

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต2

(Journal of Medical and Public Health Region2)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2-3 ประจำเดือนพฤษภาคม - ธันวาคม 2554

Vol.1 No.2-3 May - December 2011



ISSN: 2229 - 0117

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 เป็นวารสารวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่
โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนางานวิชาการระดับเขต
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ของบุคลากรในหน่วยงาน
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทางวิชาการ การติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือ
ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล
และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

นายแพทย์ประเสริฐ หลุยเจริญ	ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 2
นายแพทย์มงคล อังคศรีทองกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรคที่ปฏิบัติราชการเป็นที่ปรึกษา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี
นายแพทย์ศิริชัย ลิ้มสกุล	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
นายแพทย์นรินทร์รัชต์ พิชญคามินทร์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
นายแพทย์ณรงค์ ตั้งตรงไพโรจน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท
นายแพทย์สาโรจน์ มะรุ昧ดี	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

บรรณาธิการอำนวยการ

ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
หัวหน้ากลุ่มของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

บรรณาธิการ

นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี

รองบรรณาธิการ

นางอุบลรัตน์ นฤพนธ์จิรกุล นางสาววิไล วิชากร นางสาวศิริพร วัชรากกร

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี	นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร	นางสาววิไล วิชากร
นางสาวศิริพร วัชรากกร	ดร.อุษณีย์ พึ่งปาน	ดร.กฤษณา ศิริวิบูลยภิติ
ดร.พรเจริญ บัวพุ่ม	แพทย์หญิงณัฐพร ประกอบ	นางสุภาภรณ์ วัฒนสาร
นางสาวจิรวรรณ ชงจั้งหรีด		

ฝ่ายจัดการและฝ่ายศิลป์

นางนลินรัตน์ ทองคำซุย	นางกันยารัตน์ แจ้งบุญ
นายยุทธนา กลิ่นจันทร์	นายณัฐพล ผลาผล

กำหนดออก ราย 4 เดือน (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)

สำนักงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน ตำบลพระพุทธบาท อำเภอพระพุทธบาท
จังหวัดสระบุรี 18120 โทร. 036-266600, 036-266006 โทรสาร 036-267585

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 ยินดีรับบทความวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมหรืองานสร้างสรรค์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อระงับป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่นทั้งนี้กองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผลงานวิจัยและ/หรือบทความวิชาการ, กลุ่มที่ 2 นวัตกรรมและ/หรือผลงานสร้างสรรค์ โดยจำแนกเป็นลักษณะต่างๆ ดังนี้

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

1.2 รายงานปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความเพื่อฟื้นฟูวิชาการซึ่งรวบรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้ว โดยนำเรื่องมาวิเคราะห์ วิจารณ์ และเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความกระจ่างแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องนั้น

1.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายที่น่าสนใจทั้งด้านประวัติ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลินิกร่วมกัน

1.4 ย่อวารสาร (Abstract review) เป็นการย่อบทความทางวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และวิชาการที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสารนานาชาติเป็นภาษาไทย

1.5 นวัตกรรม/ผลงานสร้างสรรค์ เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการ มีการทดลองนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีการติดตามประเมินผล และเขียนรายงานในรูปแบบของบทความวิชาการ

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

2.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ(ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิปรายต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัด และชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยอักษร ใช้ตัวพิมพ์ Cordia New ขนาด 14

2.4 บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษา รัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ(อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงบทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.6 วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนงานวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2.8 วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควร อ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.9 เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997
2. การอ้างอิงเอกสารใดๆ ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง ชื่อย่อวารสาร ปี ค.ศ.; ปีที่พิมพ์ (Volume): 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 แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. อีระ รามสูตร, นิวัติ มนตรวิสุต, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรกโดยการศึกษาจุล-พยาธิวิทยาคลินิกจากกวางตัวของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 58 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. 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 หล่ออารีสุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน; ศรีชัย หล่ออารีสุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หะรินสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมพรรณ; 2533. น. 115-20.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด หรือแผ่น CD ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัด สระบุรี ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 หรือที่ E-mail address : drt.dpc2@gmail.com

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว จำนวนไม่เกิน 8 หน้า และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น CD ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสารพร้อมระบุชื่อ File

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาถึงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 2 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 ถือเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัยนวัตกรรมและงานสร้างสรรค์วิเคราะห้ ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2
Journal of Medical and Public Health Region 2
ISSN : 2229-0117

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2-3 พฤษภาคม - ธันวาคม 2554

Volum 1 No. 2-3 May - December 2011

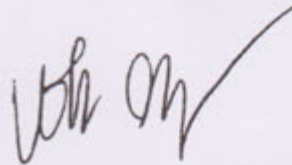
สารบัญ	หน้า
1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคสูง กับพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคต่ำ อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง, ปี 2554 เมธา การกลสิขวิธิ	1
2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร พวงแก้ว จินดา นิตยา อินกลินพันธุ์	6
3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ ของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลบางจัก อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง มะลิวัลย์ อัจฉริยธรรม พัฒน์พงษ์ ฟองเพชร	12
4. พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดชัยนาท พ.ศ. 2551-2553 วรพันธ์ หอมกรุ่น	18
5. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลจังหวัดอ่างทอง วิไลลักษณ์ โกมลจันทร์	27
6. รายงานการสอบสวนโรคมาลาเรีย หมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ระหว่างวันที่ 18 พฤศจิกายน 2553 ถึง วันที่ 20 พฤศจิกายน 2553 เกษมะ กระต่ายทอง และคณะ	36
7. Practice of Social Marketing วิไล วิชากร	42

บรรณาธิการแถลง

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 ฉบับนี้ครั้งนี้เป็นฉบับที่ 2 ปีที่ 1 กำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานวิชาการ ประกอบด้วย ผลงานวิจัย นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ของบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ โดยเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทางวิชาการ การติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งสอดคล้องกับภาระกิจตามกฎหมายของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค คือ การส่งเสริม สนับสนุนถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้ให้เครือข่าย และประชาชน ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคสำหรับเครือข่ายในพื้นที่เป็นอย่างยิ่ง

สำหรับวารสารวิชาการฉบับนี้ มีงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และรักษาพยาบาลจำนวน 6 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยที่น่าสนใจ กลุ่มแรก เกี่ยวกับการหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาในการป้องกันควบคุมโรค และการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มที่ 2 เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับการวัดประสิทธิผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ กลุ่มที่ 3 เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีบทความพิเศษเกี่ยวกับ Practice of Social Marketing ซึ่งบทความวิชาการทุกเรื่องที่เคยเผยแพร่สะท้อนให้เห็นถึงวิธีการพัฒนากระบวนการทำงานให้ดีขึ้น โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และเผยแพร่เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องและประชาชน

ดังนั้น จึงใคร่เชิญชวนท่านที่เกี่ยวข้อง ผู้สนใจทุกท่านได้เข้ามามีส่วนร่วมใช้วารสารฉบับนี้ ร่วมส่งบทความมาเผยแพร่ ให้ข้อเสนอแนะ ดิชม เพื่อให้วารสารได้พัฒนาให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป



(ดร.นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี)

บรรณาธิการแถลง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก
กรณีศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคสูงกับพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคต่ำ
อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง, ปี 2554

Factors affecting prevention of dengue hemorrhagic fever : A comparative case
study between high and low morbidity rate in Wiset Chai Chan district,
Angthong, 2011

เมธา ทกรกลีวิธี*

Metha Karakasikawitee *

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ
อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

*Wiset Chai Chan district public health office
Wiset Chai Chan district, Angthong

บทคัดย่อ

อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกของอำเภอวิเศษชัยชาญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลพบว่าในพื้นที่แต่ละตำบลมีอัตราป่วยแตกต่างกัน บางพื้นที่พบผู้ป่วยติดต่อกันทุกปี บางพื้นที่ไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกหลายปีติดต่อกัน ทั้งๆที่ได้มีการดำเนินกิจกรรมในด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่คล้ายคลึงกันในทุกพื้นที่ รวมทั้งได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างดี แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่มีมากน้อยแตกต่างกัน การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ (Comparative Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีอัตราป่วยของโรคสูงและพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคต่ำ อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่ม ตัวอย่างคือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจาก 2 หมู่บ้านฯ ละ 97 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมานใช้ สถิติ t- test ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคต่ำ ในภาพรวมอยู่ในระดับดีกว่าหมู่บ้านที่พบอัตราป่วยของโรคสูง โดยพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคต่ำจะมีการรับรู้ที่ถูกต้องและมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคสูง และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้และการมีส่วนร่วมของทั้งสองพื้นที่พบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.01$) โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคต่ำมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.21 ± 4.79 คะแนน และพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคสูงที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.66 ± 5.86 คะแนน จากคะแนนเต็ม 34 คะแนน ส่วนคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.01 ± 10.04 คะแนน และพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคสูง ที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.25 ± 8.74 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน

คำสำคัญ : การรับรู้ การมีส่วนร่วม ใช้เลือดออก แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

บทนำ

จากข้อมูลอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของจังหวัดอ่างทองตั้งแต่ปี 2548-2552 โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและติดลำดับ 1 ใน 5 ของประเทศไทย ถือว่ามีความรุนแรงสูง โดยในปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วย 399 ราย อัตราป่วย 179.58 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วย 799 ราย อัตราป่วย 332.92 ต่อประชากรแสนคน

และปี พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วย 156 ราย อัตราป่วย 72.08 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ สำหรับอำเภอวิเศษชัยชาญ อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คือในปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วย 45 ราย อัตราป่วย 107.46 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วย 76 ราย อัตราป่วย 117.07 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วย 72 ราย อัตราป่วย 122.39 ต่อประชากรแสนคน จากรายงาน

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ⁽²⁾ พบว่าในพื้นที่แต่ละตำบลพบว่ามีอัตราป่วยแตกต่างกัน จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากน้อยแตกต่างกัน บางตำบลพบผู้ป่วยติดต่อกันทุกปี บางพื้นที่ไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกหลายปีติดต่อกัน ทั้งๆ ที่ได้มีการดำเนินกิจกรรมในด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่คล้ายคลึงกันในทุกพื้นที่ รวมทั้งได้รับความมือและการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างดี แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่มีมากน้อยแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยได้พิจารณาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยเฉพาะด้านการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชน⁽³⁾ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคสูงและพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคต่ำในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง เพื่อจะได้นำผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนเพื่อลดภาระของโรคและกำหนดแนวทางการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกและลดอัตราป่วยในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ พบว่าในพื้นที่แต่ละตำบลพบว่ามีอุบัติการณ์แตกต่างกัน จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากน้อยแตกต่างกันบางตำบลพบผู้ป่วยติดต่อกันทุกปี บางพื้นที่ไม่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกหลายปีติดต่อกันผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคสูงกับพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคต่ำ อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง โดยศึกษาผลการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่โดยเฉพาะการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างหมู่บ้านที่พบอัตราป่วยของโรคสูงและหมู่บ้านที่พบอัตราป่วยของโรคต่ำหรือไม่พบโรคไข้เลือดออกในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง เพื่อจะได้นำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนเพื่อลดภาระของโรคและกำหนดแนวทางการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกและลดอัตราป่วยในพื้นที่ต่อไป จากการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอวิเศษชัยชาญที่ผ่านมาในทุกพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล สถานศึกษาทุกแห่งรวมทั้งผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น ล้วนให้การสนับสนุนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนเป็นอย่างดี เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุและเคมีภัณฑ์การดำเนินงานป้องกันโรคในพื้นที่

แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวนมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นจะต้องมีปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อำเภอวิเศษชัยชาญ ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการวิจัยในครั้งนี้ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ด้วยเหตุผลที่ว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเป็นตัวแทนครัวเรือนที่ดีที่สุด เนื่องจากเป็นแกนนำในเรื่องสุขภาพเป็นอย่างดีมีการได้รับการอบรมจากบุคลากรสาธารณสุขอยู่เป็นประจำทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค⁽⁴⁾ ผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามข้อมูลทางระบาดในแต่ละพื้นที่จำนวน 15 ตำบล 126 หมู่บ้าน ของอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง โดยเลือกพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูง และพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่ำโดย คือหมู่ที่ 5 ตำบลสาวร้องไห้ มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 97 หลังคาเรือน และหมู่ที่ 1 ตำบลไผ่หวาย มีจำนวนหลังคาเรือน 179 หลังคาเรือนโดยใช้สัดส่วนเปรียบเทียบ 1 : 1 สำหรับกลุ่มตัวอย่างของพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูง คือหมู่ที่ 5 ตำบลสาวร้องไห้ จำนวน 97 หลังคาเรือนนั้น ใช้เป็นตัวอย่างไม่ทดแทน ส่วนกลุ่มตัวอย่างของพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่ำ คือ หมู่ที่ 1 ตำบลไผ่หวาย จำนวน 179 หลังคาเรือน ใช้วิธีจับฉลากสุ่มออกจำนวน 82 หลังคาเรือนเพื่อให้เหลือจำนวน 97 หลังคาเรือนเท่ากับ หมู่ที่ 5 ตำบลสาวร้องไห้ ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลแล้วเสร็จในเดือนมีนาคม 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในบ้าน ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทต่อชุมชน และการรับรู้ข่าวสาร ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของประชาชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล การมีส่วนร่วมจากประโยชน์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ t-test⁽⁵⁾

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่ำส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูงส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ต่ำ โดยพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่ำมีการรับรู้ที่ถูกต้องทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่สูงกว่าพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูง เกือบทุกข้อคำถาม โดยพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.21 ± 4.79 คะแนน ซึ่งสูงกว่าพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูง ที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.66 ± 5.86 คะแนน จากคะแนนเต็ม 34 คะแนน ในทุกประเด็นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกพบว่าพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูงอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกครั้ง ทั้งมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจการมีส่วนร่วมในการดำเนินการการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล โดยพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่ำมีส่วนร่วมสูงกว่าพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูง เกือบทุกข้อคำถาม โดยพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.01 ± 10.04 คะแนน ซึ่งสูงกว่าพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูง ที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.25 ± 8.74 คะแนน จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบแยกประเด็นก็ยิ่งพบว่า ในทุกประเด็นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$ และ $p < 0.05$)

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูงและพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่ำ พบว่าการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของทั้งสองพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูง แสดงว่าพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่ำ แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัวมีการรับรู้และมีการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูง

วิจารณ์

การรับรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคสูงและพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคต่ำในอำเภวิเศษชัยชาญจังหวัดอ่างทองมีการรับรู้ที่ถูกต้องไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ อยู่ในเกณฑ์ที่กระจายอยู่ระหว่าง ดี ปานกลาง และต่ำ อย่างละเท่าๆ กัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในช่วงเวลาก่อนที่จะทำการศึกษาทีมควบคุมโรคของอำเภวิเศษชัยชาญได้ออกทำการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่มีการระบาดโดยเฉพาะพื้นที่ตำบลสาวร้องไห้เป็นพื้นที่หนึ่งที่อยู่ในเป้าหมายที่ทีมควบคุมโรคได้ออกไปดำเนินการรณรงค์จัดกิจกรรมโดยระดมความร่วมมือของประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ซึ่งแพร่ระบาดอยู่ในพื้นที่ ณ ช่วงเวลานั้น รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคเหมือนกันทั้งสองพื้นที่ ส่วนการรับรู้การใช้สารเคมีกำจัดยุงลายเป็นวิธีการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุดทั้งพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูงและพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่ำมีการรับรู้ที่ถูกต้องร้อยละ 53.60 และ 59.80 ไม่แตกต่างกัน ซึ่งประชาชนบางส่วนไม่รับรู้ว่าการกำจัดยุงลายที่แท้จริงมีราคาแพงโดยประชาชนไม่เคยรับรู้เรื่องค่าใช้จ่ายในการซื้อทรายจึงน่าจะคิดว่าทรายมีราคาไม่แพง ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะให้ความรู้แก่ประชาชนที่ถูกต้องในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้เลือดออกวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุดและข้อปลักย่อยของการใช้ทรายกำจัดยุงลาย ไม่ว่าจะเป็นกลิ่นเหม็นรวมทั้งราคาที่แท้จริง จะทำให้ประชาชนมีความตระหนักในเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยวิธีทางกายภาพมากขึ้น การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูงและพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่ำพบว่า การมีส่วนร่วมในภาพรวมของพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกต่ำอยู่ในเกณฑ์ดีซึ่งสูงกว่าพื้นที่ที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูงทั้งการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจการมีส่วนร่วมในการดำเนินการการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะ

ควรให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับครัวเรือนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง รวมถึงเข้ามามีบทบาทในการดำเนินการติดตามประเมินผลการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ให้ตระหนักถึงความสำคัญของ

การป้องกันทั้งชุมชน โดยเฉพาะต่อบ้านของตนเองเท่านั้น ควรส่งเสริมการให้ความรู้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรค- ไข้เลือดออก วิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุดและ ขอบสีกย่อยของการใช้ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายไม่ว่าจะ เป็นเรื่องกลิ่นเหม็นรวมทั้งราคาที่แท้จริงจะทำให้ประชาชน มีความตระหนักในเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยวิธีทางกายภาพมากขึ้น ควรสนับสนุนให้แกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัวเห็นความสำคัญของการกำจัดลูกน้ำยุงลาย และการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายมากกว่าการใช้สาร เคมีพ่นฆ่ายุงตัวแก่ จัดทำโครงการและรณรงค์การป้องกัน โรคไข้เลือดออก โดยเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการ เกิดโรค รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค เพื่อให้แกนนำ สุขภาพประจำครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรง- พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ฉ่าง และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลสาวร้องไห้ พร้อมทั้งอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลไผ่ฉ่างและตำบลสาวร้องไห้ ตลอดจนแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวทั้งตำบลไผ่ฉ่าง และตำบลสาวร้องไห้ ที่ช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง สรุปลงงานประจำปี; 2552.(เอกสารอัดสำเนา).
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ สรุปลงงานประจำปี; 2552. (เอกสารอัดสำเนา).
3. ณรงค์ศักดิ์หนูสอน. การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน แนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
4. เมธี จันทรजारูรณ์. องค์การชุมชน พลังในการพัฒนา สังคม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการ สาธารณสุข มูลฐาน ภาคกลาง; 2543.
5. ดำรง ทิพย์โยธา. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ SPSS for Windows version 12; 2548.

