8	27.2			
2. ระยะทางระหว่างที่พักกับสถานบริการที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ใกล้ที่สุด				1	3.839	.056
≤ 5 กิโลเมตร	277	74.0	26.0			
>5 กิโลเมตร	68	85.3	14.7			

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปัจจัย	n	พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม		df	x ²	P-Value
		แอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม (ร้อยละ) ดื่ม (ร้อยละ)			
การคล้อยตามของกลุ่มเพื่อน				2	44.652	.001*
ระดับต่ำ	9	33.3	66.7			
ระดับปานกลาง	19	21.1	78.9			
ระดับสูง	317	80.8	19.2			
การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของครอบครัว				2	21.899	<.001*
ระดับต่ำ	211	83.9	16.1			
ระดับปานกลาง	81	70.4	29.6			
ระดับสูง	53	54.7	45.3			

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 และนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอบางใหญ่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2 .ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าเพศชาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติยา บัวสอน และ เชษฐ รัชดาพรณานิกุล (2555)⁽⁶⁾

อายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 13-15 ปี มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด เนื่องจากเป็นช่วงอายุในการอยากรู้อยากลอง ของ รัตติยา บัวสอน และ เชษฐ รัชดาพรณานิกุล (2555)⁽⁶⁾

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญ พบว่าไม่ว่า นักเรียนจะศึกษาอยู่ในชั้นระดับใด จะมีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติยา บัวสอน และ เชษฐ รัชดาพรณานิกุล (2555)⁽⁶⁾ ที่พบว่าชั้นปีที่ศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ในเขตกรุงเทพมหานคร อธิบายได้ว่าชั้นปีที่ศึกษาอาจเป็นตัวแทนของอายุซึ่งไม่ต่างกันมาก จึงอาจมีแนวความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกไม่ต่างกัน

เกรดเฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเกรดเฉลี่ยที่ระดับปานกลาง จะมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเกรดเฉลี่ยสูง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตติยา บัวสอน และ เชษฐ รัชดาพรณานิกุล (2555)⁽⁶⁾

ปัจจัยนำกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่แตกต่างกันโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบสุขภาพ และมีความรู้เรื่องอันตรายและโทษของแอลกอฮอล์ ก็จะมีพฤติกรรมที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้นตามระดับความรู้ แต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประกิจ โพธิาศน์(2541)⁽⁷⁾ ทศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง-สูงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตติยา บัวสอน และเชษฐ รัชดาพรณานิกุล (2555)⁽⁶⁾, กรวรรณ บุซบง. (2557)⁽⁸⁾ ปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น มีสถานที่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตติยา บัวสอน และเชษฐ รัชดาพรณานิกุล (2555)⁽⁶⁾

ระยะทางระหว่างที่พักกับสถานจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในรัศมี 5 กิโลเมตร และมีพฤติกรรมที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยในรัศมีมากกว่า 5 กิโลเมตร ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ เทพหนู (2540)⁽⁹⁾

ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คล้อยตามกลุ่ม พบว่ามีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการคล้อยตามของกลุ่มเพื่อนและ มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการคล้อยตามของกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี เหมชะญาติ และ ศรียรรณ ยอดนิล (2555)⁽¹⁰⁾ ผลการศึกษาพบว่า การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของครอบครัว พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พ่อ แม่/ผู้ปกครองไม่ห้ามปรามในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จึงมีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ช่อแก้ว ร่มสุข และชววรรณ อิวรัตน์ (2555)⁽¹¹⁾

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การลดอัตราการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ที่น่าจะประสบผลสำเร็จคือการให้ความรู้ และการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้อบอุ่น

2. การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะเพื่อนควรให้แนวคิดในการคบเพื่อน และส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทมาก ขึ้นในการดูแลคนในครอบครัว

3. สถาบันการศึกษาควรมีการจัดกิจกรรมให้เพื่อนเข้ามามีส่วนร่วมแนะนำ และกระตุ้นเตือนเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม

4. หน่วยงานภาครัฐ ตรวจสอบสถานที่จะจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างรัดกุม และ เข้มงวดในการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมคุมประพฤติ. รายงานสถิติผู้ถูกคุมความประพฤติ ในความผิดฐานขบถขณะมีเมาสุรา ปี 2555- มีนาคม 2556. กรุงเทพมหานคร: กองแผนงานและสารสนเทศ; 2556.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2557.
3. บัณฑิต ศรไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมลลา วัฒนพร, โสภิต นาสืบ, แหวดาว พิมพ์พันธ์ดี, และ กณณพนธ์ ภักดีเศรษฐกุล. รายงานสถานการณ์สุรา ประจำปี พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2551
4. อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร ,สาวิตรี อักษรณรงค์ชัย, บรรณาธิการ. ข้อเท็จจริงและตัวเลข เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2559
5. ดาริกา ไสงาม, นันทน์ภัส พรุเพชรแก้ว. พฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และพฤติกรรม เสี่ยงต่อสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาใน ประเทศไทย. ใน; อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, พลเทพ วิจิตร คุณากร ,สาวิตรี อักษรณรงค์ชัย, บรรณาธิการ. ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน ประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2559. หน้า 17-22.
6. รัตติยา บัวสอน, เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล. พฤติกรรม การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
7. ประกิจ โพธิาศน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นจังหวัด พระนครศรีอยุธยา (วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
8. กวรวรรณ บุชบง. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของนิสิตสาขาศึกษาศาสตร์ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขต บางเขน(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557.
9. จิราภรณ์ เทพหนู. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สายสามัญศึกษาจังหวัดพัทลุง (วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
10. อัญชลี เหมชะญาติ, ศรีวรรณ ยอดนิล. ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ นักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเขา ชิงชุมภู จังหวัดจันทบุรี. วารสารการศึกษาและการ พัฒนาสังคม 2555;8(1):115-28.
11. ช่อแก้ว ร่มสุข, ขจรวรรณ อธิรัตน์. ปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ของวัยรุ่นเขตเทศบาลเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง 2555;5(1):8-11

การสำรวจความชุกของวัณโรคปอดพบเชื้อ ในผู้ต้องขังในเรือนจำ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 พ.ศ. 2560

A prevalence survey for pulmonary tuberculosis among prisoners in the Health Region 4, 2017

ดารณี ภักดีวาปีวท.บ

Daranee Phukwapee, B.S.

สุภาภรณ์ วัฒนธรร วท.ม

Supaporn Wattanatorn B.M.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

Office of Disease Prevention and Control, Region 4, Saraburi

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกของวัณโรคปอดพบเชื้อ ในผู้ต้องขังในเรือนจำ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 โดยใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนสิงหาคม 2560 ในกลุ่มผู้ต้องขังทั้งหญิงและชายจำนวนรวม 37,564 ราย ดำเนินการศึกษาโดยผู้ต้องขังทุกรายจะได้รับการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค โดยใช้แบบคัดกรองวัณโรคของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และถ่ายภาพรังสีทรวงอก ซึ่งในรายที่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติสงสัยวัณโรค ก็จะมีการเก็บเสมหะตรวจหาเชื้อโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ และในรายที่ผลเสมหะไม่พบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ ก็จะมีการตรวจค้นหาเชื้อวัณโรคทางอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ต่อไป การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มใช้การทดสอบ t-test และการเปรียบเทียบตัวแปรเชิงคุณภาพใช้สถิติ Chi-square test

ผลการดำเนินงานพบผู้ต้องขังเป็นวัณโรคปอดพบเชื้อรวม 322 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9 ของผู้ต้องขังทั้งหมด โดยเมื่อวิเคราะห์ผลโดยใช้แบบสอบถามการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค แล้วถ่ายภาพรังสีทรวงอกเฉพาะในรายที่มีอาการสงสัย ก็พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรวม 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.6 ของผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมด 322 ราย ส่วนผู้ป่วยที่เหลืออีก 262 ราย (ร้อยละ 81.4) มาจากกลุ่มผู้ต้องขังที่ไม่มีอาการสงสัยวัณโรคซึ่งได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกรายเช่นกัน สำหรับการตรวจค้นหาเชื้อวัณโรคทางอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ในรายที่มีผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคและไม่พบเชื้อวัณโรคจากการตรวจ AFB พบว่าสามารถช่วยให้พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้อีกร้อยละ 72.8 กลุ่มผู้ต้องขังที่พบเป็นวัณโรคปอดมีอายุเฉลี่ยสูงกว่า และเป็นเพศชายมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ที่ไม่พบเป็นวัณโรคปอด ส่วนอาการที่พบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการป่วยด้วยวัณโรค ได้แก่ อาการไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์ อาการไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา อาการไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์ น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา และมีคะแนนตามเกณฑ์สงสัยวัณโรคตามแบบคัดกรอง โดยพบว่ากลุ่มผู้ต้องขังที่พบเป็นวัณโรคปอดให้ประวัติมีอาการดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ไม่พบเป็นวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ากลุ่มผู้ต้องขังที่พบเป็นวัณโรคปอดจะพบมีอาการสงสัยมากกว่ากลุ่มที่ไม่พบเป็นวัณโรค การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองด้วยแบบสอบถามอาการเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ โดยผู้ต้องขังควรได้รับการตรวจคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกรายร่วมด้วย และการตรวจค้นหาเชื้อวัณโรคทางอณูชีววิทยา ในรายที่มีผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติและไม่พบเชื้อจากการตรวจ AFB ก็สามารถช่วยให้พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้อีกมาก

คำสำคัญ: ความชุก, วัณโรคปอด, ผู้ต้องขัง, เขตสุขภาพที่ 4

Abstract

This descriptive study was conducted during April to August 2017 to determine prevalence of bacteriologically confirmed pulmonary tuberculosis (TB) in both male and female prisoners in prisons of health region 4 areas. A total of 37,564 prisoners were screened for TB suspected symptoms using a standard questionnaire and chest X-ray. Sputum specimens were collected for smear microscopy from those with suspected TB by chest X-ray. The Xpert MTB/RIF assay was performed in cases with smear-negative sputum. Descriptive statistics was used to summarize the results of analysis. The t-test was used for comparison between means and the chi-square test was used for comparison between proportions.