Abstract Factors affecting prevention of dengue hemorrhagic fever :
A comparative case study of areas between high and low morbidity
rate in Wiset chai chan district, Angthong province 2011
Metha Karakasikawitee *

*Wiset chai chan district public health office,
Wiset chaichan district, Angthong province.

Morbidity rate of dengue hemorrhagic fever in Wiset Chai Chan district shows a climbing tendency every year. The finding showed that morbidity rate in each (Tambon) came differences. Despite the fact that all areas have similarly implemented disease prevention and control activities, together with strong cooperation from local administration organization, some sub-districts found cases in consistent year while others showed none.

This comparative descriptive study aimed to compare the perception and participation of people in preventing dengue hemorrhagic fever (DHF) between areas with high and low morbidity rate in wiset chai chan district, Angthong province. Data were collected by interview from 194 family health leaders residing in the two villages. Statistic for data analysis included, percentage, mean, standard deviation and inferential t-test at the level of significance <0.05

The findings showed that the overall perception and participation in preventing DHF areas with low prevalence were better than those with high morbidity rate. The areas with low morbidity rate demonstrated appropriate perception and higher participation in activities to prevent dengue fever. In comparing the average scores of perception and participation between the two areas, there were different at a statistical significance ($p < 0.01$). The average score of perception of the areas with low morbidity rate stood at 27.21 ± 4.79 points while 19.66 ± 5.86 from 34 points went to the areas with high prevalence. In the average score for participation activities in the areas with low morbidity rate indicated 32.01 ± 10.04 points whereas the area with high morbidity rate illustrated 21.25 ± 8.74 from 50 points.

Keywords: *perception, participation, Dengue hemorrhagic fever, Health family leader*

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

The Development of Nursing Care System for Acute Myocardial Infarction in Jainadnarendra Hospital

พวงแก้ว จินดา วท.ม.(พยาบาล)*

นิตยา อินกลิ่นพันธ์ พย.ม*

*โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

Paungkaew Jinda

Nitaya inklinphan

*Jainadnarendra Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท เริ่มดำเนินการ ตั้งแต่ ตุลาคม 2552 - กันยายน 2553 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 2 กลุ่มได้แก่ บุคลากรที่มรสสาวิชาชีพ 3 สาขา จำนวน 80 คน และกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) จำนวน 73 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามที่ทมนำทางคลินิกด้านอายุรกรรมกำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การนำระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พัฒนาไปใช้ และการประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทุกคนในทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแผนได้ครบถ้วน คิดเป็นร้อยละ 84.49 ตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วยพบว่า ด้านการเข้าถึงบริการในระยะวิกฤตจำนวน 7 ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 3 ตัวชี้วัด ด้านการเข้าถึงบริการระยะฟื้นฟูและเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายจำนวน 6 ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 1 ตัวชี้วัดและด้านผลลัพธ์การดูแลจำนวน 5 ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย 5 ตัวชี้วัด รวม 18 ตัวผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 9 ตัวคิดเป็นร้อยละ 50 ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในระดับ ปานกลาง ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองทั่วไป ($X = 2.17$ $SD = .28$) การดูแลตนเองตามพัฒนาการ ($X = 1.91$ $SD = .35$) และการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ($X = 2.28$ $SD = .31$)

การวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตัวชี้วัดคุณภาพที่ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย 9 ตัว แต่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงคือ ร้อยละ 80-99 และตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายเป็นตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ขณะมีการเบี่ยงเบนด้านสุขภาพมีคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ และทีมสหสาขาวิชาชีพปฏิบัติตามระบบที่วางไว้ถึงแม้จะได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้แต่ควรมีการทบทวนแนวทางเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุด สำหรับผลลัพธ์คุณภาพการดูแลโดยเฉพาะระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลุ่มSTEMI ควรได้รับยา Fibrinolytic Therapy โดยเร็วที่สุดหลังจากมีอาการเจ็บอก โดยทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยลดขนาดของการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่งผลให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความปลอดภัยและลดความรุนแรงลง

คำสำคัญ : ระบบการดูแล, ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยอายุเฉลี่ยที่พบอยู่ระหว่าง 65-75 ปี ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคได้แก่ การสูบบุหรี่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอัตราการตายสูง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ทันที่ ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ เสียชีวิต คิดเป็น 1.1 คนต่อปี โดยเสียชีวิตใน 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการและมีแนวโน้มที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและตายในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทยสาเหตุของการป่วยและตายในรอบ 5 ปี พบว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁽¹⁾ จากสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของจังหวัดชัยนาทที่ผ่านมาพบว่าในปี 2551 และ 2552 มีจำนวน 337 รายและ 346 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 100.31 ต่อ 100,000 และ 103.5 ต่อ 100,000 ตามลำดับ⁽²⁾ และสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจของโรงพยาบาลชัยนาทในรอบปี 2551 และ 2552 เป็นจำนวน 1664 ราย และ 1665 รายโดยเป็นอันดับ 3 ของสาเหตุการป่วยผู้ป่วยนอก ส่วนสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ ปี 2551 และ 2552 มีจำนวน 3317 ราย และ 3288 รายตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นอันดับ 1 ของสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตพบว่า การเสียชีวิตด้วยสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันปี 2551 และ 2552 คิดเป็น 61 รายและ 70 รายและเป็นอันดับ 1 ของสาเหตุการตายของผู้ป่วยใน⁽³⁾

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Coronary artery) อย่างเฉียบพลัน ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการอุดตันและปริมาณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเช่นถ้าพื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดร้อยละ 25 จะมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ถ้ามีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ร้อยละ 40 จะเกิดภาวะ cardiogenic shock⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นภาวะที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุดคือพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 90⁽⁵⁾ ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วจะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยลงได้อย่างมาก

หลักการที่สำคัญที่สุดในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็วที่สุด โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อช่วยลดขนาดของการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และดำรงชีวิตอย่างปกติในปัจจุบันจึงได้มีการกำหนดให้มีทางด่วน (fast track) ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขณะอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาด้วยยา

ตามมาตรฐานที่ควรจะได้รับ ทำให้ช่วยลดและป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนได้ โรงพยาบาลชัยนาทนครเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจทำให้ขาดทักษะในการคัดกรองการวินิจฉัยที่เหมาะสม การเฝ้าระวังความเสี่ยงขณะที่มีการให้ยาโดยเฉพาะยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องขณะรับไว้ในการดูแล ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างการส่งต่อ หอผู้ป่วยหนักไม่มีเตียงว่างเพียงพอในการรองรับผู้ป่วย โดยเฉพาะความรวดเร็วในการดูแลรักษา เนื่องจากขาดระบบการดูแลที่เหมาะสม รวมไปถึงการที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงศึกษาและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ศึกษากระบวนการดูแลและการปฏิบัติตามแผนการดูแลที่วางไว้ ผลลัพธ์ของการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รวมทั้งศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 80 คน ประกอบด้วยอายุรแพทย์ เภสัช พยาบาลวิชาชีพและกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอส - ที ยอก (STEMI) จำนวน 73 ราย รับไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลชัยนาทนคร ตั้งแต่ ตุลาคม 2552 - กันยายน 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของแต่ละสาขาวิชาชีพ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามในวิทยานิพนธ์ของนางสาวจรรวมลแพ่งโฮ⁽⁶⁾ โดยนำมาหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และแบบรวบรวม ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลตามที่มีทีมผู้นำทางคลินิกด้านอายุรกรรมกำหนดขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1.กลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่มสทวิชาชีพผู้ให้บริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และห้องผู้ป่วยหนัก จำนวน 80 คน ประกอบด้วยอายุรแพทย์ 6 คน เภสัชกร 4 คน

พยาบาลวิชาชีพ 70 คน อายุระหว่าง 22 - 56 ปี อายุเฉลี่ย 40 ปี จบปริญญาตรี ร้อยละ 100 ประสบการณ์ในการทำงาน ระหว่าง 8 - 33 ปี เฉลี่ย 18.01 ปี เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ จำนวน 9 คน

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปด้านผู้ให้บริการ จำนวนและร้อยละของทีมสหสาขาวิชาชีพ แยกตาม ตำแหน่ง อายุ ประสบการณ์การทำงาน

ข้อมูลส่วนบุคคล	แพทย์		เภสัชกร		พยาบาลวิชาชีพ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.อายุ						
น้อยกว่า 30 ปี	-	-	1	25.0	8	11.4
31 - 40 ปี	1	16.7	3	75.0	42	60.0
41 - 50 ปี	4	66.6	-	-	10	14.3
มากกว่า 50 ปี	1	16.7	-	-	10	14.3
รวม	6	100.0	4	100.0	70	100.0
2.ประสบการณ์การทำงาน						
น้อยกว่า 5 ปี	-	-	2	50.0	6	8.6
6 - 10 ปี	-	-	-	-	12	17.1
11 - 15 ปี	1	16.7	2	50.0	24	34.3
16 - 20 ปี	4	66.6	-	-	7	10.0
มากกว่า 20 ปี	1	16.7	-	-	21	30.0
รวม	6	100.0	4	100.0	70	100.0

จากตาราง 1 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 66.6 ประสบการณ์ส่วนใหญ่ 16-20 ปี ร้อยละ 66.6 เภสัชกรส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 75.0 มีประสบการณ์ <5 ปี และ 11-15 ปี ร้อยละ 50.0 พยาบาลวิชาชีพมีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 60.0 มี ประสบการณ์ 11-15 ปี ร้อยละ 34.29

ผลการศึกษาได้แก่ ระบบการดูแลผู้ป่วยกลัมน้ำหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพโดยมีการวางแผนการดูแลตั้งแต่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ห้องผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยใน จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แผนการดูแลผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินหรือผู้ป่วยนอก ปฏิบัติตามแนวทางตามแผนภูมิที่ 1

ส่วนที่ 2 แผนการดูแลผู้ป่วยที่ห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยในปฏิบัติตามแนวทางตามแผนภูมิที่ 2,3,Care Map

ส่วนที่ 3 แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลัมน้ำหัวใจตายเฉียบพลัน

สามารถสรุปผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลัมน้ำหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนี้

1.แพทย์ ให้การตรวจวินิจฉัยและรับผู้ป่วยที่เป็นโรค STEMI ไว้รักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักเมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติทำการย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายหรืออายุรกรรมหญิง พร้อมทั้งให้ความรู้กับผู้ป่วยให้ข้อมูลเรื่องโรคแผนการรักษาการวางแผนจำหน่าย และส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

2.พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชักประวัติ ประเมินอาการ บันทึกผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์ตรวจรักษาให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ผสานกับพนักงานแปล เจ้าหน้าที่ที่ห้องผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายหรืออายุรกรรมหญิงเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาอย่างเหมาะสม

3.พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนัก ตรวจวัดสัญญาณชีพ ชักประวัติ และประเมินอาการ ประเมินผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และติดเครื่องตรวจติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง (EKG Monitor) หลังจากนั้น

รายงานอายุรแพทย์เพื่อการตรวจประเมินผู้ป่วย และพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เหมาะสมตามระยะของการเจ็บป่วย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยลดความรุนแรงของโรค

4.พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายหรืออายุรกรรมหญิง ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤติให้ ข้อมูลผู้ป่วยและญาติและวางแผนจำหน่ายพร้อมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้แก่ การออกกำลังกาย

5.ทีมสหวิชาชีพ ดำเนินการตามแผนที่วางไว้

ตาราง 2 แสดงตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพการดูแล ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่ม STEMI

การเข้าถึงบริการในระยะวิกฤต	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลลัพธ์ (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยได้ทำ EKG ภายใน 10 นาที เมื่อทราบประวัติเจ็บหน้าอก	100.0	96.4
2. ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจcardiac enzymeเมื่อแรกเจ็บ	100.0	99.6
3. ผู้ป่วย มีการแบ่งกลุ่มความเสี่ยงและวินิจฉัยภาวะ STEMI/NSTEMI/Unstable anginaเมื่อแรกเจ็บ	80.0	98.2
4. ผู้ป่วยกลุ่ม STEMI ที่ได้รับยา Fibrinolytic Therapy หรือ PCI ใน 12 ชั่วโมง ที่มีการเจ็บอก	50.0	69.6
5. ผู้ป่วยกลุ่ม STEMI ที่ได้รับยา Fibrinolytic Therapy ภายใน 45 นาที (เฉลี่ย 43 นาที)	50.0	59.4
6. ผู้ป่วยกลุ่ม STEMI ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงก่อนได้รับยา Fibrinolytic และได้รับคำแนะนำผลข้างเคียงของยา Fibrinolytic	100.0	78.3
7. ผู้ป่วยกลุ่มSTEMI ที่ได้รับยา ASA ภายใน 24ชั่วโมงก่อนหรือหลังนอนโรงพยาบาล	100.0	98.0
การเข้าถึงบริการระยะฟื้นฟูและเตรียมพร้อมก่อนจำหน่าย	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลลัพธ์ (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือดหรือวางแผนมานัดตรวจ	100.0	91.5
2. ผู้ป่วยที่ได้รับยา ACEI/ARB เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน	80.0	68.9
3. ผู้ป่วยที่ได้ยา Beta-blocker เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน	50.0	49.7
4. ผู้ป่วยที่ได้ยาลดไขมันเมื่อจำหน่าย	80.0	75.4
5. ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการหยุดบุหรี่	100.0	99.5
6. ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวและลดความเสี่ยงของหลอดเลือด	80.0	97.3
ผลลัพธ์การดูแล	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลลัพธ์ (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง (Care Map)ที่วางไว้	80.0	89.5
2. ผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อนจากยา Streptokinase	<5.0	3.4
3. จำนวนวันนอนเฉลี่ย (วัน)	5.0-7.0	5.7
4. อัตราตายของผู้ป่วย MI ในโรงพยาบาล	<14.0	10.5
5. Readmit ใน 28 วัน	5.0	4.3

ในระบบการดูแล ได้แก่ เกสซอร์จัดเตรียมยาละลายลิ่มเลือด

2.สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มSTEMI จำนวน 73 ราย พบว่าเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 64.4 เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 35.6จำนวนวันนอนเฉลี่ย 6.7 วัน จำนวนวันนอนต่ำสุด 2 วัน และสูงสุด 19 วัน ผู้ป่วยมีอายุ ระหว่าง 50-60 ปี สูงสุดร้อยละ 31.5 รองลงมามีอายุ 61-70ปี ร้อยละ 24.7 โดยมีอายุน้อยที่สุด 43 ปี และอายุสูงสุด 90 ปี อายุเฉลี่ย 55.72 ปี

จากตารางพบว่าด้านการดูแลในระยะวิกฤติผู้ป่วย ได้รับความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นในระยะ ดูกเงิน ตัวชี้วัดที่มีคะแนนระดับต่ำได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่ม STEMI ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงก่อนได้รับยา Fibrinolytic และได้รับคำแนะนำผลข้างเคียงของยา Fibrinolytic (ร้อยละ 78.3) ส่วนตัวชี้วัดอื่นมีคะแนน ผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับสูง ส่วนในด้านการเข้าถึงบริการ ระยะฟื้นฟูและเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายพบว่าตัวชี้วัดที่ เป็นไปตามเป้าหมายมีเพียงตัวเดียวได้แก่ผู้ป่วยได้รับคำ แนะนำการปฏิบัติตัวและลดความเสี่ยงของหลอดเลือด ร้อยละ 97.3 ส่วนตัวชี้วัดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือด หรือวางแผน มานิตตรวจ ร้อยละ 91.5 ผู้ป่วยที่ได้รับยา ACEI/ARB เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 68.9 ผู้ป่วยที่ได้ยา Beta-blocker เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพียงร้อยละ 49.7 ผู้ป่วย ที่ได้ยาลดไขมันเมื่อจำหน่าย ร้อยละ 75.4 และผู้ป่วยที่ ได้รับคำแนะนำเรื่องการหยุดบุหรี่ ร้อยละ 99.5 ซึ่งแม้ ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายแต่ก็ยังคงอยู่ในระดับสูง ส่วนตัวชี้ วัดด้านผลลัพธ์การดูแลพบว่าผ่านเกณฑ์เป้าหมายทุกตัว

วิจารณ์และเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการ ดูแลผู้ป่วย โดยตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพด้านการดูแลส่วน ใหญ่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดโดยเฉพาะในด้านการ เข้าถึงบริการในระยะวิกฤตซึ่งเป็นกระบวนการของช่องทาง ด่วน (Fast track) ในการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากทีมสหสาขามีส่วนร่วมพัฒนาระบบในทุกขั้นตอน ส่งผลให้มีความร่วมมือนาระบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพสามารถประสานงานตามแนวทางที่กำหนด ไว้เป็นอย่างดีคิดเป็นร้อยละ 89.49 โดยมีการสื่อสารที่ดี ระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพอย่างชัดเจนเกิดการทำงาน อย่างบูรณาการสะท้อนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษา ผู้ป่วยที่มีความเฉพาะในแต่ละสาขาวิชาชีพ⁽⁷⁾ แต่ระดับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁸⁾ เนื่องจากการเจ็บ ปวยจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่ ไม่คาดคิดมาก่อน การเรียนรู้และปรับตัวมีระยะเวลาสั้นๆ ขณะอยู่โรงพยาบาล จึงทำให้พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ เหมาะสมในระดับสูงได้ อย่างไรก็ตามในการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นนี้ มีข้อจำกัดที่ใช้เฉพาะภายในโรงพยาบาลชยันตเรนทร เท่านั้น ควรมีการขยายผลและพัฒนาแนวทางการดูแล

ผู้ป่วยไปสู่ชุมชนโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงควรได้รับการ ดูแลก่อนมาถึงโรงพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้ง ผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรได้รับ การติดตามดูแลจากทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ อย่างครบวงจร

เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ และศุภชัย ไชยธีระพันธ์. ภาวะ หลอดเลือดหัวใจแข็งตัวและภาวะแทรกซ้อน ใน: นิธิ มหามนต์ ปิยะมิตร ศรีธรา และ สรณ บุญไชยพฤกษ์, บรรณาธิการ. กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โอเอส พรินติ้งเฮาส์; 2543. 41- 58.
2. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. รายงานสถิติ สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท; 2553. (เอกสารอัดสำเนา).
3. กลุ่มงานเวชสถิติ โรงพยาบาลชยันตเรนทร. รายงาน ประจำปี 2553 โรงพยาบาลชยันตเรนทร; 2553. (เอกสารอัดสำเนา).
4. นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์. โรคแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน. ใน: อภิชาติ สุนทรธรรม และ ศรันย์ ควรประเสริฐ, บรรณาธิการ. Coronary heart disease new guidelines. เชียงใหม่: โอแอม ออเคโนเซอร์; 2546. 293-309.
5. Goldberg, R.J., Gore, J. M., Alpert, J.S. Cardiogenic shock after acute myocardial infarction Incidence and mortality from a community-wide perspective. New English Journal Medicine. 1991; 325:1117-22.
6. จรรวมล แสงโยธา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วน บุคคล ประสพการณ์การมีอาการกลวิธีจัดการ การเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหา วิทยาลัย; 2548.
7. วิจิตรา เข้าวพานนท์ และสุวรรณา วิชาดสงเคราะห์, 2550 อ้างในสง่า ศรีพิจิตและคณะกรรมการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับเคมีบำบัด โรงพยาบาลสระบุรี. รายงานวิจัย. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล สระบุรี; 2551.
8. จันทรทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ. ความสัมพันธ์ระหว่าง

Abstract The Development of Nursing Care System For Acute Myocardial Infarction in Jainadnarendra Hospital
Paungkaew Jinda* , Nitaya inklinphan*

*Jainadnarendra Hospital

The purpose of this action research was to develop and evaluate a new nursing care system for Acute Myocardial Infarction patients in Jainadnarendra Hospital. The study was conducted between October 2009 and September 2010. The samples were selected by purposive sampling with 73 acute myocardial infarction patients and 80 persons from multidisciplinary three team. Data were collected by using the following instrument : The checklist of work plan for patients with acute myocardial infarction , each branch of the profession, self-care ability of patients with acute myocardial infarction questionnaire, indicators of quality care for patients with acute myocardial infarction as a team to navigate the medical clinic set up. There are three steps for implementation : Developing nursing care system for acute myocardial infarction patients , implementation and evaluation. The data were analyzed using frequency, percentage , mean and Standard deviation.

The results show that personnel in a multidisciplinary team able to complete the plan 84.49 percent of the quality of care indicators. The research findings were as follows : the level of patient 's accessibility on proper management in critical phase were at the high level while the level of proper management in recovery phase were in medium and the patient outcomes were all met project goals. All aspects of self-care ability in patients with acute myocardial infarction were at the medium level, multidisciplinary teams compliance to plan was 84.49 % and quality of care results were also met all targets. Patients can take care of themselves in the middle level and three general areas: self-care ($X = 2.17$ $SD = .28$) for the development of self-care ($X = 1.91$ $SD = .35$) and self-care as a health deviation. ($X = 2.28$ $SD = .31$) from the data analysis. As a diversion of health have higher scores than the other side. Multidisciplinary team and follow the system laid down, even as the goal, the guidelines should be revised to ensure maximum efficiency. For the quality of care, particularly at patients with STEMI should be given as soon as possible after Fibrinolytic therapy after the chest pain symptom. By the blood to the heart muscle quickly to reduce the size of the death of heart muscle, resulting in acute myocardial infarction patients is safe and reduces the intensity down.

Keywords : *Nursing Care System, Acute Myocardial Infarction patients*

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อน
วัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลบางจัก อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอำนาจเจริญ
The effective of a Modification Behavioral Program in Dental Caries Prevention
Among Preschool Age for Bangjuk Child Development Center,
Wiset chai chan district, Angthong province

มะลิวัลย์ อัจฉริยธรรม *

Maliwan Auscharyatham*

พัฒน์พงษ์ ฟองเพชร**

Pattanapong Fongpet**

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำพุ ตำบลบางจัก

*Hospital health care district Numpu, Angthong

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางจัก ตำบลบางจัก

**Hospital health care district Bangjuk, Angthong

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ กลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง (Quasi-experimental research : one Group Pretest - Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในเรื่อง พฤติกรรมการแปรงฟันที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ การบ้วนปาก ปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 32 คนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาล บางจัก กลุ่มตัวอย่าง ได้รับโปรแกรมโดยใช้ กฎแห่งการฝึกหัดและทฤษฎีตัวแบบ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของผู้ปกครองแบบบันทึกการแปรงฟันที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ แบบตรวจเช็คการบ้วนปาก แบบตรวจเช็คความถูกต้องในการแปรงฟันและแบบตรวจเช็คสภาวะช่องปาก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย คือ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการแปรงฟันที่ถูกวิธีและสม่ำเสมอและการบ้วนปากดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ มีผลทำให้เด็กมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมทันตสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น จึงควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาโปรแกรมดังกล่าวไป ประยุกต์ใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ : เด็กก่อนวัยเรียน, พฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ, กฎของการฝึกหัด

บทนำ

เด็กก่อนวัยเรียน (3-5 ปี) เป็นวัยที่ฟันน้ำนมขึ้น มาครบทุกซี่แล้ว โรคในช่องปากที่เป็นปัญหาของวัยนี้คือ โรคฟันผุ การสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนดจะมีผลเสียต่อบุคลิกภาพ การบดเคี้ยว การเจริญเติบโตของขากรรไกร ตลอดจนการเรียงตัวของฟันถาวรที่จะขึ้นมาแทนที่และจะมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของเด็กด้วย เด็กวัยนี้เป็นวัยพร้อมจะเรียนรู้ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้เด็กจึงมี วัตถุประสงค์ให้เด็กมีความพร้อมในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ในด้านร่างกายนั้นได้เน้นการฝึกกิจ

นิสัย สุนิสัยที่ดี รู้จักรักษาความสะอาด เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเป็นเวลา โดยคาดหวังให้เด็กมีความเข้าใจที่ดี มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเด็กเติบโตขึ้น

นอกจากนี้ฟันน้ำนมยังช่วยกันที่ฟันแท้ที่จะขึ้นมาแทนที่ให้ขึ้นได้ตรงไม่ซ้อนเก⁽¹⁾ ฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเด็กอายุ 1-3 ปี การที่เด็กมีฟันผุในอายุนี้อาจส่งผลกระทบต่อความยากลำบากในการรักษาที่เพิ่มขึ้นด้วย โรคฟันผุในเด็กประถมวัยจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่ควรให้ความสนใจมากที่สุดปัญหาหนึ่ง⁽²⁾

จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ปี 2549-2550 พบว่าเด็กไทยอายุ 3 ปี มีฟันผุ ร้อยละ 61.37 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 3.21 ซี/คน และเพิ่มสูงขึ้นในเด็กอายุ 5 ปี โดยพบร้อยละ 80.64 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 5.43 ซี/คน⁽³⁾

สำหรับจังหวัดอ่างทองได้ทำการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพตามกลุ่มอายุปี 2552⁽⁴⁾ พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีอัตราฟันผุร้อยละ 63.96 และอำเภอวิเศษชัยชาญ ร้อยละ 68.95 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมจังหวัดอ่างทอง ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาในเด็กอายุ 5 ปี เนื่องจากเด็กวัยนี้มีอัตราการเกิดโรคฟันผุสูงที่สุดและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางจังหวัดมีเด็กก่อนวัยเรียนเข้าเรียนจำนวนมากและมีอัตราการเกิดโรคฟันผุสูงที่สุดในอำเภอวิเศษชัยชาญคือ ร้อยละ 64.77

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้ทฤษฎีกฎแห่งการฝึกหัด (Law of Exercise) เพื่อให้เด็กจะได้มีการกระทำพฤติกรรม การแปรงฟันและบ้วนปากซ้ำๆจนเกิดเป็นนิสัยและการใช้ทฤษฎีตัวแบบ Modeling โดยใช้ผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเป็นตัวแบบในการแปรงฟันให้เด็ก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนในเรื่อง

- พฤติกรรมการแปรงฟันที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ
- การบ้วนปาก
- ปริมาณการบริโภคคาร์โบไฮเดรตของฟันของเด็กก่อนวัยเรียน

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัด 2 ครั้ง (Quasi-experimental research : one Group Pretest - Posttest Design) โดยรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และ ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับสภาวะอนามัยช่องปากตามสภาพปัญหาแก่เด็กก่อนวัยเรียน เพื่อลดสภาวะช่องปากที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย การคัดเลือกประชากรศูนย์เด็กเล็กมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

- 1.เป็นเด็กอายุ 4 ปี 1 เดือน ถึง 5 ปีเต็ม
- 2.เป็นเด็กนักเรียนที่ผู้ปกครองสมัครใจเข้าร่วมอบรม
- 3.เป็นเด็กนักเรียนที่มาเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสม่ำเสมอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่แบบบันทึกความถี่ของการแปรงฟันที่ถูกต้องและสม่ำเสมอบันทึกโดยผู้ปกครองบันทึกที่บ้านและผู้ดูแลเด็กบันทึกที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แบบบันทึกความถี่ในการแปรงฟันบันทึกโดยทันตบุคลากร แบบบันทึกการบ้วนปากบันทึกโดยผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กบันทึกที่บ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และแบบบันทึกการตรวจสอบอนามัยช่องปากตรวจโดยทันตบุคลากร และโปรแกรมการทดลอง โดยใช้กิจกรรมอบรมการให้ความรู้ฝึกปฏิบัติการเป็นตัวแบบและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกวิธีอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้กฎของการฝึกหัดในเด็กก่อนวัยเรียนทั้งหมด 4 ครั้ง และติดตามเด็กอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการทดลอง

ครั้งที่ 1 อบรมผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กโดยการให้ความรู้เรื่องโรคฟันผุ

ครั้งที่ 2 อบรมผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กโดยฝึกปฏิบัติตรวจฟันและแปรงฟัน

ครั้งที่ 3 อบรมเด็กก่อนวัยเรียนโดยให้ความรู้เรื่องอาหารวิธีการแปรงฟัน(ทดสอบที่ละคน)

ครั้งที่ 4 อบรมเด็กก่อนวัยเรียนโดยให้ความรู้เรื่องอาหารวิธีการแปรงฟัน(ทดสอบครั้งละ 2 คน)

ระยะเวลาดังแต่เดือนมีนาคม 2553 ถึงเดือนพฤษภาคม 2553 การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลหลังการทดลอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย คือ Paired t-test

ผลการศึกษา

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุระหว่าง 54-59 เดือน

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการแปรงฟันอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ ก่อนและหลังการทดลอง

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

การแปร่งฟันสม่ำเสมอและถูกวิธี	กลุ่มตัวอย่าง (n = 32)		t	p- value
	$\bar{X}$	S.D		
ก่อนการทดลอง	17.90	3.670	-16.428	< 0.001*
หลังการทดลอง	26.63	4.437		

ก่อนการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธีอยู่ในระดับต่ำภายหลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธีในการการแปร่งฟัน ก่อนและหลังการทดลอง

เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความถูกต้อง

ความถูกต้องในการแปร่งฟัน	กลุ่มตัวอย่าง (n = 32)		t	p- value
	$\bar{X}$	S.D		
ก่อนการทดลอง	3.13	1.776	-18.638	< 0.001*
หลังการทดลอง	12.97	2.918		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ก่อนการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธีอยู่ในระดับต่ำ ภายหลังการ

ทดลองมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการแปร่งฟันอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธีเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมกรรมการบ้านปาก ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมกรรมการบ้านปาก	กลุ่มตัวอย่าง (n = 32)		t	p- value
	$\bar{X}$	S.D		
ก่อนการทดลอง	4.40	1.276	-16.495	< 0.001*
หลังการทดลอง	8.77	0.568		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ก่อนการทดลองพบว่ามีความเฉลียวฉลาดพฤติกรรมกรรมการบ้านปากอยู่ในระดับต่ำ หลังการทดลองมีความ

เฉลียวฉลาดพฤติกรรมกรรมการบ้านปากระดับสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนปริมาณการบ้วนน้ำลายหรือย่นตัวฟัน ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมกรรมการบ้านปาก	กลุ่มตัวอย่าง (n = 32)		t	p- value
	$\bar{X}$	S.D		
ก่อนการทดลอง	1.00	0.000	-1.795	0.083
หลังการทดลอง	1.10	0.305		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความเฉลียวฉลาดปริมาณการบ้วนน้ำลายหรือย่นตัวฟันในระดับดีมากเนื่องจากได้รับการปรับสภาวะทันตสุขภาพโดยการอุดฟันและขัดทำ

ความสะอาดฟันทุกคนภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยปริมาณการบ้วนน้ำลายหรือย่นตัวฟันไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

จากการศึกษาวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับโปรแกรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุโดยใช้ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากบุคคลทั้งสองกลุ่มนี้มีความใกล้ชิดกับเด็กก่อนวัยเรียนเป็นอย่างมาก ทำให้รู้ถึงปัญหาที่แท้จริงของการเกิดโรคฟันผุและนำมาสู่การแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยใช้ทฤษฎีตัวแบบคือผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กเมื่อทั้งสองกลุ่มนี้ได้รับความรู้เรื่องโรคฟันผุ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคฟันผุ ตลอดจนทราบบทบาทในการแก้ไขปัญหามาและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกวิธีทำให้สามารถเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เด็กก่อนวัยเรียนได้ และใช้กฎของการฝึกหัดเพื่อฝึกการแปรงฟันที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมแปรงฟันที่ถูกต้องและสม่ำเสมอดีกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุธรรม เอี่ยมสวัสดิ์⁽⁵⁾ ที่ศึกษาการส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าภายหลังการทดลองเด็กก่อนวัยเรียนมีพฤติกรรมแปรงฟันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านพฤติกรรมการบ้วนปากพบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลช่องปากทำให้คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองพฤติกรรมการบ้วนปากของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากเมื่อก่อนทดลองได้รับโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ ด้วยการให้ความรู้เรื่องการบ้วนปากหลังรับประทานอาหารและใช้กฎของการฝึกหัดในการฝึกปฏิบัติอย่างถูกวิธีซ้ำๆ ก่อให้เกิดเป็นนิสัยที่ดีในการป้องกันโรคฟันผุ สอดคล้องกับการศึกษาของสุธรรม เติมทอง วินิมล ศรีวัฒนา⁽⁶⁾ ที่ศึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการดูแลทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพของเด็กในสถาบันราชานุกูลจากการจัดโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก พบว่าการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก การบ้วนปากในหอซายก่อนและหลังการดำเนินโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กไม่มีความแตกต่าง แต่ในหอหญิงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างได้รับการปรับสภาวะทันตสุขภาพโดยการอุดฟันและขัดทำความสะอาดฟันทุกคน ภายหลังการได้รับโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุ กลุ่มตัวอย่างมีการแปรงฟันที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ อีกทั้งได้รับตัวแบบที่ดีคือผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก ทำให้ภายหลังการทดลองมีปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัยของชลีกุล วงษ์ถาวร⁽⁷⁾ ที่ศึกษา

โปรแกรมสุขศึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ หลังการทดลองพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มทดลองมีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันน้อยกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป

เด็กเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและมีความสำคัญยิ่งสำหรับครอบครัว การพัฒนาเด็กควรเริ่มต้นตั้งแต่วัยแรกๆ ที่เด็กเริ่มเรียนรู้การเลียนแบบพฤติกรรมตั้งแต่อายุ 1-3 ปี เป็นต้นไป เพื่อให้เด็กได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ เพื่อให้เด็กเป็นคนดีได้ในสังคม ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันจากการศึกษาพบว่า การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กสามารถแสดงออกถึงความคิดเห็นและความรู้สึกที่จะป้องกันโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนด้วยการวาดฟันและโมภาพร่วมกัน ทำให้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุออกมาในลักษณะที่ครอบคลุม เด็กก่อนวัยเรียนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันโรคฟันผุได้ จึงควรประยุกต์การวางแผนอย่างมีส่วนร่วมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ

การที่จะให้พฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนคงอยู่อย่างยั่งยืนนั้น ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กควรให้การติดตามอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการนำรูปแบบนี้ไปใช้ จึงควรมีการติดตามในระยะต่างๆ อย่างเหมาะสมและควรศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกันกับเด็กอนุบาล หรือเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็กสังกัดหน่วยงานอื่นและควรนำรูปแบบงานวิจัยอื่นๆ มาศึกษาเปรียบเทียบเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาโรจน์ มะรุมดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง และ นายเมธาการกสิวิธ สาธารณสุขอำเภอไชโย รักษาการแทน สาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ คณะทันตบุคลากรจากฝ่ายทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ คุณกิตติ อองงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำพุ คุณสมจิตร ชูสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางจักและขอขอบพระคุณ นายชวลิต วิเศษสิทธิกุล นายกเทศมนตรีตำบลบางจักและคณะผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลบางจัก ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่สำหรับการทำการศึกษา ตลอดจนให้ความช่วยเหลือ

๑๖๕๕ กรมหลวงนั้

16 | วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2

สุธรรม เขี่ยมสวัสดิ์. การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก

Abstract The effective of a Modification Behavioral Program in Dental Carries Prevention Among Preschool Age for Bangjuk Child Development Center, Wiset chai chan district, Angthong province Maliwan Auschariyatham*, Pattanapong Fongpet**

*Hospital health care district Numpu, Angthong

**Hospital health care district Bangjuk, Angthong

The purposes of this quasi-experimental research (one group pretest posttest) to examine result of a modification of the behavioral program in dental carries prevention among preschool age in correctness and usual brushing teeth spit out quantity of bacterial stains in the teeth. The sample consisted of 32 preschool children, The experimental group received skill training and education from this program by Law of Exercise and Modeling. Data collection was by the oral health examination records correctness and usual brushing teeth, the oral health examination records of spit out, the oral health examination records correctness of brushing teeth and the oral health examination records quantity of bacterial stains on the teeth. The data were analyzed by the uses of frequencies, percentage, mean, standard deviation, paired t-test

The result showed that after experiment the experimental group had behaviors in correctness and usual brushing teeth, the behaviors in spit out better than before experiment ($p < 0.05$), the quantity of bacterial stains in the teeth immediately after experiment were smaller than before experiment ($p < 0.05$). In conclusion, the provision of this program could cause the children to have better dental health behavior. Therefore, involved participant should to apply the program in other child development center.