Of 37,564 prisoners screened, 322 (0.9%) were bacteriologically confirmed pulmonary TB. Of these 322 TB cases, 60 (18.6%) were found in those with TB suspected symptoms and 262 (81.4%) were detected in those with no symptoms. The Xpert MTB/RIF assay could detect additional 72.8% of the TB cases. The prisoners with TB had significantly higher age and were more male, compared to those with no TB. Symptoms significantly associated with TB were cough > 2 weeks, hemoptysis within previous 1 month, cough < 2 weeks, unknown weight loss within previous 1 month, fever for at least 1 week within previous 1 month and scores of symptoms met the TB suspicion. This study indicates that TB screening by a questionnaire may not be adequate for prisoners and chest X-ray should also be included for screening. The Xpert MTB/RIF assay should be performed in suspected TB cases with smear-negative sputum.

Key words: prevalence, pulmonary tuberculosis, prisoner, health region 4

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีปัญหาวัณโรครุนแรง (High burden countries) ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ในปี 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 119,000 ราย (172 ต่อประชากรแสนคน) โดยสำนักวัณโรครายงานผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ในปี 2559 พบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 70,114 ราย (ร้อยละ 58.9 จากจำนวนที่องค์การอนามัยโลกคาดประมาณ)⁽¹⁾ แสดงว่ายังมีผู้ป่วยวัณโรคอีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการ

คัดกรองค้นหา และยังเป็นแหล่งแพร่เชื้อให้กับบุคคลใกล้ชิด ซึ่งจำเป็นต้องเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแบบเข้มข้น (Intensified case finding: ICF) ในประชากรที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค เช่น กลุ่มผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค ผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ที่มีภาวะหรือมีโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น⁽²⁾

สำหรับวัณโรคในเรือนจำเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากผู้ต้องขังมีปัจจัยหลายประการที่มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้มาก โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประวัติ ก่อนการถูกคุมขัง เช่น การติดสารเสพติดทั้งชนิดกิน สูดดม และชนิดฉีด การติดเชื้อเอชไอวี การดื่มสุรา และ ฐานะยากจน รวมทั้งสภาพแวดล้อมในเรือนจำที่อยู่รวมกันอย่างหนาแน่น ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ การระบาย

อากาศที่ไม่เพียงพอ ทำให้อุบัติการณ์วัณโรคในเรือนจำสูงกว่าประชากรทั่วไป 5-10 เท่า และเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant tuberculosis: MDR-TB) สูงเป็นสองเท่าของค่าเฉลี่ยของประเทศ จึงมีความจำเป็นต้องมีมาตรการควบคุมวัณโรคที่เข้มแข็งในเรือนจำ⁽³⁾ ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2560 กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรค ร่วมกับกระทรวงยุติธรรมโดยกรมราชทัณฑ์ ได้ร่วมมือกันประกาศเจตนารมณ์ยุติวัณโรคในเรือนจำ ที่ถือเป็นนโยบายระดับชาติที่จะยุติวัณโรคตามแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ⁽⁴⁾ ด้วยการเร่งรัดค้นหาวัณโรคในเรือนจำด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกให้กับผู้ต้องขังในเรือนจำจำนวน 143 แห่งทั่วประเทศ เน้นกระบวนการค้นหาผู้ป่วยโดยเร็ว และรักษาผู้ป่วยระยะเริ่มแรกที่มีอาการ ตลอดจนการแยกบริเวณผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลรอบข้างในเรือนจำ ซึ่งประกอบด้วยชุดกิจกรรมหลัก คือ การตรวจคัดกรองเชิงรุกด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray: CXR) การเก็บเสมหะผู้ที่มีผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค และการตรวจหาเชื้อวัณโรคและเชื้อวัณโรคดื้อยาทางอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ของผู้ที่มีผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ (M-) แต่สงสัยเป็นวัณโรค ซึ่งได้ดำเนินการไปในช่วงเดือนเมษายน 2560 - สิงหาคม 2560 โดยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี มีเรือนจำและทัณฑสถานจำนวน 18 แห่ง รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกของวัณโรคปอดพบเชื้อ ในผู้ต้องขังในเรือนจำ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติสำหรับการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในผู้ต้องขังในเรือนจำที่เหมาะสมต่อไป

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งศึกษาถึงความชุกของวัณโรคปอดในผู้ต้องขังในเรือนจำ ที่ยอมเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ หรือพบเชื้อด้วยวิธีอณูชีววิทยาด้วย

เครื่อง Xpert MTB/RIF ซึ่งเป็นเครื่องตรวจวิเคราะห์สารพันธุกรรมแบบอัตโนมัติ โดยใช้เทคนิค Real-time polymerase chain reaction ซึ่งมีความรวดเร็วและความไวในการวินิจฉัยการติดเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* และการตรวจเชื้อดื้อยา Rifampicin ในเวลาเดียวกัน

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้ต้องขังทั้งหญิงและชาย ที่ถูกคุมขังในเรือนจำในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 12 แห่ง ทัณฑสถานจำนวน 5 แห่ง และสถานกักขังกลาง จำนวน 1 แห่ง ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน 2560 - สิงหาคม 2560 โดยการดำเนินงานประกอบด้วย

1. คัดกรองผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานทุกราย โดยทีมเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด ตลอดจนโรงพยาบาลในเรือนจำ โดยใช้แบบสอบถามการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข^(2,5) จำนวน 7 ข้อ ดังนี้

- 1) ทุกวันเกิน 2 สัปดาห์ (3 คะแนน)
- 2) ใกล้เคียง 1 เดือนที่ผ่านมา (3 คะแนน)
- 3) ใช้น้อยกว่า 2 สัปดาห์ (2 คะแนน)
- 4) น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา (1 คะแนน)
- 5) มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา (1 คะแนน)
- 6) เหนื่อยออกมาผิดปกติตอนกลางคืน ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา (1 คะแนน)
- 7) ต่อมมน้ำเหลืองที่คอมีขนาดโตเกิน 2 เซนติเมตร (3 คะแนน)

ทั้งนี้ ผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้มีอาการสงสัยวัณโรค

2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก โดยตรวจเอกซเรย์ทรวงอกด้วยเอกซเรย์เคลื่อนที่สำหรับผู้ต้องขังทุกคน

3. การเก็บเสมหะในช่วงตื่นนอนตอนเช้า (Collected sputum) 3 ครั้งเพื่อตรวจหาเชื้อ AFB (Acid Fast bacilli) ด้วยกล้องจุลทรรศน์สำหรับผู้ต้องขังที่มีผลเอกซเรย์ทรวงอกผิดปกติสงสัยวัณโรค⁽⁶⁾ ส่วนผู้ต้องขังที่มีผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติสงสัยวัณโรคและมีผลตรวจเสมหะด้วยวิธีย้อมเชื้อตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์แล้วไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อย 2 ครั้งนั้นได้เก็บเสมหะตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ยกเว้นเรือนจำกลางบางขวาง จังหวัดนนทบุรี เรือนจำจังหวัดนนทบุรี และเรือนจำจังหวัดปทุมธานี ซึ่งเก็บเสมหะส่งตรวจด้วยวิธีอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ทุกรายที่มีผลเอกซเรย์ทรวงอกผิดปกติสงสัยวัณโรค โดยไม่มีการเก็บเสมหะเพื่อตรวจหาเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์

สำหรับสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มใช้การทดสอบ t-test ส่วนการเปรียบเทียบตัวแปรเชิงคุณภาพใช้การทดสอบ Chi-square โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

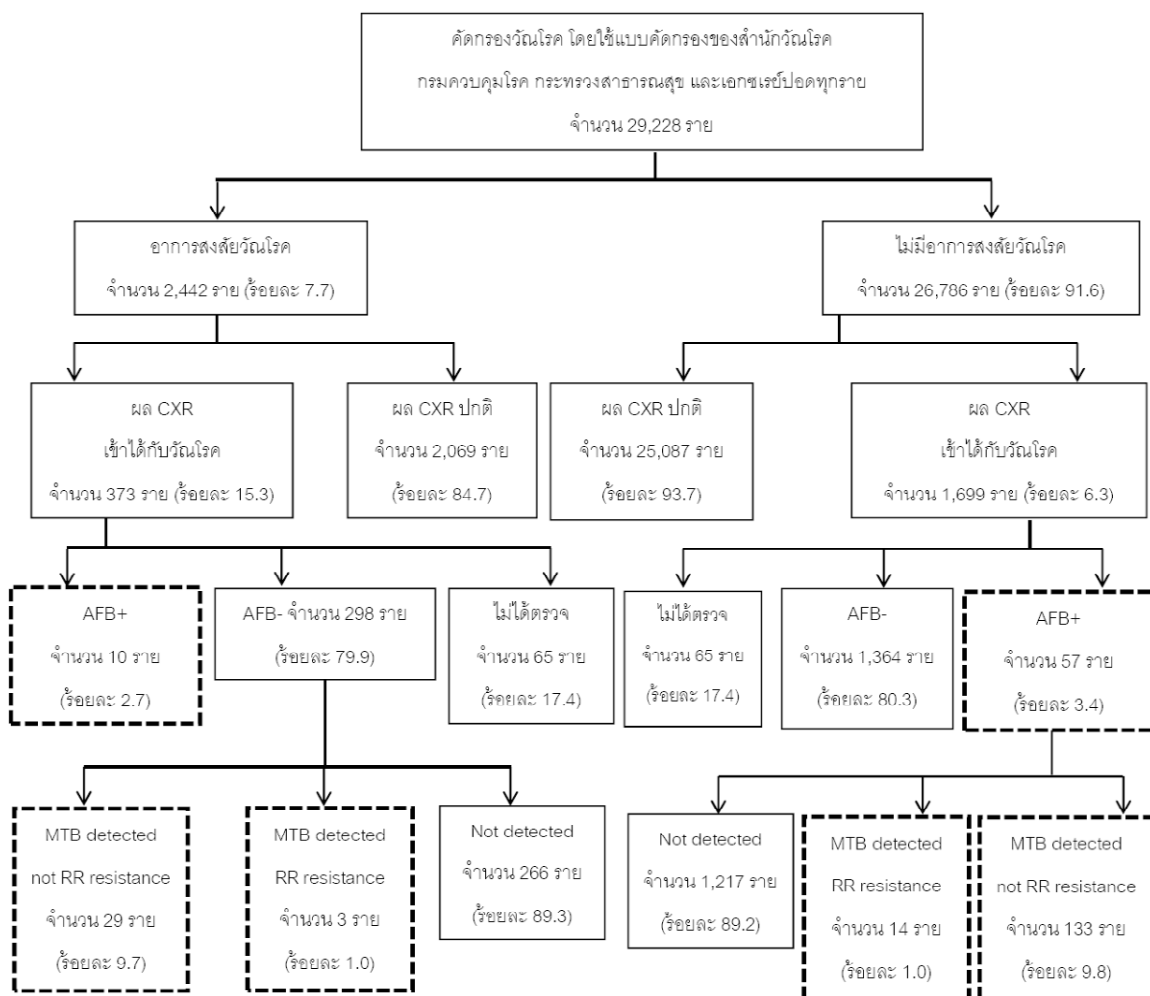
ผลการศึกษา

จากการตรวจคัดกรองผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานในเขตสุขภาพที่ 4 ทั้งหมด 37,564 ราย ซึ่งทุกรายได้รับการตรวจคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคในเรือนจำ และการถ่ายภาพรังสีทรวงอกโดยผู้เขียนได้นำเสนอเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ต้องขัง 29,228 ราย ที่ได้รับการคัดกรองและเมื่อพบผู้ที่มีผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติสงสัยวัณโรค ก็จะมีการเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์และ

เมื่อผลตรวจเสมหะ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์แล้วไม่พบเชื้อ ก็จะเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยวิธีอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ต่อไป ส่วนกลุ่มผู้ต้องขังอีก 8,336 ราย ของเรือนจำกลางบางขวาง จังหวัดนนทบุรี เรือนจำจังหวัดนนทบุรี และเรือนจำจังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้เก็บเสมหะส่งตรวจด้วยวิธีอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ทุกรายที่มีผลเอกซเรย์ทรวงอกผิดปกติสงสัยวัณโรค โดยไม่มีการเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์

ภาพที่ 1 แสดงผลการตรวจคัดกรองในผู้ต้องขังกลุ่มแรก 29,228 ราย จากการศึกษาพบผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคจำนวน 2,442 ราย (ร้อยละ 7.7) ซึ่งในกลุ่มผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคพบมีผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคจำนวน 373 ราย (ร้อยละ 15.3) โดยเมื่อเก็บเสมหะส่งตรวจ AFB พบเชื้อวัณโรคจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 2.7) และเสมหะไม่พบเชื้อจำนวน 298 ราย (ร้อยละ 79.9) ซึ่งกลุ่มที่ไม่พบเชื้อจากการตรวจ AFB นี้ได้รับการตรวจค้นหาเชื้อวัณโรคทางอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF พบเชื้อวัณโรคจำนวน 32 ราย (ร้อยละ 10.7) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีอาการสงสัยวัณโรคจำนวน 26,786 ราย (ร้อยละ 91.6) พบมีผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคจำนวน 1,699 ราย (ร้อยละ 6.3) ซึ่งในกลุ่มนี้พบเชื้อวัณโรคจากการตรวจ AFB จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 3.4) และเสมหะไม่พบเชื้อจำนวน 1,364 ราย (ร้อยละ 80.3) ซึ่งกลุ่มนี้ได้รับการตรวจค้นหาเชื้อวัณโรคต่อไปทางอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF พบเชื้อวัณโรคจำนวน 147 ราย (ร้อยละ 10.8) สรุปพบผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้อรวม 246 ราย โดย 67 ราย (ร้อยละ 27.2) เป็นการค้นหาโดยการเก็บเสมหะส่งตรวจ AFB แล้วพบเชื้อวัณโรค ส่วนอีก 179 ราย (ร้อยละ 72.8) เป็นการตรวจค้นหาเชื้อวัณโรคทางอณูชีววิทยาเพิ่มเติมด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF

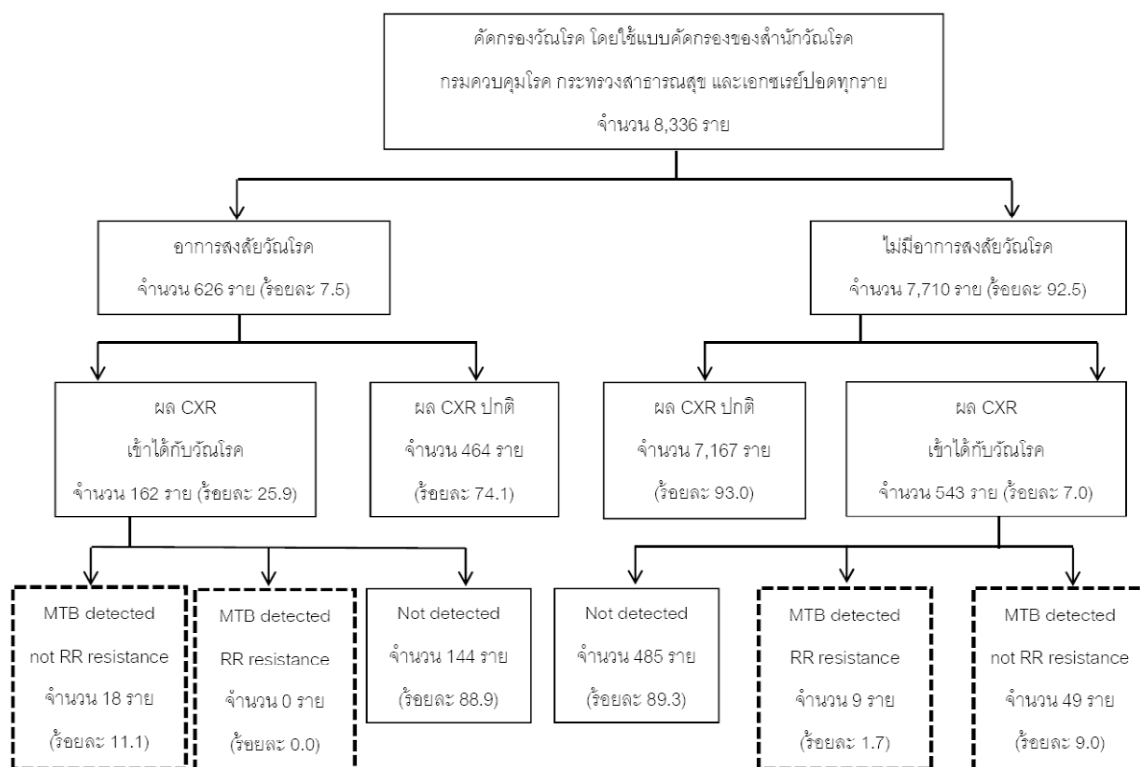
ภาพที่ 1 ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ และการตรวจหาเชื้อวัณโรคทางอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ในผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 29,228 ราย ปี 2560



ภาพที่ 2 แสดงผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองในผู้ต้องขังอีก 8,336 ราย ของเรือนจำกลางบางขวาง จังหวัดนนทบุรี เรือนจำจังหวัดนนทบุรี และเรือนจำจังหวัดปทุมธานี พบผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคจำนวน 626 ราย (ร้อยละ 7.5) โดยในกลุ่มที่มีอาการสงสัยพบผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคจำนวน 162 ราย (ร้อยละ 25.9) และได้รับการตรวจค้นหาเชื้อ

วัณโรคทางอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF พบเชื้อวัณโรคจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 11.1) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีอาการสงสัยวัณโรคจำนวน 7,710 ราย พบมีผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคจำนวน 543 ราย (ร้อยละ 7.0) ซึ่งได้รับการตรวจค้นหาเชื้อวัณโรคทางอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF พบเชื้อวัณโรคจำนวน 58 ราย (ร้อยละ 10.7)

ภาพที่ 2 ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจหาเชื้อวัณโรคทางอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ในผู้ต้องขังในเรือนจำกลางบางขวาง เรือนจำจังหวัดนนทบุรี และเรือนจำจังหวัดปทุมธานี จำนวน 8,336 ราย ปี 2560



เมื่อรวมผลการตรวจคัดกรองผู้ต้องขังทั้งหมด 37,546 ราย พบเป็นวัณโรคปอดพบเชื้อรวม 322 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9 ของผู้ต้องขังทั้งหมดโดยเมื่อวิเคราะห์การตรวจคัดกรองโดยใช้แบบสอบถามการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค แล้วถ่ายภาพรังสีทรวงอกเฉพาะในรายที่มีอาการสงสัย ก็จะพบผู้ป่วยวัณโรคปอดรวม 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.6 ของผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมด 322 ราย ส่วนผู้ป่วยที่เหลืออีก 262 ราย (ร้อยละ 81.4) มาจากกลุ่มผู้ต้องขังที่ไม่มีอาการสงสัยวัณโรคสำหรับการตรวจค้นหาเชื้อวัณโรคทางอณูชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ในรายที่มีผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคและไม่พบเชื้อวัณโรคจากการตรวจ

AFB พบว่าสามารถช่วยให้คัดกรองพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้อีกมากกว่าร้อยละ 70

ข้อมูลทั่วไปและอาการที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยวัณโรค

จากการตรวจคัดกรองผู้ต้องขังทั้งหมด 37,546 ราย พบเป็นวัณโรคปอดจำนวน 322 ราย (ร้อยละ 0.9) และไม่ป่วยเป็นวัณโรคปอดจำนวน 37,242 ราย (99.2) ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและอาการของผู้ต้องขังที่พบเป็นวัณโรคปอด เปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่พบเป็นวัณโรคปอด สำหรับข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มผู้ต้องขังที่พบเป็นวัณโรคปอดมีอายุเฉลี่ยสูงกว่า และเป็นเพศชายมากกว่า

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่พบเป็นวันโรคปอด ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอาการที่พบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการป่วยด้วยโรค ได้แก่ อาการไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์ อาการไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา อาการไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์ น้ำหนักลด

โดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา และมีคะแนนตามเกณฑ์สงสัยวัณโรคตามแบบคัดกรองโดยพบว่ากลุ่มผู้ต้องขังที่พบเป็นวันโรคปอดให้ประวัติมีอาการดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ไม่พบเป็นวันโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและอาการของผู้ต้องขังที่พบเป็นวันโรคปอด เปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่พบเป็นวันโรคปอด