Key Word : Preschool Age, Behavior to Prevent Dental Carries, Law of Exercise

วรพนธ์ หอมกรุ่น*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

Worapon hoomkrun*

*Chainat provincial health office

บทคัดย่อ

เอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มิใช่มีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขเท่านั้น ยังคงคุกคามต่อสังคมไทยและเศรษฐกิจของประเทศมากกว่าร้อยละ 50 จะพบว่าการติดเชื้อรายใหม่พบในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 24 ปี และ มากกว่า ร้อยละ 80 ของผู้ที่ป่วยเป็นเอดส์แล้วมีปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อให้เข้าใจถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเอชไอวีและเอดส์จังหวัดชัยนาท สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท จึงได้จัดทำระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมโดยใช้เครื่องมือและแนวทางการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่น วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ เพื่อทราบพฤติกรรมทางเพศที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีและความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดชัยนาท พ.ศ.2551-2553 ซึ่งเป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ทั้งชายและหญิงของจังหวัดชัยนาท พ.ศ.2551-2553 วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ผลการศึกษาพบว่าในแต่ละปีทำการสำรวจ มีนักเรียนทั้งชายและหญิงรวมทั้ง 3 ปี เป็นจำนวนเท่ากับ 1,838 คน พบว่านักเรียนชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วมีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกับนักเรียนหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคูรัก สำหรับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมาค่อนข้างน้อย ซึ่งพบว่านักเรียนชายมีการใช้ทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 87.5 หญิงชายบริการร้อยละ 74.2 ชายอื่นร้อยละ 38.9 และนักเรียนหญิงมีการใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักร้อยละ 21.6 และชายอื่นร้อยละ 16.6 ในด้านความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ผลการตอบคำถามถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ตามเกณฑ์ UNGASS พบว่า ในปี 2553 นักเรียนชายตอบได้ถูกต้อง ร้อยละ 18.6 มีแนวโน้มลดลงจากปี 2551 และ 2552 ร้อยละ 27.7 และ 24.2 ตามลำดับ นักเรียนหญิงตอบได้ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 19.2 และมีแนวโน้มลดลง จากปี 2551 และ 2552 ร้อยละ 27.7 และ 23.8 ตามลำดับ

การมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างน้อยตลอดจนมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้องลดลง ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลเยาวชนทั้งในภาครัฐและเอกชนควรส่งเสริมให้ครอบครัวดูแลเยาวชนเอาใจใส่ต่อการเรียน และการดำเนินชีวิต ให้ความรัก และเป็นที่ปรึกษาแก่วัยรุ่นในเรื่องเพศสัมพันธ์ การคบเพื่อน โอกาสเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ขณะเดียวกันสถานศึกษาควรมีการจัดการเรียนการสอนเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ควรมีการณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

คำสำคัญ : พฤติกรรมทางเพศ, การติดเชื้อเอชไอวี

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ การแพร่ระบาดของโรคเอดส์มีผลกระทบทั้งสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ปัจจุบันโรคเอดส์ได้แพร่กระจายเข้าไปในกลุ่มประชากรโดยเฉพาะกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาซึ่งเป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี และมากกว่าร้อยละ 50 ของการติดเชื้อรายใหม่ก็อยู่ในกลุ่มเยาวชนเหล่านี้⁽¹⁾ จากรายงานสถานการณ์ของประเทศไทย ปี 2550 พบผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการรวมทั้งสิ้น 325,811 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1:2.3 ปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์สูงสุด ร้อยละ 83.9 และกลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยโรคเอดส์มากที่สุดได้แก่ อายุ 30-34 ปี⁽²⁾ และจากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยของจังหวัดชัยนาท โดยได้รับรายงานจากสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 พบว่า มีผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้น 802 ราย โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยเอดส์ 562 ราย เสียชีวิต 49 ราย ยังมีชีวิต 513 ราย ผู้ติดเชื้อมีอาการ 60 ราย และผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ 180 ราย กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 38.47 ปัจจัยเสี่ยงสูงสุดคือทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 80.29⁽³⁾

เนื่องจากเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มวัยรุ่นหรือเยาวชน เป็นวัยที่มีการพัฒนาอย่างมากและรวดเร็วทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการปรับตัวต่อสังคม ขณะเดียวกันสังคมไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากโดยการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาอย่างรวดเร็ว นิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การอยู่กินฉันท์สามีภรรยาระหว่างการศึกษา การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหากไม่ได้มีการป้องกันที่ถูกต้อง เนื่องจากการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 80 มีสาเหตุจากการมีเพศสัมพันธ์ ประกอบกับ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง มีเวลาใกล้ชิดให้คำแนะนำ แก่บุตรหลานน้อยลง จึงทำให้เด็กวัยนี้มีโอกาสประพฤติดูผิดพลาดมากขึ้น⁽⁴⁾ พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มวัยรุ่นในประเทศไทย ส่วนใหญ่พบว่าปัจจัยที่ทำให้นักเรียน มีพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นเนื่องจากมีวิถีชีวิตที่เป็นอิสระห่างไกลจากการดูแลของพ่อแม่ และการเข้ากลุ่มเพื่อน จึงมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา การใช้ยาเสพติด อีกทั้งขาดความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ ทศน-คดีต่อการใช้ถุงยางอนามัยไม่ดี ขาดทักษะในการเจรจาต่อรองทางเพศกับเพื่อนชาย เนื่องจากกลัวเพื่อนชายจะเข้าใจผิดว่าตนเอง มีประสบการณ์ทางเพศ สำนอนทางเพศ

หรือเป็นผู้หญิงไม่ดี เป็นต้น ส่วนนักเรียนชายมักมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ ไม่นิยมสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ มีพฤติกรรม การใช้ยาเสพติด ดื่มสุรา อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนซึ่งนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย และทำให้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5
2. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องการติดต่อและการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

วัสดุและวิธีการศึกษา

ในการศึกษครั้งนี้ เป็นการศึกษาาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากรายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ของจังหวัดชัยนาท พ.ศ. 2551-2553 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ นักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 5 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในสังกัด ของกรมสามัญศึกษา ปี 2551 จำนวน 488 คน ปี 2552 จำนวน 668 คน และปี 2553 จำนวน 682 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 1,838 คน โดยแยกเป็นเพศชายจำนวน 803 คน และเพศหญิงจำนวน 1,035 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-31 มิถุนายน ของทุกปี

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศกับคู่นอนโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5

การวิเคราะห์ข้อมูล

รวบรวมและทบทวนข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม Epi Info version 3.2 โดยนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

นิยามศัพท์ การเรียนการ

ความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์ หมายถึง การตอบข้อคำถาม 5 ข้อ ตามตัวชี้วัดของ UNGASS ได้ถูกต้อง

พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี หมายถึง การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทุกประเภท โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

หญิงขายบริการ หมายถึง โสเภณี หมอหวด นักร้อง เด็กเสิร์ฟอาหาร ที่ขายบริการทางเพศทั้งแบบตรง และแฝง

ผู้ชายอื่น หมายถึง ผู้ชายที่ไม่ใช่สามีหรือสามี ที่อยู่ด้วยกันในปัจจุบัน หรือแฟนหรือ คนรัก หรือเพื่อนสนิท

ผู้หญิงอื่น หมายถึง ผู้หญิงที่ไม่ใช่ภรรยาหรือ ผู้หญิงที่อยู่ด้วยกันในปัจจุบันหรือแฟน หรือคนรัก หรือ เพื่อนสนิท หรือหญิงขายบริการ

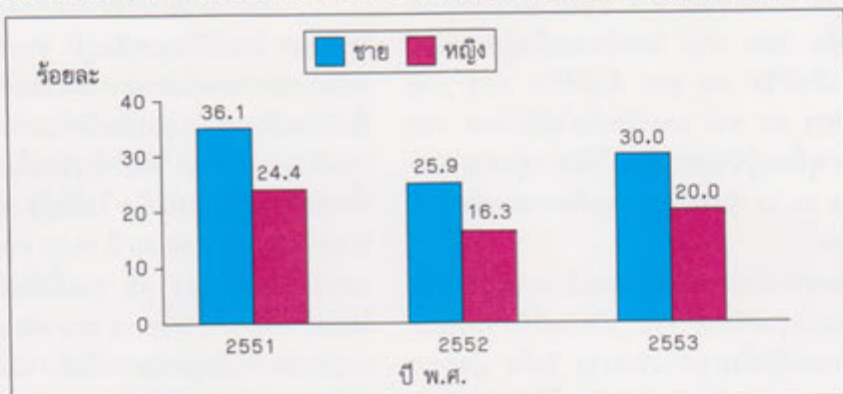
การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย หมายถึง การร่วม

เพศทางปากหรือทางทวารหนักกับผู้ชาย

ผลการศึกษา

1. ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 36.1 ในปี พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 25.9 ในปี พ.ศ. 2552 และเพิ่มสูงขึ้นในปี 2553 เป็นร้อยละ 30.0 สำหรับนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จากร้อยละ 24.4 ในปีพ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 16.3 และเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 20.0 (แผนภูมิ 1)

แผนภูมิ 1 ร้อยละการเคยมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ชายและหญิงจังหวัดชัยนาท ปี 2551-2553



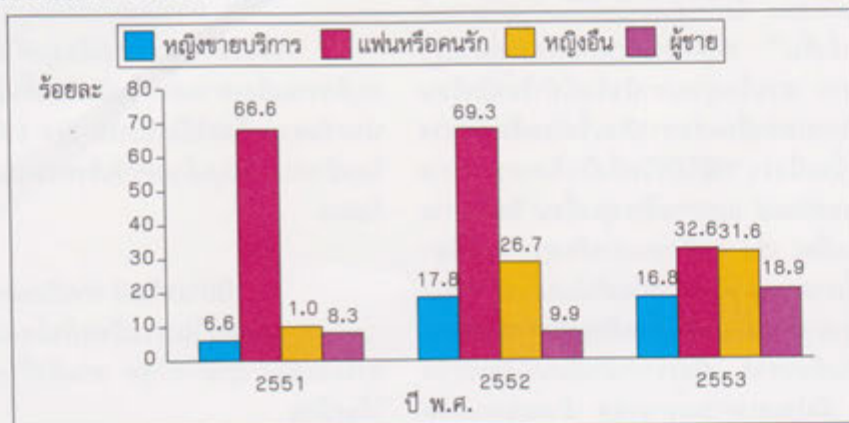
ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา

2.1 ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ของนักเรียนชาย

ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชายกับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมาพบว่า ปี 2551-

2553 มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคู่อีก มากกว่ากลุ่มอื่น ปี 2551 ร้อยละ 66.6 ปี 2552 ร้อยละ 69.3 และปี 2553 ร้อยละ 32.6 รองลงมาได้แก่ หญิงอื่น ร้อยละ 1.0, 26.7 และ 31.6 ตามลำดับ (แผนภูมิ 2)

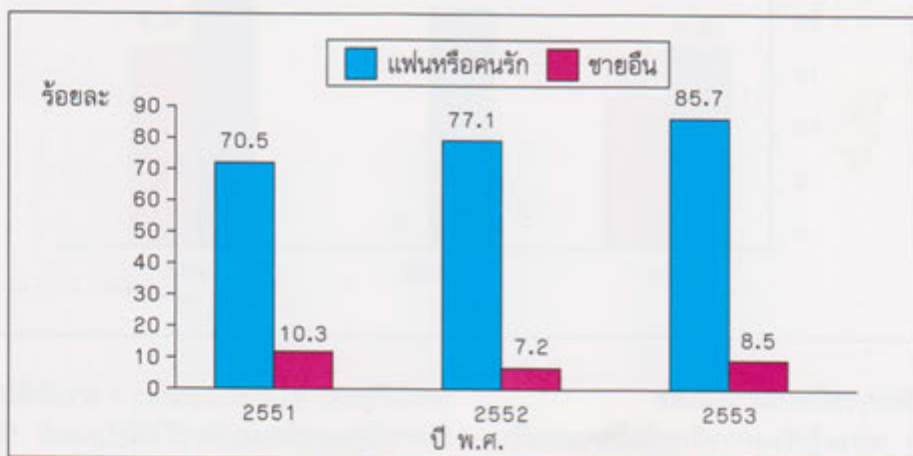
แผนภูมิ 2 ร้อยละของการมีเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา กับคู่นอนประเภทต่างๆ ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดชัยนาท ปี 2551-2553



2.2 ประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน
ประเภทต่างๆ ของนักเรียนหญิง
ประสิทธิภาพการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนหญิง

กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่
มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคูรักร้อยละ 70.5, 77.1 และ
85.7 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (แผนภูมิ 3)

แผนภูมิ 3 ร้อยละของการมีเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมาเกี่ยวกับคู่นอนประเภทต่างๆ ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5
จังหวัดชัยนาท ปี 2551-2553

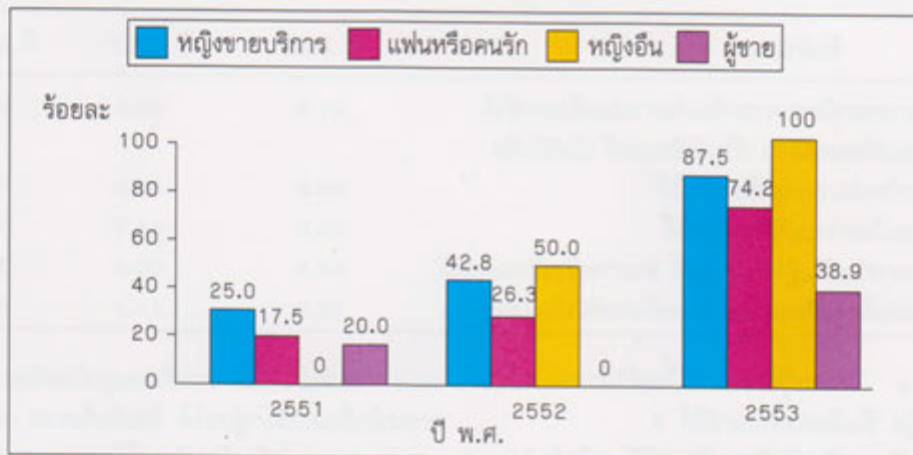


2.3 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน
ประเภทต่างๆ ของนักเรียนชาย

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศ
สัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมาของนักเรียนชายพบว่า ปี 2551

- 2553 มีแนวโน้มการใช้ทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิง
ชายบริการจากร้อยละ 25.0 เป็น ร้อยละ 87.5 แฟนหรือ
คนรักจากร้อยละ 17.5 เป็นร้อยละ 74.2 และหญิงอื่น
จากร้อยละ 0 เป็น ร้อยละ 100 (แผนภูมิ 4)

แผนภูมิ 4 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในรอบปีที่ผ่านมาเกี่ยวกับคู่นอนประเภทต่างๆ ของนักเรียนชาย
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดชัยนาท ปี 2551-2553

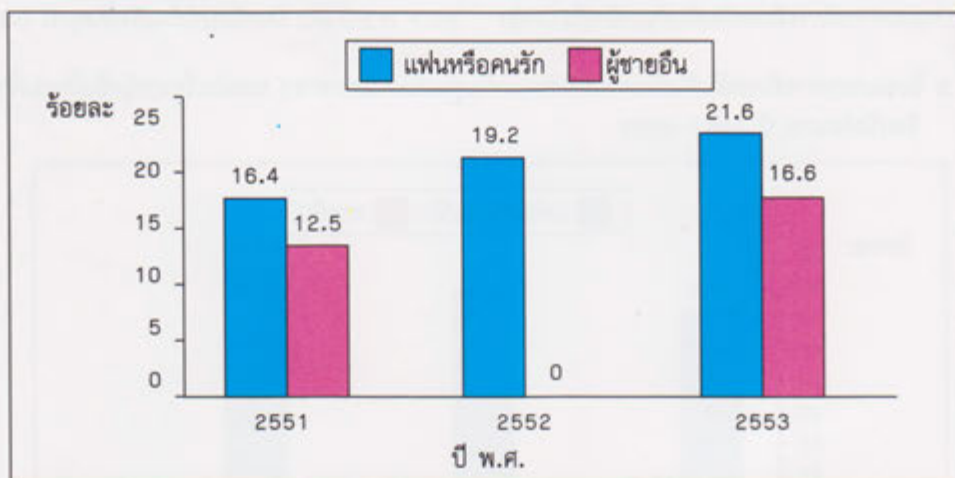


2.4 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยกับคู
นอนประเภทต่างๆ ของนักเรียนหญิง

พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมี
เพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมาของนักเรียนหญิงกับแฟนหรือ

คนรัก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2551 ร้อยละ 16.4 เป็น
ร้อยละ 21.6 ในปี 2553 กับผู้ชายอื่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
เช่นกันจากปี 2551 ร้อยละ 12.5 เป็น ร้อยละ 16.6 ในปี
2553 (แผนภูมิ 5)

แผนภูมิ 5 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในรอบปีที่ผ่านมา กับคู่สนประภทต่างๆ ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดชัยนาท ปี 2551-2553



3. ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์

3.1 ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

จากคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ตามตัวชี้วัดของ UNGASS จำนวน 5 ข้อ พบว่า ในปี 2551- 2553 นักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ตอบถูกมากที่สุด คือ การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้

คิดเป็นร้อยละ 91.4, 95.6 และ 92.7 ตามลำดับ รองลงมา คือการมีคู่สนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์ ป้องกันเอดส์ได้คิดเป็นร้อยละ 80.0, 85.0 และ 83.0 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ยุงเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้ คิดเป็นร้อยละ 65.0, 64.7 และ 54.6 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มตอบถูกลดลงทุกปีจากปี 2551 ร้อยละ 65.0 เป็นร้อยละ 54.6 ในปี 2553 (ตาราง 1)

ตาราง 1 ร้อยละการตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้อง ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดชัยนาท ปี 2551-2553

ข้อคำถาม	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553
1. การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	91.4	95.6	92.7
2. การมีคู่สนเพียงคนเดียว ที่ไม่มีเชื้อเอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	80.0	85.0	83.0
3. ยุงสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์ได้	65.0	64.7	54.6
4. การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	69.5	60.0	55.2
5. คนที่เรามองเห็นว่ามึสสุขภาพดี อาจเป็นคนที่มึเชื้อเอดส์ได้	72.0	71.2	69.4

3.2 ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ในนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

นักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในปี 2551 -2553 คำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ การใช้ถุงยางอนามัยป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ คิดเป็นร้อยละ 92.5, 97.1 และ

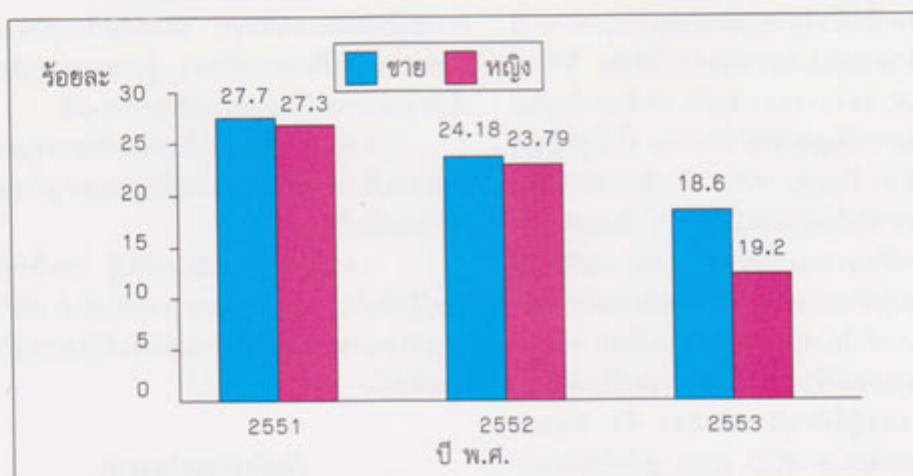
96.4 ตามลำดับ ข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ยุงเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้ คิดเป็นร้อยละ 57.7, 56.9 และ 43.0 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มตอบถูกลดลงทุกปีจากปี 2551 ร้อยละ 57.7 เป็นร้อยละ 43.0 ในปี 2553 (ตาราง 2)

ตาราง 2 ร้อยละของนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมปีที่ 5 ที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ได้ถูกต้อง จังหวัดชัยนาท ปี 2551-2553

ข้อคำถาม	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553
1. การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	92.5	97.1	96.4
2. การมีคู่นอนเพียงคนเดียว ที่ไม่มีเชื้อเอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	83.1	84.7	81.9
3. ยุงสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์ได้	57.7	56.9	43.0
4. การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	65.5	53.7	50.7
5. คนที่เรามาองเห็นว่ามึสุขภาพดี อาจเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้	82.1	84.2	89.0

เมื่อพิจารณาผลรวมของการตอบคำถามถูกต้อง สำหรับนักเรียนหญิง ตอบได้ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 19.2 และมีแนวโน้มลดลงต่ำลง จากปี 2551 และ 2552 2553 นักเรียนชาย ตอบได้ถูกต้อง ร้อยละ 18.6 (แผนภูมิ 6)

แผนภูมิ 6 ร้อยละการตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ที่ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ชายและหญิง จังหวัดชัยนาท ปี 2551-2553



วิจารณ์

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดชัยนาท พ.ศ. 2551-2553 ซึ่งพบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ทั้งชายและหญิง มีแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มนักเรียนวัยนี้ซึ่งถือว่าเป็นวัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมาก จึงมีโอกาสดูถูกชักจูงให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ประกอบกับอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและค่านิยมทางเพศตามอารยธรรมตะวันตกที่หลั่งไหลเข้ามา ด้วยการสื่อสารไร้พรมแดน ทำให้การรับสื่อทางเพศเป็นไปได้โดยง่าย ซึ่งสอดคล้องกับสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2549

ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข พบว่ากลุ่มอายุที่พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 15-24 ปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545⁽⁵⁾ และจากการวิจัยทางด้านพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทยในปัจจุบัน พบว่า วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเพิ่มขึ้น และเป็นการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย และเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรกแล้ว การมีเพศสัมพันธ์ในครั้งต่อไปก็ง่ายขึ้น ความยับยั้งชั่งใจมีน้อยลง และที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน⁽⁶⁾ ซึ่งสภาพการณ์เช่นนี้ ย่อมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ง่าย

พฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่กับคู่อีก หรือแฟน ทั้งชายและหญิง

ต่อการติดเชื้อเอชไอวี เพราะมีการใช้ถุงยางอนามัยน้อย เพียงร้อยละ 74.2 ในนักเรียนชาย และร้อยละ 21.6 ในนักเรียนหญิงและความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์ นักเรียนยังตอบไม่ถูกที่ตอบถูกทุกข้อยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำมาก มีเพียงร้อยละ 18.6 ในนักเรียนชายและร้อยละ 19.2 ในนักเรียนหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ของสำนักกระบาดวิทยา จำนวน 4,797 คนทั่วประเทศ พบว่าวัยรุ่นร้อยละ 32 เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว แต่มีเพียงร้อยละ 28.7 ที่ใช้ถุงยางอนามัย และขาดความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในการดูแลป้องกันตนเอง⁽⁷⁾ และยังสอดคล้องกับการสำรวจของสวนดุสิตโพล ที่ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมทางเพศและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 231 คน พบว่าเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ตั้งแต่อายุน้อยสุด คือ 10 ปี บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรก คือ คนรัก และมักไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย⁽⁸⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ บุญโนนแต่⁽⁹⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 และนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2542-2544 พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและการใช้ถุงยางอนามัยลดลง ทั้งนี้คู่ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรก คือแฟน คนรัก หรือเพื่อนสนิท และมีการใช้ถุงยางอนามัยในทุกกลุ่มน้อยกว่า ร้อยละ 25 สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุรางค์ ดวงประเสริฐ⁽¹⁰⁾ พบว่าวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมทางเพศในภาพรวมอยู่ในระดับไม่เหมาะสมทั้งนี้อาจเนื่องจากวัยรุ่นเริ่มมีความสนใจเพศตรงข้าม และเกิดอารมณ์รักที่จะอยู่ใกล้ชิดกัน⁽¹¹⁾ และผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง คือ ดื่มของมึนเมา ดูหนังสือลามก ดู VCD ลามก ดูเว็บไซต์ลามก พูดคุยกันทางอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์ คุยเรื่องเพศยอมนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา ดวงแก้ว⁽¹²⁾ ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร พบว่า สาเหตุพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มาจากถูกเพื่อนชักชวนดื่มสุรา เที่ยวสถานเริงรมย์ อ่านหนังสือกระตุ้นทางเพศ ดูภาพยนตร์กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง ควรดำเนินการไปพร้อมกัน โดยการจัดอบรมหรือจัดกิจกรรมเข้าค่ายให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

ให้แก่ครูและนักเรียนชั้นมัธยมอย่างทั่วถึง

2. การทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ และเอกชน รวมถึงหน่วยงานอิสระต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรมีการดำเนินการแบบบูรณาการการทำงานร่วมกัน และให้นักเรียนได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เช่น แต่งตั้งกลุ่มแกนนำนักเรียนในการอบรมให้ความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และให้แกนนำนักเรียนเหล่านี้ได้นำความรู้ไปเผยแพร่หรือสอนเพื่อนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนคอยเตือน หรือช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่เพื่อนๆ ในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

3. ควรให้คำแนะนำกับผู้ปกครอง สถานศึกษา และเยาวชนเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยอันควร

4. ควรส่งเสริมให้มีการเข้าถึงถุงยางอนามัยได้ง่ายและสะดวก เช่น ติดตั้งตู้จำหน่ายถุงยางอนามัยแบบหยอดเหรียญตามห้องน้ำในโรงเรียน เป็นต้น

5. ควรมีการศึกษาปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนในเชิงลึกและเชิงรุก ต้องศึกษาในทุกกลุ่มทั้งที่เป็นผู้ปกครอง ผู้บริหารการศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษา ครู เพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกันในทุกๆ มิติ

6. ควรมีการศึกษากิจกรรมที่เยาวชนสนใจและต้องการเพื่อจะได้จัดกิจกรรมที่เยาวชนสามารถเข้าร่วมอย่างต่อเนื่องได้

7. ควรมีการศึกษถึงการรับรู้ การป้องกัน และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อวิเคราะห์ถึงระดับของความรู้ว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติมากน้อยเพียงใด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.เจเวตสร นามวาท อาจารย์ อรรถพรณ แสงวรรณลอย อาจารย์สุรศักดิ์ ธโนศวรยางกูร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยนาท หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษา ให้คำปรึกษาจนทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วิพุธ พูลเจริญและคณะ. Advocacy and Policy. ใน: Post Barceloma XIV Internation AIDS Conference; 2002 July 7-12.
2. อรรถพรณ แสงวรรณลอย, พงทิพย์ รัตนรัตน์, นิรมล ปัญสุวรรณ, อีรยุทธ ลีลา. สถานการณ์โรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2550.

- พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
3. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ.สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์
และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จังหวัดชัยนาท ณ วันที่ 11
ธันวาคม 2551. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท.
(เอกสารอัดสำเนา).
4. ชูลีพร ศรศรี. พฤติกรรมในเรื่องเพศของนักเรียน
วัยรุ่น ในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต].ม.ป.ท. : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
5. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักกระบาด
วิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2549.
กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์;
2550.
6. ปราณี ทุไฟเราะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และ
เจตคติกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดสุพรรณบุรี. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัย
มหิดล;2540.
7. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักกระบาด
วิทยา.การสำรวจพฤติกรรมวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร :
องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์;2547.
8. สวนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. รายงาน
ผลสำรวจการวิจัย เรื่อง ความคิดเห็นในพฤติกรรม
ทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรค
เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนอายุ
15-24 ปี. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ป.
9. เสาวลักษณ์ บุญโนนแต่. พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อ
การติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 และ
นักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 จังหวัด
ชัยภูมิ พ.ศ.2542-2544. ใน: กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข, บรรณาธิการ. ผลการวิเคราะห์
สถานการณ์โรคเอดส์ 2545. นนทบุรี; 2546.
10. ศรีสุรางค์ ดวงประเสริฐ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นจังหวัดนครนายก.
วารสารควบคุมโรค .2551; 34: 484-9.
11. Money and Erlandft. Adolescence(5th ed).
New York : Prentice Hall;1972.
12. จรรยา ดวงแก้ว. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม
เสี่ยงทางเพศ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต].
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.

Abstract Sexual behaviors associated with HIV infection among secondary school, students, Chainat province 2008-2010.

Worapon hoomkrun*

*Chainat provincial health office

AIDS is still an important problem which impact not only public health system but also society and economics. More than 50% of new HIV infection cases were youth between 15-24 years old and more than 80% of AIDS cases, the main route of infection is sexual transmitted. To understand the situation of HIV/AIDS in Chainat province, the Provincial Health Office set up the behaviour surveillance by using the tool and national sentinel BSS guideline to monitor the behaviour change and trend of sexual behavior and knowledge among youth. The study objective was to determine the proportion of HIV-related behaviours for HIV and knowledge about HIV of the 2nd year secondary school in Chainat province. Descriptive study was conducted to analyze the secondary data from Chainat BSS of both sex of 2nd year secondary school (Grades) students during 2008-2010.

During 2008-2010, a total of 1,838 were reviewed. The proportion of students grade 8 who had sex experienced showed decreasing trend both male and female students. Most of their sex partners were girl and boy friend. Consistent condom used for past year when have sex of male student was 87.5% in 2010 and consistent condom use of sexual partner of female student was only 16.6% in 2010. In 2010, 18.6% of male and 19.2% female students answered all 5 UNGASS knowledge questions correctly. Knowledge about HIV/AIDS among grade 8 students in 2010 was lower than two years earlier.

Conclusion: For sexual risk behaviours related HIV both low level of consistent condom used and correctness of knowledge about HIV/AIDS decreased thus the government and all stakeholder need to put more effort to prevent youth from HIV infection by improve knowledge and practice among youth for reducing the behavior risk .

Keywords : Sexual behaviors, HIV infection

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจังหวัดอ่างทอง
Factors Affecting the Perceived Towards Quality Development Process
in the Accredited Hospital of Angthong Province

วิลัยลักษณ์ โกมลจันทร์ (วทม.สาธารณสุขศาสตร์)*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

Wilailuk Komolchan M.S. (Public Health)*

*Angthong Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ความยึดมั่นในองค์การและทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล กับ การรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 180 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นและ สุ่มเลือกตัวอย่างจากทุกชั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ ChiSquare การทดสอบ t-test และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม ได้แก่ ทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม ความยึดมั่นในองค์การ การเป็นผู้ปฏิบัติ และ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมโดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยทั้ง 4 ปัจจัยสามารถรวมทำนายการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ ร้อยละ 66.4 จากผลการวิจัยทำให้ได้ข้อสรุปว่า โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล บุคลากรจะมีทัศนคติ ความยึดมั่น การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในระดับสูงและต่างเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ดังนั้นการที่โรงพยาบาลจะมีการพัฒนาคุณภาพให้ผ่านการรับรองคุณภาพได้ ควรส่งเสริมบุคลากรให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดทัศนคติที่ดี เกิดความยึดมั่นในองค์การ และให้บุคลากรได้รับรู้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ตามลำดับขั้นมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

บทนำ

จากสถานการณ์ปัจจุบันของระบบบริการสุขภาพ ที่สังคมมีเป้าหมายและคาดหวังที่จะเห็นคุณภาพเกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ และมีแนวโน้มที่จะเกิดการฟ้องร้องมากขึ้นจากความคาดหวังของประชาชนในสังคม ดังนั้นองค์กรจำเป็นต้องปรับกลยุทธ์การดำเนินงานใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง และเพื่อความอยู่รอดขององค์กร โรงพยาบาลเป็นองค์กรหรือฝ่ายงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ต้องมีการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สำหรับประเทศไทย การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น รัฐบาลมีนโยบายในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน

ทุกคน สถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ(Quality Accreditation) ถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพื่อสร้างหลักประกันว่าประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังกำหนดให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องผ่านการประเมินคุณภาพ⁽¹⁾ ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) เป็นการรับรองโรงพยาบาลว่ามีระบบที่รัดกุมในการป้องกันความผิดพลาด ผู้รับบริการมีความเสี่ยงน้อยที่สุด โดยมีระบบในการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงาน ระบบตรวจกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

พยาบาลใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ (Total Quality Management :TQM) เป็นแม่แบบของการบริการ หลักการสำคัญของกระบวนการ HA เป็นกลไกส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ เกิดการสร้างกระบวนการเรียนรู้ ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการพัฒนา โดยมีการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง⁽²⁾ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับสังคมว่าโรงพยาบาลมีระบบการทำงานที่ไว้วางใจได้ การรับรองคุณภาพจะกระทำโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง ได้แก่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เพื่อเป็นการประกันว่าผลการรับรองนั้นเป็นที่น่าเชื่อถือ โดยผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการพัฒนาคุณภาพคือ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และโรงพยาบาล

จังหวัดอ่างทอง มีโรงพยาบาลในภาครัฐ 7 แห่ง ซึ่งโรงพยาบาลทั้งหมดได้เข้าร่วมการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ได้ดำเนินโครงการการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา ในปัจจุบันปี 2554 ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพียง 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ คิดเป็นเพียงร้อยละ 14.29 ดังนั้นจึงได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจังหวัดอ่างทองทั้งนี้เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการวางแผน ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ผ่านการรับรองมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจังหวัดอ่างทอง ปี2554 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณมาจากเทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yaman⁽³⁾ คำนวณได้ 175 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 180 คนโดยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจำนวน 15 คน กลุ่มนี้เป็นผู้นำในด้านนโยบายและกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยจึงใช้ประชากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานอยู่จริงในขณะเก็บข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน อีก 3 กลุ่มที่เหลือ ได้แก่ กลุ่มแพทย์และพยาบาล กลุ่มข้าราชการ และกลุ่มลูกจ้าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นและสุ่มเลือกตัวอย่างจากทุกชั้นโดยให้แต่ละชั้นมีขนาดของตัวอย่างเท่ากันได้แบบสอบถามกลับมาจำนวน 66, 24, 78 ตามลำดับ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับ

ข้อมูลทั่วไป การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ความเชื่อมั่นในองค์กร ทศนคติเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์ แอลฟา ของ ครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบChiSquare การทดสอบ t-test และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.1 มีอายุ 41 ปี ขึ้นไปร้อยละ 49.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 39 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 14 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 61.1 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ ร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.4 เคยเข้าร่วมกิจกรรมหรือเข้าอบรมหรือได้เข้าร่วมประชุมการพัฒนาคุณภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยร้อยละ 27.8 ได้รับการอบรม 1 ครั้ง รองลงมาคือเคยได้รับการอบรมจำนวน 5 ครั้ง ร้อยละ 17.8 ในส่วนของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ความเชื่อมั่นในองค์กร ทศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามเกณฑ์ ของ Best (1977 : 174)⁽⁴⁾

1. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	94	52.2
ระดับปานกลาง	85	47.2
ระดับต่ำ	1	0.6
รวม	180	100.0

$$\bar{X} = 142.70 \quad SD = 19.52 \quad \min = 80.0 \quad \max = 195.0$$

2. ความยึดมั่นในองค์กร อย่างยิ่งที่จะรักษาไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกภายในองค์กร ความยึดมั่นในองค์กรในภาพรวมได้แก่ มีระดับคะแนนความยึดมั่นในองค์กร อยู่ในระดับสูงและ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเต็มใจที่จะทุ่มเทความ ระดับปานกลาง ร้อยละ 76.1 และ 23.9 ตามลำดับ พยายามอย่างเต็มที่เพื่อองค์กร และความปรารถนา ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของความยึดมั่นในองค์กรในภาพรวม

ความยึดมั่นในองค์กรในภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	137	76.1
ระดับปานกลาง	43	23.9
รวม	180	100.0

$$\bar{X} = 83.39 \quad SD = 10.58 \quad \min = 52.0 \quad \max = 105.0$$

3. ทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล การเกิดพฤติกรรม มีระดับคะแนนทัศนคติต่อการพัฒนา ทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพ คุณภาพโรงพยาบาล อยู่ในระดับสูง และระดับ ปานกลาง รวมได้แก่องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ องค์ประกอบ ร้อยละ 66.7 และ 31.7 ตามลำดับ ดังตาราง 3 ด้านความรู้สึกและอารมณ์ และองค์ประกอบด้านแนวโน้ม

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม

ทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	120	66.7
ระดับปานกลาง	57	31.7
ระดับต่ำ	3	1.7
รวม	180	100.0

$$\bar{X} = 81.09 \quad SD = 12.10 \quad \min = 41.0 \quad \max = 105.0$$

4.การรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล องค์การ และการมีกระบวนการทำงานและการดูแลผู้ป่วย ที่มีคุณภาพ มีระดับคะแนนการรับรู้กระบวนการ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง ร้อยละ 79.4 และ 20.0 ตามลำดับ ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม

การรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	143	79.4
ระดับปานกลาง	36	20.0
ระดับต่ำ	1	0.6
รวม	180	100,0

$\bar{X}$ = 95.83 SD = 12.51 min = 55.0 max = 120.0

5.การรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่เพศการเข้าร่วมกิจกรรม/อบรม/ประชุม การพัฒนา จำแนกตามคุณลักษณะประชากร คุณภาพในรอบ 1 ปี ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่การงาน และประเภทของบุคลากร พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้กระบวนการรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลจำแนกตามคุณลักษณะประชากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจำแนกตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	n	$\bar{X}$	SD	t	P-value
เพศ				-1.308	0.843
ชาย	25	92.80	13.26		
หญิง	155	96.32	12.37		
การเข้าร่วมกิจกรรม/อบรม/ประชุม				1.219	0.772
การพัฒนาคุณภาพในรอบ 1 ปี					
ไม่เคย	19	92.52	12.76		
เคย	161	96.22	12.47		
ระดับการศึกษา				0.542	0.115
ต่ำกว่าปริญญาตรี	58	96.56	10.37		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	122	95.48	13.44		
ตำแหน่งในหน้าที่การงาน				-1.646	.579
ระดับผู้บริหาร	29	92.34	12.57		
ระดับผู้ปฏิบัติ	151	96.50	12.43		
ประเภทบุคลากร				-0.932	.456
ข้าราชการ	136	95.33	13.02		
ลูกจ้าง	44	97.36	10.80		

โรงพยาบาล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการทำงานและจำนวน
 ครั้งการเข้าร่วมกิจกรรม/อบรม/ประชุม การพัฒนาคุณภาพ
 ในรอบ 1 ปี พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติ ดังตาราง 6

ระดับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล				
ระดับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล				
ปานกลาง	ระดับสูง		รวม	
(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
(14.0)	37	(86.0)	43	(100.0)
(31.3)	33	68.8)	48	(100.0)
(18.2)	53	(80.3)	66	(100.0)
(13.0)	20	(87.0)	23	(100.0)
(20.0)	143	(79.4)	180	(100.0)
f = 6	p-value		=	0.293
(22.1)	60	(77.9)	77	(100.0)
(20.8)	38	(79.2)	48	(100.0)
(16.4)	45	(81.8)	55	(100.0)
(20.0)	143	(79.4)	180	(100.0)
f = 4	p-value		=	0.578
(24.7)	61	(75.5)	81	(100.0)
(14.3)	30	(85.7)	35	(100.0)
(17.2)	52	(81.3)	64	(100.0)
(20.0)	143	(79.4)	180	(100.0)
f = 4	p-value		=	0.419

รับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดย พบว่า บุคลากรที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพในระดับสูง จะมีการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 7

ตาราง 7 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมกับการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพในภาพรวม	การรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล							
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		รวม	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับสูง	0	(0.0)	6	(6.4)	88	(93.6)	94	(100.0)
ระดับปานกลาง	1	(1.2)	29	(34.1)	55	(64.7)	85	(100.0)
ระดับต่ำ	0	(0.0)	1	(10.0)	0	(0.0)	1	(100.0)
รวม	1	(0.6)	36	(20.0)	143	(79.4)	180	(100.0)
chi-square	= 26.99		df = 4		p-value = 0.000**			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

8. ความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นในองค์กรกับการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นในองค์กรกับการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพ

รวมพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดย พบว่า บุคลากรที่มีความยึดมั่นในองค์กรในระดับสูง จะมีการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 8

ตาราง 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นในองค์กรในภาพรวมกับการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ระดับความยึดมั่นในองค์กรในภาพรวม	การรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล							
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		รวม	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับสูง	0	(0.0)	13	(9.5)	124	(90.5)	137	(100.0)
ระดับปานกลาง	1	(2.3)	23	(53.5)	19	(44.2)	43	(100.0)
รวม	1	(0.6)	36	(20.0)	143	(79.4)	180	(100.0)
chi-square	= 43.70		df = 2		p-value = 0.000**			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

9. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลกับการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมกับการรับรู้กระบวนการรับ

รองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดย พบว่า บุคลากรที่มีทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมในระดับสูง จะมีการรับรู้กระบวนการรับรองโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ดังตาราง 9

ตาราง 9 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมกับการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลในภาพรวม	การรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล							
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		รวม	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับสูง	0	(0.0)	6	(5.0)	114	(95.0)	120	(100.0)
ระดับปานกลาง	1	(1.8)	27	(47.4)	29	(50.9)	57	(100.0)
ระดับต่ำ	0	(0.0)	3	(100.0)	0	(0.0)	3	(100.0)
รวม	1	(0.6)	36	(20.0)	143	(79.4)	180	(100.0)
chi-square	= 58.49		df = 4		p-value = 0.000**			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

10.ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม ได้แก่ ทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม ความยึดมั่นในองค์การ

การเป็นผู้ปฏิบัติ และ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสามารถสร้างสมการพยากรณ์ได้ ร้อยละ 66.4 ดังตาราง 10

ตาราง 10 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	T	p-value
ทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม	0.449	0.434	5.868	0.000**
ความยึดมั่นในองค์การ	0.309	0.261	3.361	0.001**
ผู้ปฏิบัติ	5.195	0.153	3.348	0.001**
การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	0.130	0.203	3.338	0.001**

Constant = 10.832 R = .815 R² = .664

Adjust R² = .656 F = 11.140

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าบุคลากรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรในภาพรวม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง เช่นเดียวกับมีความยึดมั่นในองค์การ ในภาพรวมได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มที่เพื่อองค์การ และความปรารถนาอย่างยิ่งที่จะรักษาไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกภายในองค์การ มีระดับคะแนนความยึดมั่นในองค์การ อยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง

สำหรับทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมได้แก่องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ องค์ประกอบด้านความรู้สึกและอารมณ์ และองค์ประกอบด้านแนวโน้มนการเกิดพฤติกรรม มีระดับคะแนนทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง เช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาถึงการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมได้แก่ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ การจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพการมีระบบป้องกันความเสี่ยงการประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์การ และการมีกระบวนการปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ทำงานและการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ มีระดับคะแนนการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ของการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจำแนกตามคุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ การเข้าร่วมกิจกรรม/อบรม/ประชุม การพัฒนาคุณภาพในรอบ 1 ปี ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่การงาน ประเภทของบุคลากร อายุ ระยะเวลาการทำงาน และจำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรม/อบรม/ประชุม การพัฒนาคุณภาพในรอบ 1 ปี พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมกับการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยพบว่าบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพในระดับสูง จะมีการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ความเชื่อมั่นในองค์การกับการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่าบุคลากรที่มีความเชื่อมั่นในองค์การในระดับสูง จะมีการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง โดย Steers and Porter (1983: 443)⁽⁵⁾ ได้กล่าวว่า สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อมั่นผูกพันในองค์การนั้น คือโครงสร้างขององค์การที่จะต้องมีลักษณะเป็นระบบที่มีแบบแผนและหน้าที่ที่เด่นชัด มีการกระจายอำนาจการให้ผู้นร่วมงานมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนเป็นเจ้าของ สิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความผูกพันต่อองค์การ ทำสอดคล้องต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมกับการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดย พบว่า บุคลากรที่มีทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวมในระดับสูง จะมีการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ใน

ระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของดวงดาว สุวรรณนิเวศน์. (2547)⁽⁶⁾ พบว่า ทัศนคติต่อระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม ได้แก่ ทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม ความยึดมั่นในองค์การ การเป็นผู้ปฏิบัติ และ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในภาพรวม โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสามารถทำนายการรับรู้ได้ร้อยละ 66.4 สอดคล้องกับการศึกษาของดวงดาว สุวรรณนิเวศน์. (2547)⁽⁶⁾ พบว่าทัศนคติต่อระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสามารถทำนายพฤติกรรมการมีส่วนร่วมรักษาระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลได้ถูกต้องร้อยละ 32.10

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี ; 2549.
2. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุลและคณะ. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ : คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์ ; 2544.
3. ยุทธพงษ์ กัยวรรณ. พื้นฐานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น ; 2543.
4. Best, John W. Research in Education. Englewood Cliffs : N.J. Prentice-Hall; 1977.
5. Steers and Porter. Motivation and Work Behavior. New York : McGraw-Hill ; 1983.
6. ดวงดาว สุวรรณนิเวศน์. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติบุคลิกภาพ ภาวะผู้นำ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมรักษาระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีพยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2547.

Abstract Factors Affecting the Perceived Towards Quality Development Process in the Accredited Hospital of Angthong Province
Wilailuk Komolchan M.S. (Public Health)*

***Angthong Provincial Public Health Office**

The objectives of this survey research were to study factors affecting the perceived towards quality development process in the accredited hospital and to find out the correlation between person's characteristics, participation towards the hospital quality development, loyalty to the organization and attitude towards the hospital quality development, and perceived towards quality development process in the accredited hospital. The data collection was using questionnaire to interview 180 health staff who working in the accredited hospital by selected stratified random sampling. The data analysis describe using statistics Chi-Square test, t-test and multiple regression analysis. The results of study showed that factors such as attitude towards the hospital quality development, the loyalty to the organization, Officer and participation towards the hospital quality development, they had also affecting the perceived towards quality development process in the accredited hospital with statistical significant difference 0.01 ($p\text{-value} < 0.01$). These 4 factors could predict the perceived towards quality development process in the accredited hospital about percentage of 66.40 Research results suggested that in the personal in Accredited Hospital perceived towards quality development process in the accredited hospital was at high in attitude towards the hospital quality development, loyalty to the organization, and participation towards the hospital quality development. In order to pass the perceived towards quality development process in the accredited hospital, the organization should encourage loyalty, participation towards the hospital quality development, and positive attitude towards hospital together with promotion.

Keyword : Accredited Hospital

รายงานการสอบสวนโรคมาลาเรีย หมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี
ระหว่างวันที่ 18 พฤศจิกายน 2553 ถึง วันที่ 20 พฤศจิกายน 2553

กษมะ กระต่ายทอง*

เพ็ญศรี ไผ่รัตน์*

ศิริวรรณ แอ้มนิ่มนวล*

พิมพ์อนงค์ ทรัพย์พิพัฒน์*

ชำนาญ มะลิซ้อน*

ธัญญธร แสงอัม**

อนุกุล สายศรี**

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัด

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการ

พนักงานปฏิบัติการชันสูตรโรค ระดับ 1

พนักงานปฏิบัติการทดลองพาหะนำโรค ระดับ 1

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

ความเป็นมา

วันที่ 17 พฤศจิกายน 2553 กลุ่มงานระบาดวิทยาและข่าวกรอง ได้รับการประสานขอความร่วมมือในการควบคุมโรคไข้มาลาเรีย จากงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ซึ่งได้รับรายงานจากโรงพยาบาลลำสนธิว่าพบผู้ป่วยมาลาเรีย จากเชื้อ *Plasmodium vivax* มารับการรักษาจำนวน 4 ราย ทั้งหมดเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกัน อยู่บ้านเลขที่ 3/1 หมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ได้ออกดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคร่วมกับทีมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ในวันที่ 18 - 20 พฤศจิกายน 2553

วัตถุประสงค์เพื่อ

1. ยืนยันการระบาดของโรคมาลาเรียในพื้นที่
2. ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของการเกิดโรคตามบุคคล เวลา สถานที่
3. ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคมาลาเรียในพื้นที่
4. เสนอแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคมาลาเรียที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ดังนี้

1. ศึกษารายละเอียดผู้ป่วย โดยทบทวนบันทึกการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำสนธิ พร้อมทั้งสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลใกล้ชิด
2. ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมทั้งในโรงพยาบาลลำสนธิ

และในชุมชนหมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี โดยมีนายผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยมาลาเรีย หมายถึง ประชาชนในหมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

• ที่มีอาการ ไข้ และ ปวดศีรษะ ร่วมกับอาการต่อไปนี้ 1 อย่าง ได้แก่ หาวนสั้น คลื่นไส้ อาเจียน ตับโต ม้ามโต ในระหว่างวันที่ 18 ตุลาคม ถึง 20 พฤศจิกายน 2554

• และมีผลการตรวจเลือดด้วยวิธี Thick blood film พบเชื้อ *Plasmodium vivax*

3. ค้นหาผู้ติดเชื้อมาลาเรียในชุมชน โดยให้นิยามผู้ติดเชื้อ หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติเข้าป่าจับลิงกาหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ระหว่างวันที่ 18 ตุลาคม ถึง 20 พฤศจิกายน 2554 และไม่มีอาการใด ๆ แต่มีผลการตรวจเลือดพบเชื้อ *Plasmodium vivax*

4. ทำการเจาะเลือดผู้ที่มีอาการ และประวัติตามนิยาม ตรวจหาเชื้อมาลาเรียด้วยวิธี Thick blood film ด้วยความสนใจ

5. การศึกษาสภาพแวดล้อม

• สำรวจสภาพแวดล้อมและปัจจัยเอื้อต่อการเกิดโรคมาลาเรีย ในพื้นที่เกิดโรค

• สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์และลูกน้ำยุงพาหะนำโรคมาลาเรียในพื้นที่

6. รวบรวม วิเคราะห์ ข้อมูล และเสนอแนวทางควบคุมป้องกันโรคมาลาเรีย ในพื้นที่

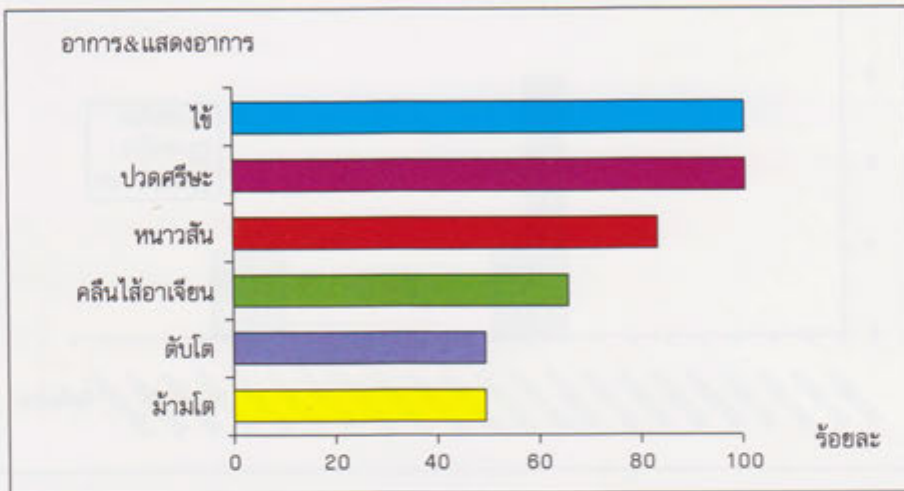
ผลการสอบสวนโรค

1. ลักษณะทางระบาดวิทยาของการเกิดโรค

จากการทบทวนบันทึกการรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำสนธิ พบผู้ป่วย 4 ราย เกี่ยวข้องเป็น พ่อ แม่ ลูก อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ในหมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี จึงได้ค้นหาผู้ป่วย

เพิ่มเติมในหมู่บ้าน พบผู้ป่วยอีก 2 ราย รวมพบผู้ป่วยทั้งสิ้น 6 ราย ทั้งหมดตรวจพบเชื้อ *Plasmodium vivax* ไม่มีผู้เสียชีวิต ลักษณะอาการและอาการแสดงมีดังนี้ ผู้ป่วยทุกรายมีอาการ ไข้และปวดศีรษะ รองลงไปเป็นหนาวสั่น ร้อยละ 83.23 คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 66.67 ตับโต และ ม้ามโต ร้อยละ 50 (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยมาลาเรีย ตามอาการและอาการแสดง หมู่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี, 9-18 พฤศจิกายน 2553 (ผู้ป่วย 6 ราย)