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 37,564)	เป็นวัณโรค (n = 322)	ไม่เป็นวัณโรค (n = 37,242)	P-value*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)				
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	33.5 $\pm$ 10.6	35.4 $\pm$ 10.0	33.4 $\pm$ 10.6	0.001
ความหนาแน่นมวลกาย (กก./ม. ²)				
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	19.7 $\pm$ 8.1	19.1 $\pm$ 5.7	19.7 $\pm$ 8.1	0.067
เพศ				
ชาย	33,491 (89.2)	313 (97.2)	33,178 (89.1)	< 0.001
หญิง	4,073 (10.8)	9 (2.8)	4,064 (10.9)	
ระยะเวลาที่ถูกคุมขัง (ปี)				
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.4 $\pm$ 3.1	2.6 $\pm$ 3.1	2.4 $\pm$ 3.3	0.29
อาการ				
ไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์	877 (2.3)	28 (8.7)	849 (2.3)	< 0.001
ไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา	260 (0.7)	9 (2.8)	251 (0.7)	< 0.001
ไอน้อยกว่า 2 สัปดาห์	1,780 (4.7)	31 (9.6)	1,749 (4.7)	0.002
น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุใน 1 เดือนที่ผ่านมา	1,842 (4.9)	26 (8.1)	1,816 (4.9)	0.030
มีไข้ทุกวันนาน 1 สัปดาห์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา	1,041 (2.8)	22 (6.8)	1,019 (2.7)	< 0.001
เหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืน ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา	912 (2.4)	9 (2.8)	903 (2.4)	0.909
ต่อน้ำเหลืองที่คอมีขนาดโตเกิน 2 ซม.	170 (0.5)	3 (0.9)	167 (0.4)	0.423
มีคะแนนตามเกณฑ์สงสัยวัณโรคตามแบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคในเรือนจำ	3,068 (8.2)	60 (18.6)	3,008 (8.1)	< 0.001

*ตัวแปรเชิงปริมาณใช้สถิติ Unpaired t-test, two sided ส่วนตัวแปรเชิงคุณภาพใช้สถิติ Chi-square test

วิจารณ์

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การคัดกรองวัณโรค โดยใช้แบบสอบถามการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคในเรือนจำ/ทัณฑสถานของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แล้วถ่ายภาพรังสีทรวงอกเฉพาะในรายที่มีอาการสงสัย ก็จะพบผู้ป่วยวัณโรคปอดพบเชื้อเพียงร้อยละ 18.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด ทำให้ผู้ที่มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอดไม่ได้รับการคัดกรองให้เข้าสู่ระบบการวินิจฉัยและรักษา ประกอบกับสิ่งแวดล้อมในเรือนจำที่ต้องขังอยู่กันอย่างแออัด และมีการระบายอากาศไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้โอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนจำค่อนข้างสูง และเมื่อผู้ป่วยวัณโรคมีอาการรุนแรงมากขึ้น หากเข้าสู่ระบบการรักษาล่าช้าอาจทำให้เสียชีวิตได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของศรีเกษ ธัญญาวินิชกุล และระวี ยกบัตร⁽⁷⁾ ที่พบว่า ผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด พบว่าไม่มีอาการแสดงของโรคถึงร้อยละ 80 และพบว่าแบบคัดกรองวัณโรคมีความไวต่อการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำค่อนข้างต่ำ ควรมีการถ่ายภาพรังสีทรวงอกควบคู่ไปด้วย และจากการศึกษาที่รัฐนิวยอร์ก⁽⁸⁾ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มที่ไม่มีอาการแสดง แต่มีผลการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคถึงร้อยละ 57

จากผลการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำและทัณฑสถานครั้งนี้ พบว่าในรายที่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค แต่ตรวจเสมหะ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อ ซึ่งในกลุ่มเสมหะไม่พบเชื้อ AFB นี้ได้นำมาตรวจค้นหาเชื้อวัณโรคทางอนุชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ก็พบผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้ออีกจำนวนมาก สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะดา คุณาวารักษ์ และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของวิธีการวินิจฉัยวัณโรคปอดระหว่างวิธีทางกล้องจุลทรรศน์ (AFB) และวิธีทางอนุชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF โดยพบว่าวิธีทางอนุชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF สามารถตรวจพบผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นจากวิธีทางกล้องจุลทรรศน์ ถึงร้อยละ 34 และมีความคุ้มค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยต่อรายถูกกว่าวิธีทาง

กล้องจุลทรรศน์ (AFB) ถึง 340 บาท และจากการศึกษาของ Wekesa et al⁽¹⁰⁾ พบว่าการวินิจฉัยวัณโรค ในกลุ่มที่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค และตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อ และนำไปตรวจค้นหาเชื้อวัณโรคทางอนุชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ก็พบผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.1

สรุป

การใช้แบบสอบถามการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคในเรือนจำ/ทัณฑสถานของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แล้วถ่ายภาพรังสีทรวงอกเฉพาะในรายที่มีอาการสงสัย ก็จะพบผู้ป่วยวัณโรคปอดพบเชื้อเพียงร้อยละ 18.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด ทำให้ผู้ที่มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอดไม่ได้รับการคัดกรองให้เข้าสู่ระบบการวินิจฉัยและรักษา ดังนั้นผู้ต้องขังควรได้รับการคัดกรองวัณโรค โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกปี และผู้ต้องขังรายใหม่ควรได้รับการตรวจร่างกาย โดยเฉพาะการถ่ายภาพรังสีทรวงอกก่อนเข้าเรือนจำ ในส่วนของกระบวนการวินิจฉัย พบว่า ในรายที่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค แต่ตรวจเสมหะ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่พบเชื้อ ซึ่งในกลุ่มเสมหะไม่พบเชื้อ AFB นี้ได้นำมาตรวจค้นหาเชื้อวัณโรคทางอนุชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ก็พบผู้ป่วยวัณโรคพบเชื้ออีกจำนวนมาก ดังนั้นควรพิจารณานำวิธีการตรวจทางอนุชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF มาใช้ร่วมค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเฉพาะกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ควรมีการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำในกลุ่มผู้ต้องขังที่มีผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติเข้าได้กับวัณโรคและการตรวจทางอนุชีววิทยาด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF ไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างสม่ำเสมอ ทุก 6 เดือน
2. ผู้ต้องขังควรได้รับการคัดกรองวัณโรค และตรวจร่างกาย โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกปี และ

ผู้ต้องขังรายใหม่ทุกรายควรได้รับการตรวจร่างกาย ก่อนเข้าเรือนจำ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรพิจารณานำวิธีการตรวจทางอณูชีววิทยาด้วย เครื่อง Xpert MTB/RIF มาใช้ร่วมค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ปอด โดยเฉพาะกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ต่อการป่วยเป็นวัณโรค เนื่องจากวิธีดังกล่าวสามารถตรวจพบวัณโรคปอดเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายที่ถูกลง และใช้เวลาในการวินิจฉัยน้อยกว่าวิธีทางกล้องจุลทรรศน์ (AFB) ซึ่งจะ ช่วยสกัดกั้นการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรคปอดที่ไม่ดีต่อยา และวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่กำลังเป็นปัญหา ระดับโลก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เรือนจำและ ทัณฑสถานทุกแห่งในพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 4 และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านในพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ช่วยเหลือในการตรวจคัดกรองนี้ และขอขอบคุณ นายแพทย์วิทยา สวัสดิ์วุฒิมงคล ที่ช่วยเหลือและให้ คำแนะนำในการวิเคราะห์และจัดทำรายงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุม วัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2561.
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. การคัดกรองเพื่อ ค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2561.
3. Center for Disease Control and Prevention. Reported tuberculosis in the United States, 1998. 1999 August; [cited 2018 Jul 8]. Available from: URL <http://www.cdc.gov/mchstp/tb>.
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการระดับ ชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2560.
5. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการเร่งรัด การควบคุมวัณโรคในเรือนจำของประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค แอนดี้ดีไซน์; 2552.
6. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์. แนวทางการดำเนินงานชันสูตรวัณโรค แห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ การศาสนา; 2547.
7. ศรีเกษ ธัญญาวินิชกุล, ระวี ยกบัตร. ความไวของ แบบคัดกรองวัณโรคสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารควบคุมโรค 2553; 36(4): 238-246.
8. Layton MC, Henning KJ, Alexander TA, Gooding AL, Reid C, Heyman BM, et al. Universal radiographic screening for tuberculosis among inmates upon admission to jail. Am J Public Health 1997; 87: 1335-1337.
9. ปิยะดาคุณาวรรักษ์, เจริญชูโชติถาวร, สุนธาดางศ์, พัฒนา โพธิแก้ว, สุรเชษฐ์ อนุธอง. ต้นทุน ประสิทธิภาพในการวินิจฉัยวัณโรค วัณโรคดื้อยา หลายขนานของวิธีการตรวจที่รวดเร็ว โดยเทคนิค ทางโมเลกุล (XpertTB/RIF) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐาน การควบคุมโรค กรมควบคุมโรค; 2556 [สืบค้นเมื่อ 8 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.irem2.ddc.moph.go.th/research/4828>.
10. Wekesa C, Kirenga BJ, Joloba ML, Bwanga F, Katamba A, Kamya MR. Chest X-ray vs. Xpert MTB/RIF assay for the diagnosis of sputum smear-negative tuberculosis in Uganda. Int J Tuberc Lung Dis 2014; 18(2): 216-219.

ความครบถ้วนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561

The completeness of registration of new and relapse cases of tuberculosis in Nakhon Nayok Hospital, fiscal year 2018

ณรงค์เดช พิมพรรณ ส.บ.*

Narongdech Pimphan B.P.H.

สุชาญวัชร สมสอน พย.บ.*

Suchanwat Somsorn B.N.S.

ดารณี ภักดีวาปี พท.บ.(ชีววิทยา)*

Darane Pukwapee B.Sc. (Biology)

สุภาภรณ์ วัฒนารว พท.ม.(สุขภาพศึกษา)*

Supaporn Watanatorm M.Sc. (Health Education)

เพชรวรรณ พงษ์รัตน์ ปร.ด.(ระบาดวิทยา)**

Petcharawan Puengrassami Ph.D. (Epidemiology)

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

Office of Disease Prevention and Control, Region 4, Saraburi

**กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาความครบถ้วนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561 กลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ ขึ้นทะเบียนรักษาในระบบ TBCM online โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 258 ราย เทียบกับข้อมูลเวชระเบียน ICD-10 ข้อมูลการรับยา Rifampicin และ Isoniazid จากงานเภสัชกรรม และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ผล AFB เป็นบวก ผล Xpert MTB/RIF เป็นบวก ผล culture เป็นบวก ผลตรวจทางพยาธิวิทยา (extrapulmonary) ตั้งแต่ตุลาคม 2560 ถึงกันยายน 2561 ในโรงพยาบาลนครนายก วิเคราะห์สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำขึ้นทะเบียนในระบบ TBCM online จำนวน 258 ราย และไม่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5 โดยสาเหตุการไม่ขึ้นทะเบียน เป็นผู้ป่วยวัณโรค 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 และเปลี่ยนวินิจฉัยหลังการรับยา Rifampicin และยา Isoniazid 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.1 ซึ่งเปลี่ยนการวินิจฉัยหลังการรับยาเป็นโรคเยื่อหุ้มปอดอักเสบ (Pleuritis) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) และโรคมะเร็งปอด (lung cancer)

ข้อเสนอแนะ การดำเนินการป้องกันควบคุมโรค ควรให้ความสำคัญกับการตรวจสอบข้อมูลการมารับบริการ โดยเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างข้อมูลเวชระเบียน ICD-10 ข้อมูลการรับยา Rifampicin และ Isoniazid จากงานเภสัชกรรม และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ผล AFB เป็นบวก ผล Xpert MTB/RIF เป็นบวก ผล culture เป็นบวก แล้วนำมาขึ้นทะเบียนในระบบให้ครบถ้วนต่อไป

คำสำคัญ: การขึ้นทะเบียน วัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

Abstract

The purpose of this research is to study the completeness of registration of new and relapse tuberculosis patients in Nakhon Nayok Hospital, fiscal year 2018. The samples used in this study were new and relapse tuberculosis patients who registered for treatment in the TBCM online system 258 cases in fiscal year 2018, compared with ICD- medical records, Information on the use of Rifampicin and Isoniazid drugs from pharmaceuticals and laboratory data which AFB results were positive, Xpert MTB/RIF results were positive, Culture results were positive, and Pathological examination that results from October 2017 to September 2018 in Nakhon Nayok Hospital. Analyze the statistics used as descriptive statistics such as percentage.

The study indicated that New and recurrent tuberculosis patients registered 258 cases in TBCM online system and not registered for 4 cases, representing 1.5 percent. Were 1 TB patient, accounted for 0.4 percent and changed diagnosis after receiving Rifampicin and Isoniazid 3 cases, representing 1.1 percent, which changed after diagnosis of Pleuritis, Pneumonia and lung cancer.

From the results of the study to prevent disease control Should focus on checking the information of the service received by linking data between medical records, ICD-10 data, receiving medicines Rifampicin and Isoniazid from the pharmaceutical work And laboratory data such as AFB, Xpert MTB/RIF, Culture then registered in the system to complete.

Key words: Registration, Tuberculosis, New and Relapse

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและยังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการป่วยและการเสียชีวิตในหลายๆประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทย อยู่ใน 14 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลก จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) โดยกำหนดเป้าหมายของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคไว้ในปี พ.ศ.2578 ลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากร และลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลง ร้อยละ 95 เทียบกับปี พ.ศ.2558 สำหรับประเทศไทย ได้จัดทำยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคและแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2560-2564 โดยมีมาตรการเร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค พัฒนาศักยภาพบุคลากร

เพื่อการป้องกันดูแลรักษา การควบคุมวัณโรค สร้างกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์อย่างยั่งยืน และส่งเสริมการวิจัย พัฒนานวัตกรรมการป้องกันดูแลรักษาควบคุมวัณโรค⁽¹⁻²⁾

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (new ; N) และผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (relapse ; R) จะต้องได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาในระบบไม่น้อยกว่าร้อยละ 82.50 ตามค่าเป้าหมาย PA กระทรวง ปิงบประมาณ 2561 ประเทศไทยมีการรายงานความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในระบบโปรแกรม TBCM online ร้อยละ 73.50 โดยเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 63.30 และจังหวัดนครนายกร้อยละ 78.07 ซึ่งจังหวัดนครนายกมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสียชีวิตสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 4 ร้อยละ 15.40⁽³⁻⁴⁾

จากการศึกษาการประเมินระบบรายงานวัณโรค โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2560 ของกลุ่มงานระบาดวิทยาและข่าวกรองสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโปรแกรม TBCM online จำนวน 243 ราย และไม่ได้ขึ้นทะเบียนฯ 61 ราย แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยวัณโรคจริงแต่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนฯ จำนวน 34 ราย 2) ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตก่อนขึ้นทะเบียนฯ จำนวน 10 ราย 3) ผู้ป่วยส่งต่อไปรักษาที่อื่นจำนวน 12 ราย และ 4) อื่นๆ จำนวน 5 ราย เครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุมวัณโรค นอกจากการรักษาที่มีประสิทธิภาพ คือ ข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่ดีในระบบรายงานวัณโรค กล่าวคือ สามารถบอกขนาดของปัญหาที่แท้จริงได้ บอกแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโรค และข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้วางแผนการดูแลรักษาและควบคุมป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง ประเทศไทยจึงจัดทำระบบรายงานวัณโรคในโปรแกรม TBCM offline เป็นฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำระดับประเทศ และเริ่มปรับเปลี่ยนเป็นข้อมูลออนไลน์ในปีงบประมาณ 2559 ซึ่งโรงพยาบาลนครนายกเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีการนำระบบรายงานนี้มาใช้ในปีงบประมาณ 2561⁽⁴⁻⁵⁾

ผู้วิจัยจึงจัดทำกิจกรรมเพื่อสำรวจความครบถ้วนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของโรงพยาบาลนครนายก โดยทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาล 3 ฐาน ได้แก่ 1) รหัส ICD-10 (A15-A19) 2) ข้อมูลการรับยาไรแฟมพิซิน (Rifampicin) และไอโซไนอะซิด (Isoniazid) จากงานเภสัชกรรม 3) ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ การตรวจหาเชื้อย้อมติดสีทนกรด (Acid fast bacilli: AFB) การตรวจวินิจฉัยโรคด้วย Gene X-pert การตรวจวินิจฉัยโรคด้วย culture และข้อมูลการตรวจพยาธิวิทยา (extrapulmonary) จากการทบทวนเวชระเบียนทั้ง 3 ฐาน ตรวจสอบโดยไม่นับซ้ำ

ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคที่โรงพยาบาลนครนายกในปีงบประมาณ 2561 นำข้อมูลผู้ป่วยทั้ง 3 ฐาน มาเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในระบบ TBCM online เพื่อนำข้อมูลจากการทบทวนและวิเคราะห์ไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

วัตถุประสงค์

ศึกษาความครบถ้วนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในระบบ TBCM online โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 258 ราย เทียบกับข้อมูลเวชระเบียน ICD-10 ข้อมูลการรับยา Rifampicin และ Isoniazid จากงานเภสัชกรรม และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ผล AFB เป็นบวก ผล Xpert MTB/RIF เป็นบวก ผล culture เป็นบวก ผลตรวจทางพยาธิวิทยา (extrapulmonary) ตั้งแต่ตุลาคม 2560 ถึงกันยายน 2561 ในโรงพยาบาลนครนายก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตำราวิชาการที่เกี่ยวข้อง โดยเครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและพิจารณาความสอดคล้องของเครื่องมือ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องและเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกใช้วิธีการคัดลอกข้อมูลการเก็บข้อมูลข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในระบบ TBCM Online โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 258 ราย ข้อมูลเวชระเบียน ICD-10 ข้อมูลการรับยา Rifampicin และ Isoniazid จากงานเภสัชกรรม และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ผล AFB เป็นบวก ผล Xpert MTB/RIF เป็นบวก ผล culture เป็นบวก ผลตรวจทางพยาธิวิทยา (extrapulmonary) ตั้งแต่ตุลาคม 2560 ถึง กันยายน 2561 ในโรงพยาบาลนครนายก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข งานวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เลขที่ 2562/1

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS มีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลจำแนกจะนำเสนอในรูปของการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสามารถสรุปผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของโรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561 ขึ้นทะเบียนในระบบ TBCM online จำนวน 258 ราย และไม่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 4 ราย สาเหตุที่ไม่ขึ้นทะเบียนมีรายละเอียดดังนี้ โดยพบในฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย ตามรหัส ICD-10 (A15-A19) ร่วมกับฐานข้อมูลการใช้ยา Rifampicin และยา Isoniazid จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคไม่ขึ้นทะเบียน TBCM Online โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561 แบ่งตามสาเหตุการไม่ขึ้นทะเบียน

ผู้ป่วยจาก ICD-10/ การใช้ยา Rifampicin และยา Isoniazid/
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรค (AFB+, Xpert MTB/RIF +, Culture+)

		พบ	ไม่พบ	รวม
ผู้ป่วยจาก TBCM online	พบ	258	0	258
	ไม่พบ	4	0	4
	รวม	262	0	262

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของโรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561 ขึ้นทะเบียนในระบบ TBCM online จำนวน 258 ราย และไม่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 4 ราย สาเหตุที่ไม่ขึ้นทะเบียน มีรายละเอียดดังนี้ โดยพบในฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย ตามรหัส ICD-10 (A15-A19) ร่วมกับฐานข้อมูลการใช้ยา Rifampicin และยา Isoniazid จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรคไม่ได้ขึ้นทะเบียน TBCM online โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561 มีทั้งหมด 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5 แบ่งตามสาเหตุการไม่ขึ้นทะเบียน พบว่า เป็นผู้ป่วยวัณโรคจริง แต่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 และเปลี่ยนวินิจฉัยหลังการรับยา Rifampicin และยา Isoniazid 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.1 ซึ่งเปลี่ยนการวินิจฉัยหลังการรับยาได้แก่ โรคเยื่อหุ้มปอดอักเสบ (Pleuritis) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) และโรคมะเร็งปอด (lung cancer)

วิจารณ์

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและยังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการป่วยและการเสียชีวิตในหลายๆประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทย อยู่ใน 14 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลก จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) โดยกำหนดเป้าหมายของยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคไว้ในปี พ.ศ.2578 ลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากร และลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลงร้อยละ 95 เทียบกับปี พ.ศ.2558 จากการทำหน้าที่ผ่านมามากความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (new ; N) และผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (relapse ; R) จะต้องได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาในระบบไม่น้อยกว่าร้อยละ 82.50 ตามค่าเป้าหมาย PA กระทรวง