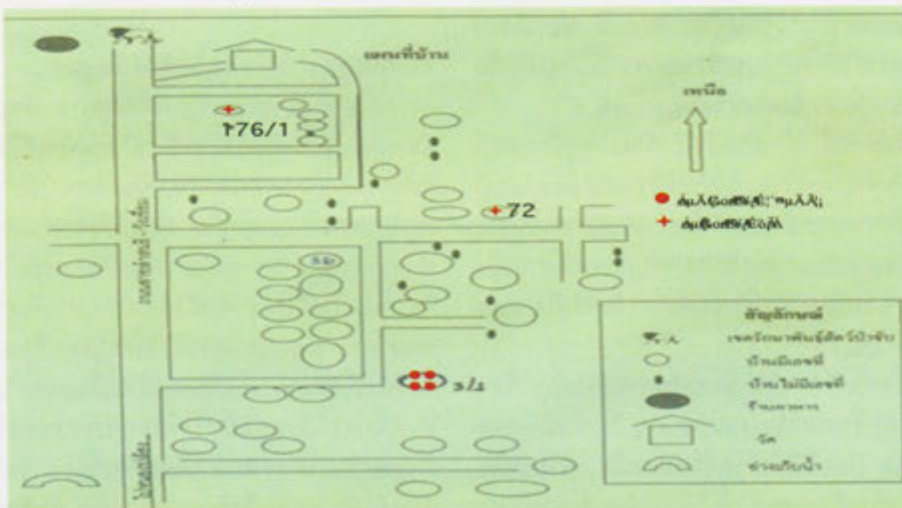


ลักษณะการกระจายตาม บุคคล สถานที่และเวลา มีดังนี้

ผู้ป่วยโรคมมาลาเรียทั้ง 6 ราย อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี คิดเป็นอัตราป่วย

ร้อยละ 2.67 (ประชากรทั้งหมู่บ้าน 225 คน) กระจ่ายอยู่ใน 3 หลังคาเรือน (รูปที่ 2) เป็นเพศชาย 3 ราย หญิง 3 ราย อายุเฉลี่ย (Median) 26 ปี (อยู่ในช่วง 8 - 41 ปี)

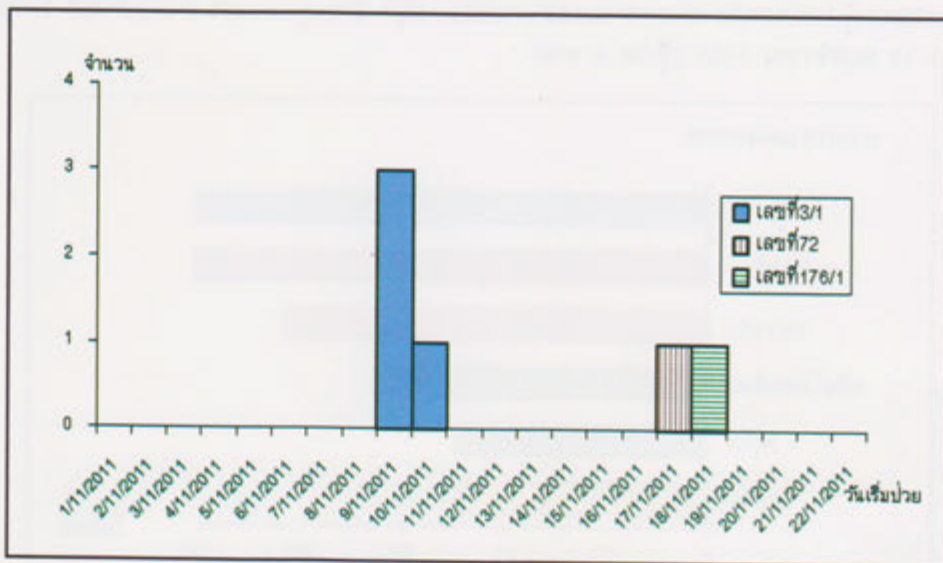
รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยมาลาเรีย จากเชื้อ *Plasmodium vivax* ตามหลังคาเรือน หมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี, 9 - 18 พฤศจิกายน 2553



ผู้ป่วย 4 รายแรกเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกัน โดยเริ่มป่วยในวันที่ 9 พฤศจิกายน 2554 จำนวน 3 ราย (เป็นพ่อ แม่ อายุ 41 ปีเท่ากัน และลูกชาย อายุ 16 ปี) อีก 1 ราย เป็นลูกสาว อายุ 20 ปี กำลังตั้งครรภ์ 8

เดือน เริ่มป่วยวันที่ 10 พฤศจิกายน 2553 ต่อมาวันที่ 17 และ 18 พฤศจิกายน 2554 มีผู้ป่วยเกิดขึ้นอีกวันละราย เป็นเด็กชาย 8 ปี และ หญิง 32 ปี ตามลำดับ (รูปที่ 3)

รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียจากเชื้อ *Plasmodium vivax* จำแนกตามวันเริ่มป่วยและเลขที่บ้าน หมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี, 9 - 18 พฤศจิกายน 2553



จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้ง 6 ราย ได้ข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

ผู้ป่วย 4 รายแรก ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน ไม่มีประวัติการเดินทางออกนอกพื้นที่ในช่วง 2 เดือนก่อนป่วย ประกอบอาชีพทำเฟอร์นิเจอร์จากตอไม้และรากไม้ ซึ่งต้องเข้าไปหาวัตถุดิบในป่าข้างล่างที่ถูรอบ ๆ หมู่บ้าน (เป็นเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าข้างล่าง) และที่บ้านจะมีเพื่อนที่หาของป่าและมาหาเป็นประจำโดยบางรายก็มาพักค้างคืนที่บ้านด้วย ขณะเดียวกันก็มีผู้คนเข้ามาติดต่อซื้อเฟอร์นิเจอร์จากตอไม้และรากไม้อยู่เป็นประจำ นอกจากนี้ก็มีการไปซื้อของที่ร้านค้าในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบ้านผู้ป่วยรายที่ 5

ผู้ป่วยรายที่ 5 เป็นเด็กนักเรียน อยู่บ้านเลขที่ 72 ซึ่งเป็นร้านค้าในหมู่บ้าน ให้ประวัติว่าปกติมักไปเล่นที่บ้านผู้ป่วย 4 รายแรกเป็นประจำโดยไปเก็บบิดาที่เป็นช่างไม้เช่นกัน และเคยเดินทางเข้าไปในป่าข้างล่างกับตาที่เป็นเจ้าหน้าที่เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าข้างล่าง ในช่วงปิดเทอม (เดือนตุลาคม 2553)

ผู้ป่วยรายที่ 6 ปฏิเสธการเดินทางเข้าไปในป่าใด ๆ ประกอบอาชีพรับจ้างก่อสร้างตามที่ต่าง ๆ ในเขตเมืองของจังหวัดใกล้เคียง (โดยไปพักค้างเพียงระยะสั้น ๆ) ชอบไปนั่งเล่นในละแวกร้านค้าของหมู่บ้าน (บ้านผู้ป่วยเด็กรายที่ 5)

2. การค้นหาผู้ติดเชื้อมาลาเรียในชุมชน

ทีมสอบสวนได้ดำเนินการเจาะเลือด ผู้ที่มีประวัติเข้าป่าข้างล่าง หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ระหว่างวันที่ 18 ตุลาคม ถึง 20 พฤศจิกายน 2554 ตามความสมัครใจ รวมทั้งสิ้น 186 ราย เป็นชาวไทย 165 ราย แรงงานชาวเขมร 21 ราย นำมาตรวจหาเชื้อมาลาเรียด้วยวิธี Thick blood ผลไม่พบเชื้อมาลาเรียทั้งหมด

3. การศึกษาสภาพแวดล้อมในชุมชน

3.1 สภาพโดยทั่วไปของหมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี เป็นหมู่บ้านที่ตั้งอยู่ด้านหน้าทำการเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าข้างล่าง มีป่าอยู่โดยรอบหมู่บ้านทางด้านทิศเหนือ ทิศตะวันออกและทิศตะวันตก มีบ้านทั้งหมด 80 หลังคาเรือน ลักษณะบ้านส่วนใหญ่ กึ่งถาวร ไม่มีมุ้งลวด มีไฟฟ้าใช้ทุกหลังคาเรือน การคมนาคม มีถนนลาดยางผ่านหมู่บ้านเข้าเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าข้างล่าง ถนนในหมู่บ้านเป็นคอนกรีตสลับลูกรัง ใช้มานานได้ตลอดปี น้ำใช้จากประปาหมู่บ้านไม่มีการเติมคลอรีน ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่มันสำปะหลัง ไร่อ้อย ไร่ข้าวโพด ถั่วเขียว ทำนาและ

รับจ้าง มีนายทุนนำแรงงานข้ามชาติชาวเขมรมาทำไร่ และ เลี้ยงวัวเนื้อ และมีกลุ่มทำเฟอร์นิเจอร์จากตอไม้และรากไม้ ที่ต้องไปขุดตอไม้จากหัวไร่ปลายนาและในป่าซับลังกามา เป็นวัตถุดิบ มีลำคลองธรรมชาติจากป่าซับลังกาไหลผ่าน

2 สายโดยไหลมารวมกันเป็นคลองกุดตาเพชรท้ายหมู่บ้าน และไหลลงแม่น้ำป่าสัก ลักษณะน้ำในลำคลอง เป็นแหล่งน้ำ ไส้ไหลริน มีร่มเงาไม้ตลอดสายน้ำ จากการสำรวจสภาพ แวดล้อมบ้านผู้ป่วยทั้ง 6 ราย พบดังนี้

บ้านผู้ป่วย 4 รายแรก เป็นบ้านไม้ 2 ชั้นใต้ถุนสูง หลังคาสังกะสี ตีฝ้าด้วยไม้ ใช้เก็บข้าวของเครื่องใช้จำนวนมากแต่ไม่ค่อยเป็นระเบียบ และใช้เป็นพื้นที่นอนด้วย ชั้นล่างด้านทิศใต้ต่อหลังคาออกมาใช้เป็นพื้นที่ทำงานช่างไม้ หลังบ้านเลี้ยงเป็ดไว้มากกว่า 10 ตัว ด้านทิศใต้และทิศตะวันตกมีคลองธรรมชาติไหลผ่านห่างจากบ้าน ประมาณ 100 เมตร ไหลมาบรรจบกัน	
บ้านผู้ป่วยรายที่ 5 เป็นบ้านไม้ชั้นเดียวเปิดเป็นร้านขายของชำด้านทิศตะวันออกห่างไปประมาณ 100 เมตร เป็นคลองธรรมชาติ	
บ้านผู้ป่วยรายที่ 6 เป็นบ้านไม้ชั้นเดียว ด้านทิศเหนือห่างไปประมาณ 100 เมตรเป็น วัดที่อยู่ติดกับคลองธรรมชาติที่อยู่เหนือขึ้นไป	

3.2 การสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์และลูกน้ำยุงพาหะ นำโรค ได้ดำเนินการสำรวจลูกน้ำยุงก้นปล่องในแหล่งน้ำธรรมชาติจำนวน 1 จุด คือ บริเวณคลองหลังบ้านผู้ป่วย มาลาเรีย 4 รายแรก ซึ่งมีลักษณะเป็นแหล่งน้ำธรรมชาติ ไหลมาจากเขา มีต้นไม้ปกคลุม มีแสงแดดส่องถึงบางช่วง น้ำใส ไม่มีกลิ่น ผลจากการสุ่มสำรวจพบลูกน้ำยุงก้นปล่อง ชนิด *Anopheles minimus* ระยะ 3-4

4. อภิปรายผล

โรคมาลาเรียเป็นโรคติดต่อ มียุงก้นปล่องเป็นพาหะเกิดจากเชื้อ *Plasmodium* ซึ่งเป็นสัตว์เซลล์เดียว อยู่ใน class *Sporozoa* มีวงจรของเชื้อระยะต่างๆ สลับกันคือ ระยะมีเพศและไม่มีเพศ และมีวงจรชีวิตอยู่ทั้งในสัตว์มีกระดูกสันหลังและยุง เชื้อ *Plasmodium* ที่ก่อโรคในคนมี 4 ชนิด ได้แก่ *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* และ *P. ovale* ในประเทศไทย เชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็นชนิด *P. falciparum* และ *P. vivax* ทำให้เกิดอาการ ไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดตาม

ตัวและกล้ามเนื้อ อาจมีคลื่นไส้ เบื่ออาหาร อาการนี้จะเป็นเพียงระยะสั้น เป็นวัน หรือหลายวันก็ได้ ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการฟักตัวของเชื้อ ชนิดของเชื้อ ยุงพาหะนำโรคที่พบในประเทศไทย ได้แก่ *Anopheles dirus*, *An. minimus*, *An. maculatus*, *An. sundanicus*, *An. aconitus* และ *An. Pseudowillmori*⁽¹⁾

ผลการสอบสวนครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า เกิดการระบาดของโรคมาลาเรีย จากเชื้อ *Plasmodium vivax* ขึ้นในพื้นที่หมู่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี และมีการถ่ายทอดเชื้อภายในหมู่บ้านนั้นเอง โดยมีข้อมูลสนับสนุนดังนี้

1. อาการและการตรวจพบทางคลินิก ผู้ป่วยทั้ง 6 ราย เริ่มป่วยเป็นกลุ่มในช่วงระยะเวลาใกล้เคียงกัน (รายแรกกับรายสุดท้ายป่วยห่างกันเพียง 10 วัน) ในหมู่บ้านเดียวกัน ผู้ป่วยทุกรายมีอาการ ไข้ ปวดศีรษะ ร่วมกับอาการอย่างใดอย่างหนึ่งได้แก่ หนาวสั่น คลื่นไส้อาเจียน ตับโต ม้ามโต ซึ่งเข้าได้กับอาการของโรคมาลาเรีย ประกอบกับการตรวจเลือดด้วยวิธี Thick blood film พบเชื้อ

Plasmodium vivax ซึ่งมีระยะฟักตัวประมาณ 8-14 วัน⁽²⁾ และผู้ป่วยทั้ง 6 ราย ไม่มีประวัติการเดินทางไปในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรียในช่วง 2 เดือนก่อนป่วย มีเพียงการเดินทางเข้าไปในป่าซบลังกา ซึ่งอยู่รอบ ๆ หมู่บ้านและดำรงชีวิตอยู่ในพื้นที่หมู่ 7 ตำบลกุดตาเพชร ซึ่งมีการไปมาหาสู่กันเป็นประจำ จึงน่าจะรับเชื้อจากแหล่งแพร่เชื้อที่มีอยู่ในพื้นที่เดียวกัน

2. จากการสำรวจสภาพแวดล้อมในหมู่บ้านและบริเวณบ้านผู้ป่วย ก็พบว่ามีป่าล้อมรอบ มีแหล่งน้ำใส ไหลริน มีร่มเงาไม้ตลอดสายน้ำ ซึ่งเหมาะสมในการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงก้นปล่องที่เป็นพาหะนำโรคมาลาเรีย (Vector) และผลการสุ่มสำรวจบริเวณคลองหลังบ้านผู้ป่วยกลุ่มแรกยังพบลูกน้ำยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles minimus* ระยะ 3-4 ซึ่งเป็นยุงพาหะหลัก (Primary vectors) ที่มีความสามารถในการรับเชื้อมาลาเรียสูง สามารถนำเชื้อมาลาเรียได้ดีทั้งชนิด *P. falciparum*, และ *P. vivax* มักมีแหล่งอาศัย ในท้องที่ป่า เขิงเขา ชายป่า เขิงเขาที่มีการบุกเบิกทำการเกษตร ขอบเพาะพันธุ์ในลำธารน้ำไหล ซ้ำๆ บริเวณเขิงเขา และแหล่งน้ำขัง ขอบกินเลือดคน เดิมพบว่ากัดคนและเกาะพักฝ้ายบ้านหลังกินเลือด แต่ปัจจุบันพบว่ายุงชนิดนี้กัดคนนอกบ้าน และหากินตั้งแต่เวลา 18.00-22.00 น.⁽³⁾

การระบาดของที่เกิดขึ้นในครั้งนี้น่าจะเกิดจาก การที่มีแหล่งแพร่เชื้ออยู่ในหมู่บ้าน อาทิเช่น มีผู้ที่เคยป่วยด้วยมาลาเรีย จากเชื้อ *Plasmodium vivax* และได้รับการรักษาไม่เพียงพอ (อาจจะเป็นแหล่งแพร่เชื้อได้ถึง 1-2 ปี)⁽⁴⁾ หรือ เพื่อนที่มักไปหาของป่าและแวะมาพักที่บ้านผู้ป่วยกลุ่มแรกเป็นประจำ อาจเป็นผู้ติดเชื้อแต่ไม่ปรากฏอาการประกอบกับสภาพแวดล้อมในหมู่บ้านที่มีลั่วคล่อง เป็นแหล่งน้ำใส ไหลริน มีร่มเงาไม้ตลอดสายน้ำ ซึ่งเหมาะสมต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงก้นปล่อง ชนิดที่เป็นพาหะหลักในการนำโรคมาลาเรีย จึงทำให้เกิดวงจรการถ่ายทอดโรคจนเกิดการระบาดขึ้นได้

5. มาตรการควบคุมป้องกันโรคที่ได้ดำเนินการระหว่างการสอบสวน

5.1 ร่วมประชุมกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอลำสนธิ ในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2553 ให้คำแนะนำและมอบหมายหน้าที่ในการดำเนินงานแก่ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพื้นที่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลลำสนธิ สาธารณสุขอำเภอลำสนธิ สถานีอนามัยหินลาว สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ดังนี้

- 1) ให้สถานีอนามัยหินลาว ดำเนินการให้ความ

รู้เรื่องโรคมาลาเรียทางหอกระจายข่าวไร้สายครอบคลุมทั้งตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

- 2) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 และ SART อำเภอลำสนธิ พ่น ULV และหมอกควัน เพื่อกำจัดยุงพาหะนำโรค ในพื้นที่หมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2553