เครื่องมือที่สำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุมวัณโรค นอกจากการรักษาที่มีประสิทธิภาพ คือ ข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่ดีในระบบรายงานวัณโรค กล่าวคือ สามารถบอกขนาดของปัญหาที่แท้จริงได้ บอกแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโรค และข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้วางแผนการดูแลรักษาและควบคุมป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง จากผลการศึกษาที่ผ่านมานั้น สามารถชี้ให้เห็นถึงภาระงานที่ส่งผลกระทบต่อความคลาดเคลื่อนของการวินิจฉัยโรคได้ นอกจากนั้นยังแสดงให้เห็นในเรื่องของสาเหตุการไม่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในระบบ โดยพบว่าการใช้ยา Rifampicin และยา Isoniazid แต่ไม่ได้นำผู้ป่วยมาขึ้นทะเบียนในระบบ ซึ่งส่งผลให้การนำข้อมูลในระบบไปใช้ประโยชน์ต่อไป เช่น เบิกค่าใช้จ่ายการรักษาจาก สปสช. การติดตามการรักษาผู้ป่วย กำหนดนโยบายวางแผนทั้งในระดับจังหวัด เขต และประเทศ ซึ่งจากการศึกษาความครบถ้วนการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำยังไม่ครบถ้วนทั้งหมด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ผ่านมา⁽⁶⁻¹²⁾ ศึกษาครั้งนี้มีร้อยละความครอบคลุมมากกว่า สืบเนื่องจากการมีตัวชี้วัดค่ารับรองในการกำกับกับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนอาจด้วยการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย ทั้งนี้ในโรงพยาบาลมีการเชื่อมต่อข้อมูลต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานวัณโรคจึงควรให้ความสำคัญกับการตรวจสอบข้อมูลการมารับบริการโดยเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างข้อมูลเวชระเบียน ICD-10 ข้อมูลการรับยา Rifampicin และ Isoniazid จากงานแล็บซกรรม และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ผล AFB เป็นบวก ผล Xpert MTB/RIF เป็นบวก ผล culture เป็นบวก แล้วนำมาขึ้นทะเบียนในระบบให้ครบถ้วนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค สำนักโรค. แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย พ.ศ.2559. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2559.
2. กรมควบคุมโรค สำนักโรค. แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย พ.ศ.2561. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2561.
3. กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี. สรุปผลข้อค้นพบจากการประเมินระบบรายงานโรค (TBCM online) ปีงบประมาณ 2560: สระบุรี; 2560.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี. TBCM online. รายงานโรค รายบุคคล ปีงบประมาณ 2561. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://tbcmthailand.net/uiiform/Mainfeed.aspx>
5. กลุ่มยุทธศาสตร์และประเมินผล สำนักโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคของประเทศไทย. สำนักโรค. 2561; 1-1.
6. กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี. สรุปผลข้อค้นพบจากการประเมินระบบรายงานโรค (TBCM online) ปีงบประมาณ 2560. 2560; 1-4.
7. นริศ บุญธนภัทร, อภิญา เชื้อสุวรรณ, ชุติพร จิระพงษา. ความครอบคลุมของการรายงานผู้ป่วยโรคชาวไทยและต่างด้าวและสถานการณ์ของโรคในชาวไทยและต่างด้าว จังหวัดน่าน ปีงบประมาณ 2550-2558. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2560; 18(13), 193-201.
8. ปิยะณัฐ บุญประดิษฐ์, อร่าม เกตมณี. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2556; 46(พิเศษ), 68-75.
9. วรสิทธิ์ ไหลหรั่ง, พูลศรี ศิริโชติรัตน์, อำไพพร สุธรรมวิรัช, บุญมี ทองออน. ความถูกต้องและครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยโรคในจังหวัดมุกดาหาร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2546; 35(41), 719-723.
10. สมศักดิ์ อุทัยพิบูลย์, จิตรลดา กิจเจริญทรัพย์. การประเมินระบบข้อมูลและระบาดวิทยาผู้ป่วยโรคโรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2544. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2554; 34(37), 693-699.
11. กรรณิกา ทานะชนันท์, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ในจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ.2556. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556; 6(3): 11-20.
12. อรทัย ศรีทองธรรม, อมรรัตน์ จงตระกูลสมบัติ, อุบลศรี ทาบุตรดา, ศิริวรรณ อุทธา, ชุติมา ผลานันท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดยาและรักษาล้มเหลวในผู้ป่วยโรคติดต่อในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2560. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560; 26: 289-298.

ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher ต่อภาวะโภชนาการ และความรู้ของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนำร่อง 4 โรงเรียน จังหวัดสมุทรปราการ

The Result of Smart kid Coacher Application on Nutritional and Knowledge of Overweight School Children at 4 Pilot School Sammutprakan

กุลณี แสงนาค
โรงพยาบาลสมุทรปราการ

Kunatee sangnak
Samutprakan Hospital

บทคัดย่อ

ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาที่พบมากขึ้นในเด็กวัยเรียนซึ่งโรคอ้วนเป็นปัจจัยที่นำไปสู่โรคเรื้อรังได้มากมายเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher ต่อภาวะโภชนาการและความรู้ของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนนำร่อง 4 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนวัดแพรกษา โรงเรียนนาครีวิทยา โรงเรียนเทศบาล 1 ในระบบสาธารณสุขอำเภอ และโรงเรียนชุมชนวัดราษฎร์บำรุงที่มีภาวะโภชนาการเกิน ใช้วิธีเลือกสุ่มแบบเจาะจงจำนวน 136 คน โดยประยุกต์ใช้การจัดการน้ำหนักเด็กของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และประเมินภาวะโภชนาการด้วยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงวิเคราะห์ความรู้ของเด็กในการการบริโภคอาหารการออกกำลังกายก่อนเข้าร่วมโครงการกับหลังเข้าร่วมโครงการ 1 3 และ 6 เดือน โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้การบริโภคอาหารและออกกำลังกายก่อนและภายหลังเข้าร่วมโครงการ 1 3 และ 6 เดือนไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > .05$) ส่วนภาวะโภชนาการภายหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า นักเรียนมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นและความสูงเพิ่มขึ้น พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการคงที่ จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 83.83 รองลงมามีภาวะโภชนาการจาก +3 S.D. ลดลงเป็น +2 S.D. จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8.09 จาก +2 S.D. ลดลงเป็น +1.5 S.D. จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.62 จาก +2 S.D. ลดลงเป็น Median จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74 และภาวะโภชนาการจาก +2S.D. เพิ่มขึ้นเป็น +3S.D. จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74 ตามลำดับโดยสรุปจะเห็นว่าภาวะโภชนาการของนักเรียนยังไม่แตกต่างจากตอนเริ่มโครงการ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้โรงเรียนจัดกิจกรรมที่เน้นการความตระหนักจัดกิจกรรมเสริมแรงจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการออกกำลังกายเช่นการเข้มงวดในการขายอาหารที่ไม่มีประโยชน์แก่แม่ค้าทั้งในและนอกบริเวณโรงเรียนการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายก่อนและหลังเลิกเรียนการจัดหาน้ำดื่มที่สะอาดและเพียงพอทั้งจำนวนนักเรียนทั้งนี้ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนและสถานบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรม Smart Kid Coacher ภาวะโภชนาการ ความรู้

ABSTRACT

Majorities of problems on school-age children are overweight and obesity and those are the risk to chronic illness. The quasi-experimental research design was conducted. This study aimed to test the effect of Smart Kid Coacher program on nutrition status and Knowledge of nutrition among students with overweight. There were 136 participants who were convenience sampling method from 4 areas of the primary school. Those consisted 1) Wat PhraekKaSa School 2) NakdeeWitthaya School 3) Municipal School 1 in Ramkhamhaeng Demonstrated School and 4) Wat Rat Bamrung Community School. The Smart Kid Coacher program was applied from Child Weight Management of the Department of Health Ministry of Public Health and Pender's health promotion model, and which was conducted after data collecting at baseline. There were 2 parts of data collections; 1) the questionnaires that covered eating and exercise behavior, and 2) body mass index. Those were collected in 3 times; baseline, post-experiment at 3 months, and follow up period at 6 months. The descriptive statistics; frequency, percentile, and mean were used.

The finding; there was no significance of knowledge of nutrition in those of pre-experiment, post-experiment, and follow up (p -value $>.05$). However, in post-experiment; there were higher levels of nutrition status with different significance than pre-experiment. Most of the participants (88.83%) had constant both of body weight and height. 11 participants decreased +3 S.D. to +2 S.D. (8.09%), 9 participants decreased +2 S.D. to +1.5 S.D. (6.62%), and only one participant decreased +2 S.D. to Median (0.74%). In contrast there one participant increased in nutrition status from +2S.D. to +3S.D. (0.74%). Therefore, these results showed that no difference of nutrition status and researcher recommend that; 1) should encourage schools to organize activities that focused on self-awareness, empowerment and provide the environment for nutrition behavior modification.

Keywords: Smart Kid CoacherProgram, Nutrition status, Nutrition knowledge

บทนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปีงบประมาณ 2553 พบภาวะโภชนาการเกินประมาณ 400,000 ราย ปี 2554 รายงานจากการสำรวจการรับประทานอาหารของคนไทย ในระดับประเทศพบว่า เด็กและวัยรุ่นอายุ 3 - 18 ปี มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 7.6 และโรคอ้วนร้อยละ 9.0¹ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับสัดส่วนเด็กไทยที่มีแนวโน้มสู่ภาวะเป็นเด็กอ้วนในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าในปี 2558 เด็กก่อนวัยเรียนในประเทศไทยจะกลายเป็นเด็กอ้วนในสัดส่วนที่สูงขึ้น

เทียบระหว่างเด็กอ้วนและเด็กธรรมดาคิดเป็น 1 ใน 5 ส่วนเด็กในวัยเรียนจะมีสัดส่วนของเด็กอ้วนอยู่ที่ 2 ใน 10 โดยเฉพาะเด็กในเมืองจะอ้วนร้อยละ 20-25 ทั้งหมดนี้นับเป็นอุบัติการณ์โรคอ้วน ในเด็กไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากสถิติ ดังกล่าวชี้ได้ว่าไทยเป็นประเทศที่มีอัตราโรคอ้วนในเด็กเร็วที่สุดในโลก เฉพาะระยะ 5 ปีที่ผ่านมาเด็กก่อนวัยเรียนอ้วนเพิ่มร้อยละ 36 และเด็กวัยเรียน 6-13 ปี อ้วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.5²

โรคอ้วนในเด็กกำลังเป็นปัญหาสำคัญที่เพิ่มขึ้นในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าทั่วโลกมีประชากรอย่างน้อย 300 ล้านคน

ที่กำลังเผชิญปัญหาโรคอ้วน สำหรับประเทศไทยแนวโน้มสูงขึ้นมากจนน่าเป็นห่วง ในประเทศไทยแม้มีการจัดการเพื่อควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาวะโรจนการเกินในเด็กนักเรียนมากกว่า 20 ปีแล้วก็ตาม แต่สถานการณ์เด็กอ้วนยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ดังจะเห็นได้จากการสำรวจเมื่อปี 2546 เด็กวัยเรียนมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 5.4 ในปี 2552 ร้อยละ 9.7 และในปี 2556 ร้อยละ 16.7 ซึ่งการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กลุ่มเด็กวัยเรียนเริ่มอ้วนและอ้วนไม่เกิน ร้อยละ 10³ จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขในปี 2556 พบภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน ร้อยละ 8.8 และในปี 2557 ร้อยละ 9.5 สูงสุดพบใน 4 เขตสุขภาพ ได้แก่ เขตสุขภาพ 3, 4, 6 และ 12 คิดเป็น ร้อยละ 11.3, 12.3, 12.4 และ 11.1 ตามลำดับ และจังหวัดสมุทรปราการเขตอำเภอเมือง ในปี 2558 พบภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียน ร้อยละ 13.3⁴ ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบให้ปัญหาดังกล่าวขยายวงกว้างครอบคลุมทุกพื้นที่

จากแนวโน้มของการบริโภคอาหารในเขตชุมชนเมืองได้รับอิทธิพลจาก สื่อโฆษณาต่าง ๆ และร้านอาหารต่าง ๆ ไม่รู้คุณค่าของเงิน และขาดการออกกำลังกาย รวมไปถึงผู้ปกครองขาดการดูแลเอาใจใส่หรือตามใจมากเกินไปจนเหตุ ทำให้เด็กเหล่านี้รวมทั้งผู้ใหญ่ในครอบครัวจึงมีปัญหาโรคอ้วนเพิ่มขึ้น ตามลำดับ ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพในเด็กอ้วนเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน หอบ และความดันโลหิตสูง ทั้งที่ควรจะเป็นโรคในวัยผู้ใหญ่เช่นเดียวกัน ปัญหาสุขภาพโภชนาการที่เกิดจากการขาดสารอาหาร การรับประทานไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้เด็กมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จะส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ

การเรียนรู้ของเด็กไม่ได้เต็มศักยภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรปราการ โรงเรียนนาร่อง 4 โรงเรียนจำนวน 136 คน โดยใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher ซึ่งเป็นคู่มือการจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁵ ประกอบด้วยเรื่องอาหาร โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ เพื่อควบคุมความอยากอาหาร และเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและเป็นแนวทางในการส่งเสริมแก้ไขปัญหาวะโรจนการเกินเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไปเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาวะโรจนการเกิน ทำให้เด็กทุกคนดูดีมีพละนาญจึงต้องบูรณาการทั้งที่ตัวเด็ก ครอบครัว โรงเรียนและสิ่งแวดล้อมไปพร้อม ๆ กัน อาศัยหลักชุมชนมีส่วนร่วมการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชน จึงจะทำให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาลต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher ต่อภาวะโภชนาการและความรู้ของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนนาร่อง 4 โรงเรียน จังหวัดสมุทรปราการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนนาร่อง 4 โรงเรียน จังหวัดสมุทรปราการ ก่อนประยุกต์ใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher และหลังประยุกต์ใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher

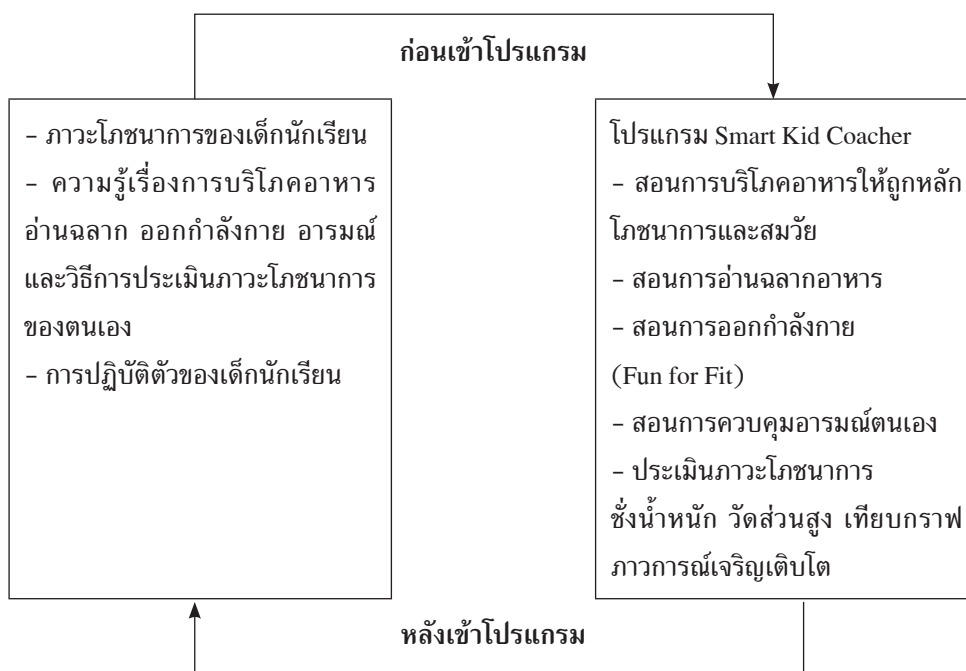
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนนาร่อง 4 โรงเรียน จังหวัดสมุทรปราการก่อนประยุกต์ใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher และหลังประยุกต์ใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher

ขอบเขตการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้

โปรแกรม Smart Kid Coacher ต่อภาวะโภชนาการและความรู้ของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนนาร่อง 4 โรงเรียน จังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ โรงเรียนวัดแพรกษา โรงเรียนนาครดีวิทยา โรงเรียนเทศบาล 1 ในระบบสาธารณสุขอำเภอ และโรงเรียนชุมชนวัดราษฎร์บำรุง จำนวน 136 คน เพศชาย 88 คนและเพศหญิง 48 คน

กรอบแนวคิดงานวิจัย



วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher ต่อภาวะโภชนาการและความรู้ของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนนาร่อง 4 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนวัดแพรกษา โรงเรียนนาครีวิทยา โรงเรียนเทศบาล 1 ในระบบสาธารณสุขคำแหง และโรงเรียนชุมชนวัดราษฎร์บำรุง ใช้วิธีเลือกสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 136 คน โดยประยุกต์ใช้การจัดการน้ำหนักเด็กของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และประเมินภาวะโภชนาการด้วยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง วิเคราะห์ความรู้ของเด็กในการการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมโครงการกับหลังเข้าร่วมโครงการ 1 3 และ 6 เดือน โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด

จะทำการตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม SPSS for window (Statistical Package for the Social Sciences) Version 17

2. สถิติที่ใช้ในการวิจัย ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พรรณนาข้อมูลลักษณะทางประชากรการการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมโครงการกับหลังเข้าร่วมโครงการ 1 3 และ 6 เดือน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยทั้ง 4 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนวัดแพรกษา โรงเรียนนาครีวิทยา โรงเรียนเทศบาล 1 ในระบบสาธารณสุขคำแหง และโรงเรียนชุมชนวัดราษฎร์บำรุงจำนวน 136 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 64.70 และเพศหญิง จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 35.29 นักเรียนทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 11.04 ปีดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ เพศและอายุของกลุ่มตัวอย่าง

โรงเรียน	จำนวน	เพศ				อายุ	
		ชาย		หญิง		mean	SD
		n	ร้อยละ	n	ร้อยละ		
โรงเรียนวัดแพรกษา	39	24	61.5	15	28.5	12.20	1.45
โรงเรียนนาครีวิทยา	29	14	35.5	15	38.5	10.10	1.52
โรงเรียนเทศบาล 1 ในระบบสาธารณสุขคำแหง	34	23	59.0	11	28.2	12	1.47
โรงเรียนชุมชนวัดราษฎร์บำรุง	34	27	69.2	7	17.9	9.88	1.70
รวม	136	88		48		11.04	

2. เปรียบเทียบน้ำหนักก่อนและหลังการทำวิจัย
กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักก่อนทำวิจัยเฉลี่ย 64.56 กิโลกรัม
หลังการทำวิจัยเฉลี่ย 67.17 กิโลกรัมความสูงก่อนเข้าทำ

วิจัยเฉลี่ย 148.77 เซนติเมตร หลังเข้าทำวิจัยเฉลี่ย
151.68 เซนติเมตร ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบน้ำหนัก ส่วนสูง ก่อนและหลังการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

โรงเรียน	n	Mean			
		น้ำหนัก(kg)		ส่วนสูง(cm)	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
โรงเรียนวัดแพรกษา	39	72.89	75.67	156.74	158.30
โรงเรียนนาครีวิทยา	29	65.03	68.02	147.23	150.14
โรงเรียนเทศบาล 1 ในระบบสาธิตรามคำแหง	34	63.53	66.33	147.5	152.18
โรงเรียนชุมชนวัดราษฎร์บำรุง	34	55.37	57.26	142.24	145.15

3. เปรียบเทียบภาวะโภชนาการก่อนและหลังเข้า
ภาวะโภชนาการของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบรายบุคคลโดยใช้น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงพบว่า
ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการคงที่จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 83.83 รองลงมาภาวะโภชนาการจากอ้วนลดลง
เป็นเริ่มอ้วนจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8.09 จาก เริ่มอ้วน ลดลงเป็นท้วม จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.62
จาก เริ่มอ้วน ลดลงเป็น สมส่วน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74 และภาวะโภชนาการจากเริ่มอ้วน เพิ่มขึ้น
เป็นอ้วน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74 ตามลำดับ

โดยรวมพบว่านักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินก่อนเข้า
โครงการเมื่อใช้เกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ภาวะอ้วน
จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 80.15 หลังเข้าโครงการ
จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 72.80 และก่อนเข้าโครงการ
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ภาวะเริ่มอ้วน จำนวน
27 คน คิดเป็นร้อยละ 19.86 หลังเข้าโครงการจำนวน
27 คน คิดเป็นร้อยละ 19.86 หลังเข้าโครงการมีนักเรียน
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ภาวะท้วม จำนวน 9 คน คิดเป็น
ร้อยละ 6.62 และ สมส่วน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74
ดังแสดงใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะโภชนาการเปรียบเทียบรายบุคคลก่อนและหลัง(N=136)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ภาวะโภชนาการจาก อ้วน ลดลงเป็น เริ่มอ้วน	11	8.09
ภาวะโภชนาการจาก เริ่มอ้วน ลดลงเป็น ท้วม	9	6.62
ภาวะโภชนาการจาก เริ่มอ้วน ลดลงเป็น สมส่วน	1	0.74
ภาวะโภชนาการจาก เริ่มอ้วน เพิ่มขึ้นเป็น อ้วน	1	0.74
ภาวะโภชนาการคงที่	114	83.83

4. เปรียบเทียบคะแนนความรู้การบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 1 3 และ 6 เดือน
คะแนนความรู้การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 1 3 และ 6 เดือน
ไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > .05$) แต่พบว่า

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้น
ส่วนภาวะโภชนาการภายหลังเข้าร่วมโครงการ 1 3 และ 6 เดือน พบว่าด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน
ของนักเรียน มีคะแนนเพิ่มขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียน

โรงเรียน	คะแนนเฉลี่ยการสอบวัดความรู้		
	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน
โรงเรียนวัดแพรกษา	7.82	8.15	9.12
โรงเรียนนาครีวิทยา	7.89	8.07	8.95
โรงเรียนเทศบาล 1 ในระบบสาธิตรามคำแหง	7.95	8.03	8.96
โรงเรียนชุมชนวัดราษฎร์บำรุง	8.23	8.3	9.13
รวม	7.97	8.13	9.04

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน ด้านความรู้และด้านการปฏิบัติในเรื่อง อารมณ์กับความอ้วน กินพอดีไม่มีอ้วน อ่านฉลากอย่างฉลาด และ Fun For Fit เพิ่มขึ้นเล็กน้อยหลังเสร็จสิ้นโครงการ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนและภายหลังเข้าร่วมโครงการ 1 3 และ 6 เดือนไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > .05$) ส่วนภาวะโภชนาการภายหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า นักเรียนมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นและความสูงเพิ่มขึ้น พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการคงที่จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 83.83 รองลงมาภาวะโภชนาการจากอ้วนลดลงเป็นเริ่มอ้วนจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8.09 จาก เริ่มอ้วนลดลงเป็นท้วม จำนวน

9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.62 จากเริ่มอ้วนลดลงเป็นสมส่วนจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74 และภาวะโภชนาการจาก เริ่มอ้วนเพิ่มขึ้นเป็นอ้วนจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74 ตามลำดับ

โดยสรุปจะเห็นว่าภาวะโภชนาการของนักเรียนยังไม่แตกต่างจากตอนเริ่มการวิจัย ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้โรงเรียนจัดกิจกรรม ที่เน้นการสร้างความรู้ความตระหนัก จัดกิจกรรมเสริมแรงจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกาย เช่น การเข้มงวดในการขายอาหารที่ไม่มีประโยชน์แก่แม่ค้าทั้งในและนอกบริเวณโรงเรียน การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายก่อน และหลังเลิกเรียน การจัดหาพื้นที่ที่สะอาดและเพียงพอกับจำนวนนักเรียน ทั้งนี้ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชน และสถานบริการสุขภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher ต่อภาวะโภชนาการและความรู้ของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน ชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนนำร่อง 4 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนวัดแพกษา โรงเรียนนาคตวิทยา โรงเรียนเทศบาล 1 ในระบบสาธิตรามคำแหง และโรงเรียนชุมชนวัดราษฎร์บำรุง ใช้วิธีเลือกสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 136 คน โดยประยุกต์ใช้การจัดการน้ำหนักเด็กของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และประเมินภาวะโภชนาการด้วยน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง วิเคราะห์ความรู้ของเด็กในการการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมโครงการกับหลังเข้าร่วมโครงการ 1, 3 และ 6 เดือน โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยจากผลการศึกษานำมาใช้อภิปรายได้ดังต่อไปนี้

จากผลการวิจัย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการเกินก่อนการใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher และหลังการใช้โปรแกรม Smart Kid Coacher ภาวะโภชนาการของนักเรียนยังไม่แตกต่างจากตอนเริ่มทำการวิจัย ซึ่งอาจจะเกิดจากขาดการสนับสนุนของโรงเรียนเรื่องการจัดกิจกรรมที่เน้นการความตระหนัก กิจกรรมเสริมแรงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคและการออกกำลังกาย สอดคล้องกับงานวิจัยของลิวรรณ อนุนาภิรักษ์และคณะ ทำการวิจัยปี 2554 ที่ทำการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยคัดเลือกนักเรียน

ที่มีปัญหาโภชนาการเกิน 3 โรงเรียน และสุ่มนักเรียนเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 51 คน ผลการวิจัย พบว่า ก่อนเริ่มโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายไม่แตกต่างกัน ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองใช้เวลาดูโทรทัศน์ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกิจกรรมทางกายอื่น ๆ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาในการเล่นวิดีโอเกม หรืออินเทอร์เน็ต ลดลงจากก่อนเริ่มโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนกิจกรรมทางกายอื่น ๆ ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีกิจกรรมทางกายทุกกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ตลอดเวลาในโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีแนวโน้มทำกิจกรรมที่ใช้พลังงานเพิ่มขึ้น⁹

อีกทั้งยังมีปัจจัยจากครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nicklas TA และคณะ ที่ทำการศึกษาในปี 2556 พบว่าขนาดของครอบครัวส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการเด็ก โดยขนาดของครอบครัวจะเชื่อมโยงไปที่ความมั่นคงทางการเงิน เวลาและโอกาสที่บุคคลในครอบครัวจะเป็นตัวอย่างของการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ครอบครัวที่บริโภคอาหารมีอาหารด้วยกัน ก็มีแนวโน้มที่จะได้รับพลังงานและสารอาหารต่าง ๆ ที่คล้ายกับที่ผู้ปกครองได้รับ¹¹

นอกจากนี้จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายก่อนและภายหลังเข้าร่วมโครงการ 1 3 และ 6 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > .05$) แต่พบว่ามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้น ส่วนภาวะโภชนาการภายหลังเข้าร่วมโครงการ 1 3 และ 6 เดือน พบว่าด้านความรู้เกี่ยว

กับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียน พบว่า ก่อนดำเนินโครงการคะแนนเฉลี่ย 7.97 คะแนน ระหว่างดำเนินโครงการ 8.13 คะแนน เสร็จสิ้นโครงการ 9.04 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน เพิ่มขึ้นตามลำดับ

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. มีรายงานการวิเคราะห์ปัญหาด้านโภชนาการ และพัฒนาการของเด็กวัยเรียน
2. นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพนักเรียนเพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็ก
3. นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการมีน้ำหนักลดลงและสามารถควบคุมน้ำหนักได้ตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง
4. นักเรียนมีความตระหนัก เข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้

5.6 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.6.1 งานวิจัยนี้มุ่งเน้นให้ความรู้และดำเนินการวิจัยในเด็กนักเรียนเท่านั้น ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาอิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลการกำกับดูแลของอาจารย์ร่วมด้วย เพื่อให้ครอบคลุมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อน้ำหนักของเด็กนักเรียนมากยิ่งขึ้น

5.6.2 งานวิจัยนี้มุ่งเน้นการให้ความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหาร การควบคุมอารมณ์ และการออกกำลังกาย ยังไม่ได้ควบคุมถึงปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่อาจมีผลน้ำหนักของนักเรียน เช่น ภาวะเศรษฐกิจ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงอุทัย วรรณวินิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่ตระหนักถึงความสำคัญของเด็กนักเรียนที่ภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ได้ให้โอกาสข้าพเจ้าและทีมงานส่งเสริม

สุขภาพโรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งมีคุณหทัยพร ทองคำสูง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสมุทรปราการได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่องผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรม SMART KID COACHER ต่อภาวะโภชนาการและความรู้ของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนนาร่อง 4 โรงเรียน จังหวัดสมุทรปราการ และได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนเขตไปแสดงงานวิจัยและผู้ปกครอง โรงเรียนนาร่อง 4 โรงเรียนในจังหวัดสมุทรปราการทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกและความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ;2553 ผลการดำเนินงานรายงานประจำปี [วันที่อ้างถึง 31 ตุลาคม 2561].ที่มา:https://www.nhso.go.th/frontend/pageabout_result.aspx.
2. ปริญญาภรณ์ มณีแดง.บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยเรียน;2561 [วันที่อ้างถึง 12 พฤศจิกายน 2561].ที่มา:www.tcithaijo.org/index.php/jnatmed/article/view/111698.
3. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือผู้จัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน Smart Kid coacher.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด;2559
4. ปุณวิรัช ทองแดงและจันทร์จิรา สีสว่าง. ภาวะน้ำหนักเกินในเด็กไทย; 2554 [วันที่อ้างถึง 12 พฤศจิกายน 2561].ที่มา: https://med.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/2555/issue_03/02.pdf.
5. นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์. เด็กไทยกับนิสัยการกิน; 2546 [วันที่อ้างถึง 31 ตุลาคม 2561].ที่มา:<http://www.doctor.or.th/article/detail/1815>.

6. เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ, บุญยง เกี่ยวการค้า, และสิน พันธุ์พินิจ.การพัฒนาโปรแกรมการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดเพชรบุรี. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา, 8(2), 186-200.
7. พันธะวไล พินทุนันท์.บทความบทความพื้นวิชา ความชุกและแนวทางการป้องกันโรคอ้วนในเด็ก. วารสารการแพทย์ทหารบก2555;65:133-6.
8. อรุวรรณ แยมบริสุทธิ์.ความไม่มั่นคงทางอาหารและโรคอ้วนในเด็ก. วารสารสาธารณสุข 2561;48: 95-107.
9. ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. Journal of Nursing Science 2554;29: 15-26
10. แนวทางในการเรียนรู้หลักโภชนาการแบบ GDA ของสำนักอาหาร ประจำปีงบประมาณ 2555. [วันที่อ้างถึง 4 พฤษภาคม 2559].ที่มา: http://iodinethailand.fda.moph.go.th/PMQABOF/file_fiscal/97.pdf.
11. ศศิธร ดันติเอกรัตน์และคณะ.ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันโรคอ้วนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรม การทำกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราช-ชนนีกทมพมทานคร2558;31: 47-61.
12. พัชรภักดิ์ ไชยสังข์และคณะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 -6ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2557;20: 30-43.
13. Nicklas TA, O'Neil CE, Hughes SO, Liu Y. Resemblance of dinner mealconsumption among mother andpreschool-aged child dyads fromfamilies with limited incomes Int JChild Health Nutr 2013; 2: 178-88.



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control