- 3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 และ SART อำเภอลำสนธิ ดำเนินการชุบมุ้งป้องกันยุงให้ประชาชนหมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี จำนวน 125 หลัง และสนับสนุนมุ้งให้ประชาชนอีก 50 หลัง ในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2553

5.2 ประชุมทีมงานสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 ประกอบด้วยกลุ่มระบาดวิทยา กลุ่มควบคุมโรคฯ กลุ่มเครือข่ายฯ เพื่อกำหนดสนับสนุนการควบคุมป้องกันโรคมาลาเรียของจังหวัดลพบุรี ดังนี้

- 1) สนับสนุนทีมชุบมุ้งป้องกันยุงพร้อมน้ำยาชุบมุ้ง ไปร่วมดำเนินการ

- 2) สนับสนุนทีมพันสารเคมีฤทธิ์ตกค้างพร้อมน้ำยา และดำเนินการพันสารเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัยด้วยรถพ่น ULV ในพื้นที่ หมู่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ระหว่างวันที่ 20 - 21 พฤศจิกายน 2553 รวม 73 หลัง จากบ้านทั้งหมด 80 หลัง (คิดเป็นร้อยละ 91.25)

- 3) สนับสนุนน้ำยาตรวจสไลด์มาลาเรีย 1/2 lbs. ให้กับโรงพยาบาลลำสนธิ

6. ข้อเสนอแนะเพื่อการควบคุมป้องกันโรค

6.1 ในส่วนของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอลำสนธิ

- 1) ให้สถานีอนามัยหินลาว เฝ้าระวังโรคมาลาเรีย ในหมู่ที่ 7 และหมู่อื่นๆ ในตำบลกุดตาเพชร หากพบผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ปวดศีรษะ ร่วมกับอาการ หนาวสั่น หรือ คลื่นไส้ อาเจียน หรือตับโต ม้ามโต ให้ทำการเจาะเลือดส่งตรวจหาเชื้อมาลาเรีย

- 2) ให้สถานีอนามัยหินลาว ประสานขอความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กุดตาเพชร และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่ตลอดไป เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มียุงพาหะนำโรค

- 3) ให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอลำสนธิ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เน้นย้ำการเฝ้าระวังโรคมาลาเรีย ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว แรงงานอพยพ และผู้มีอาชีพหาของป่าเป็นพิเศษ

4) ให้ SRRT อำเภอลำสนธิ ดำเนินการพ่น ULV และหมอกควัน เพื่อกำจัดยุงพาหะนำโรค ในพื้นที่ หมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ซ้ำทุก 7 วัน จำนวน 4 ครั้ง

6.2 ในส่วนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2

1) ให้กลุ่มระบาดวิทยาฯ ติดตามการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ลำสนธิต่อเนื่องจาก รง.506

2) ให้การสนับสนุนจังหวัดในส่วนที่เป็นกิจกรรมของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

3) จัดทีมเข้าไปติดตามผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ตามมาตรการที่ได้ให้คำแนะนำไว้แก่หน่วยงานพื้นที่

7. สรุป

การระบาดของโรคมาลาเรียครั้งนี้ เกิดจากเชื้อ *Plasmodium vivax* พบผู้ป่วยทั้งหมด 6 ราย (อัตราป่วยร้อยละ 2.67) เป็นเพศชาย และหญิง เท่ากัน อายุระหว่าง 8 - 41 ปี รายแรกเริ่มป่วยวันที่ 9 พฤศจิกายน 2554 และรายสุดท้ายเริ่มป่วยวันที่ 18 พฤศจิกายน 2554 กระจ่ายอยู่ใน 3 หลังคาเรือน ของ หมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ซึ่งมีแหล่งรับเชื้อในพื้นที่ กล่าวคือมีสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรค และตรวจพบลูกน้ำยุงก้นปล่องชนิด *Anopheles minimus* ซึ่งเป็นยุงพาหะหลักในการนำโรคมาลาเรีย ในคลองหลังบ้านผู้ป่วย

การดำเนินการควบคุมป้องกันโรค โดยการกำจัดยุงพาหะนำโรคที่อาจมีเชื้อมาลาเรียในชุมชนหมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี เพื่อดัดวงจรการแพร่โรคโดยการพ่นสารเคมีชนิดฟอยละเอียด และใช้มาตรการป้องกันมาลาเรียให้กับประชาชนโดยการชุบมุ้งด้วยสารเคมี การพ่นสารเคมีทุกสัปดาห์ และประสานสถานอนามัยหินลาวในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่อาจอยู่ระหว่างระยะพักตัวและติดตามผู้ป่วยทั้ง 6 รายในวันที่ 14, 28, 60 และวันที่ 90 ให้ครบทุกรายและให้สุศึกษาเรื่องการป้องกันโรคมาลาเรีย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอลำสนธิและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กุดตาเพชร เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าซับลังกา สถานีอนามัยหินลาว อสม. และประชาชน หมู่ที่ 7 ตำบลกุดตาเพชร ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานสอบสวน ควบคุมโรคมาลาเรีย เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มมาลาเรีย สำนักโรคติดต่ออันตราย โดยแมลง กรมควบคุมโรค. คู่มือการปฏิบัติงานควบคุมไข้มาลาเรีย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2546
2. สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. การตรวจรักษาโรคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2544
3. สัมฤทธิ์ สิงห์อาสา. กัญญาวิทยา-อะคาเดมิยา การแพทย์และสัตวแพทย์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542
4. ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ ดนัย บุญนาค คุณหญิงตระหนักจิต หะรินสุต. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. กรุงเทพมหานคร: บริษัทรวมทรัพย์ จำกัด; 2533

วิไล วิชาการ วทม.(สาธารณสุขศาสตร์)

**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ สระบุรี

ทำความเข้าใจ Social Marketing

การตลาดเชิงสังคมมีต้นกำเนิดในช่วงปี ค.ศ. 1970 เมื่อ Philip Kotler and Gerald Zaltman พบว่าหลักการตลาดที่ใช้กันเพื่อทำยอดขายหรือเพื่อการขายสินค้า สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อขยายความคิด ทัศนคติ หรือพฤติกรรม ได้ Kotler and Andreasen ได้ให้นิยามของ การตลาดเชิงสังคมไว้ว่า “แตกต่างจากการตลาดด้านอื่นๆ เพียงแค่ว่า เป็นการตลาดเพื่อวัตถุประสงค์ที่นักการตลาดหรือองค์การของพวกเขากำหนดขึ้น การตลาดเชิงสังคมเป็นความพยายามที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนในสังคม ไม่เพียงแต่เพื่อสร้างผลกำไรให้กับองค์กร แต่เป็นการสร้างผลกำไรต่อกลุ่มเป้าหมายและสังคมโดยรวม ปัจจุบันการตลาดเชิงสังคมได้ถูกนำมาใช้ในงานสาธารณสุข และกิจกรรมเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ การรณรงค์ เช่น การลดปัญหาการใช้สารเสพติด การป้องกันการติดเชื้อ HIV/AIDS เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและประชาชน เพื่อพยายามที่จะโน้มน้าวให้สาธารณสุขรับเอาพฤติกรรมใหม่ๆ เข้ามาในวิถีชีวิต เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่านิยมในสังคมและก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลโดยการแสดงให้เห็นว่าท่านและสังคมจะได้รับประโยชน์ตอบแทนกลับมามากขึ้นเมื่อได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เอกสารอัดสำเนา 2551:1)

Social Marketing

เกี่ยวข้องอย่างไรกับการดำเนินงานด้านสุขภาพ

Social Marketing เป็นการนำวิธีการส่งเสริมการขายสินค้ามาปรับใช้ในการสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายรับรู้และเข้าใจในเรื่องนั้นๆ โดยใช้หลักการ 4Ps คือ

- **Product** = Benefit จุดขายของสินค้าของผู้ซื้อคืออะไร ในที่นี้คือเรื่องการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

- **Price** = Cost ตั้งราคา ขาย = ต้นทุน + กำไร ต้องใช้เวลา+งบประมาณเท่าไร และประชาชนจะได้อะไร

- **Place** = Channel จะให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึง “สินค้า” ได้อย่างไร ช่องทางในการสื่อสารควรเป็นอะไรที่ประชาชนได้รับ

- **Promotion** = Message and Strategy มีอะไรเป็นสิ่งที่สนใจ

องค์ประกอบในการรณรงค์แบบ Social Marketing ประกอบด้วย

1. Marketing research โดยวิธีการสังเกต สัมภาษณ์ สอบถาม สิ่งที่ได้จากการทำ Marketing research คือ วิถีชีวิต ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม

2. Marketing strategy เพื่อหา Target objective positioning personality สิ่งที่ได้คือ Message

3. Marketing communication โดย Advertising reward cutout สิ่งที่ได้คือ Campaign

สื่อสารโดยใช้กลวิธีการตลาดเชิงสังคม ซึ่งในส่วนที่จะนำเสนอต่อไปนี้จะเน้นกลวิธีสำคัญในการสื่อสารสาธารณะในยามปกติ ผู้เขียนจะเสนอภาพของทฤษฎีและการนำไปปฏิบัติพร้อม ๆ กัน เพื่อให้เห็นภาพของการดำเนินงานสื่อสารสาธารณะที่ใช้การตลาดเชิงสังคมเป็นกลวิธีในอันที่จะให้เกิดการแลกเปลี่ยน/เปลี่ยนแปลงการรับรู้ แนวคิด ตลอดจนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในจังหวัดสระบุรี

ตามกรอบในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีกลุ่มเป้าหมายสำคัญ 3 กลุ่ม คือ

- กลุ่มประชาชนที่สุขภาพดี หมายถึง ประชาชนที่ยังไม่มีภาวะเสี่ยง แต่..อาจมีความเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในตัวแล้ว หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยง เช่น เป็นแหล่งรังโรค (มีฝูงสาหร่ายพิษ อาหารไม่สะอาด ฯลฯ) มีกลิ่นเหม็นของสารเคมี เป็นต้น

- กลุ่มประชาชนที่มีภาวะเสี่ยง หมายถึง ประชาชนที่มองเห็นชัดเจนว่ามีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งภายในและภายนอก และสามารถตรวจยืนยันได้ อาทิ เช่น อ้วน (ค่า BMI เกินมาตรฐาน) ค่าความดันโลหิตสูงขึ้น อายุเกิน 35 ปี ค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เป็นต้น หรือกลุ่ม

ประชาชนที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงเกินมาตรฐาน เช่น ฝุ่น สารเคมี อยู่ในชุมชน/แหล่งที่มีขุมลพิษที่มีเชื้อใช้ เล็ดลอดออก ฯลฯ เป็นต้น

- กลุ่มประชาชนที่ป่วยแล้ว หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่งทั้งที่ต้องเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาล และไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวทางการแก้ไขปัญหามลพิษทางสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหน่วยงาน การจัดการงบประมาณ ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยอ้อมในวงกว้าง เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขยุคใหม่ต้องปรับแนวคิดตลอดจนวิธีการทำงานใหม่ ซึ่งแทบจะปรับตัวกันแบบหันซ้ายหันขวา ผลที่ตามมาคือต้องใช้จุดเปลี่ยนเหล่านี้เป็นโอกาสในการพัฒนาบุคลากร

เครื่องมือที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนทั้งแนวคิดและปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานจึงทยอยเข้ามาอย่างไม่ขาดสาย จนลืมที่จะมองกลับไปหาลู่ทางเดิมที่มีอยู่ว่าเป็นอย่างไร แล้วมองต่อว่าจะมาปรับใช้กันได้อย่างไร ด้วยวิธีการเหล่านี้จึงกลายเป็นการยอมรับว่าที่ผ่านมา สิ่งที่เป็นปัญหาคือความถูกต้อง เหมาะสมได้น้อยลงเมื่อความต้องการด้านความรู้มีมากขึ้น และแม้จะค้นหาได้ง่ายเพียงมีอินเทอร์เน็ต แต่..สิ่งที่ค้นหาได้ยาก คือ KNOW HOW ที่ผ่านการเรียนรู้มาจากกระบวนการวิเคราะห์/สังเคราะห์ภายในตัวบุคคล

การตลาดเชิงสังคมจึงถูกนำมาใช้เป็น KNOW HOW อย่างหนึ่ง โดยหลักการของการตลาดเชิงสังคมเป็นเรื่องการทำความเข้าใจที่เรารู้สึกสื่อสารด้วย และมีวัตถุประสงค์ที่จะให้กลุ่มเป้าหมายนั้นมีการปฏิบัติตามที่ต้องการหรือในสิ่งที่ผู้สื่อสารต้องการ เป้าหมายของการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญคือ ลดอัตราป่วย อัตราตาย ภาพของการดำเนินการจึงมิได้หยุดอยู่เพียงแต่การทำลายแหล่งโรค การรักษาเท่านั้น แต่ต้องมองไปถึงทำอย่างไรให้ประชาชนมีสุขภาพดี ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ไม่มีภาวะเสี่ยง ที่สำคัญประชาชนเหล่านั้นสามารถมี self management ได้เป็นอย่างดีในทุกช่วงอายุ แต่ทั้งนี้และทั้งนั้น

การลงมือทำด้วยตัวเอง เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก

การนำ SOCIAL MARKETING มาใช้ในการพัฒนาบุคลากร

ในการพัฒนาบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้เป็นสิ่งที่ผู้จัดการเรียนรู้หรือปัจจุบันเรียกว่าผู้จัดการอบรมจะต้อง

คำนึงถึงเป็นอย่างมากจึงจะทำให้การจัดการเรียนรู้ขึ้นเกิดผลสัมฤทธิ์มากที่สุด

การเรียนรู้ จึงเป็นกระบวนการที่ทำให้คนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด คนสามารถเรียนรู้ได้จากการได้ยิน การสัมผัส การอ่าน การใช้เทคโนโลยี ผู้ใหญ่มักเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ที่มีอยู่ แต่การเรียนรู้จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่วิทยาการนำเสนอ โดยการปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิทยาการและผู้อบรม วิทยาการจะเป็นผู้ที่สร้างบรรยากาศทางจิตวิทยาที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ ที่จะให้เกิดขึ้นเป็นรูปแบบใดก็ได้ เช่น ความเป็นกันเอง ความเข้มงวดกดดัน หรือความไม่มีระเบียบวินัย สิ่งเหล่านี้วิทยาการจะเป็นผู้สร้างเงื่อนไข และสถานการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้อบรม ดังนั้น วิทยาการจะต้องพิจารณาเลือกรูปแบบการสอน รวมทั้งการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อบรม ทั้งนี้ผู้จัดการอบรมวิเคราะห์ลักษณะการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ดังนี้

- ผู้ใหญ่จะใช้ประสบการณ์มาผสมผสานในการเรียนรู้
- ผู้ใหญ่จะคาดหวังในสิ่งที่เรียนที่จะเป็นประโยชน์ในชีวิตและการทำงาน
- ผู้ใหญ่จะนำประสบการณ์ที่สะสมมาแก้ปัญหาและประยุกต์
- ผู้ใหญ่จะสามารถอธิบายสิ่งต่างๆได้ต่างกัน

การเรียนรู้ตามหลักพระพุทธศาสนา : อิทธิบาท 4

คำว่า อิทธิบาท แปลว่า บาทฐานแห่งความสำเร็จ หมายถึง สิ่งซึ่งมีคุณธรรมเครื่องให้ถึงความสำเร็จตามที่ตนประสงค์ ผู้หวังความสำเร็จในสิ่งใดต้องทำตนให้สมบูรณ์ด้วยสิ่งที่เรียกว่า อิทธิบาท ซึ่งจำแนกไว้เป็น 4 คือ

1. ฉันทะ ความพอใจรักใคร่ในสิ่งนั้น
2. วิริยะ ความพากเพียรในสิ่งนั้น
3. จิตตะ ความเอาใจใส่ฝึกฝนในสิ่งนั้น
4. วิมังสา ความหมั่นสอดส่องในเหตุผลของสิ่งนั้น

ธรรม 4 อย่างนี้ ขอมต่อเนื่องกัน แต่ละอย่างๆ มีหน้าที่เฉพาะของตน

ฉันทะ คือ ความพอใจในฐานะเป็นสิ่งที่ตนถือว่าดีที่สุด ที่มนุษย์เราควรจะได้ข้อนี้เป็นกำลังใจอันแรกที่ทำให้เกิดคุณธรรมข้อต่อไปทุกข้อ อธิบายความได้ว่า ฉันทะ คือ การมีใจรักในสิ่งที่ทำ ใจที่รักอันเกิดจากความศรัทธา และเชื่อมั่นต่อสิ่งที่ทำ จึงจะเกิดผลจริงตามควรความหมายของ "ฉันทะ" นั้น ไม่ใช่แปลว่าเป็นสัญญาภาษากระดากหรือสัญญาที่ให้ไว้กับมวลหมู่สมาชิกเท่านั้น หากแต่เป็นสัญญาใจและเป็นใจที่ผูกพัน เป็นใจที่ศรัทธาและเชื่อมั่นต่อ

สิ่งนั้นอยู่เต็มเปี่ยม จึงจะเกิดความเพียรตามมา เปรียบได้กับผู้ที่ปฏิบัติที่ศรัทธาและเชื่อมั่นในแนวคิดแนวปฏิบัติของการรณรงค์โดยใช้กระบวนการการตลาดเชิงสังคมซึ่งอาจมีมากน้อยต่างกัน คงไม่มีใครบอกได้นอกจากตัวผู้ปฏิบัติเอง และผลของงานที่เกิดขึ้นจริงเป็นที่ประจักษ์ต่อสาธารณะชน การมีใจรัก ถือว่าสำคัญมาก แต่ถ้าเรามีใจศรัทธาอันแรงกล้าแล้ว พลังสร้างสรรค์ก็จะบังเกิดขึ้นกับเราอย่างมหัศจรรย์ทีเดียว

ที่นี่ “เราจะสร้างฉันทะให้เกิดขึ้นได้อย่างไร” พระพุทธองค์เคยสอนไว้ว่า มนุษย์เราต้องเลือกที่จะศรัทธาบางอย่างและหมั่นตรวจสอบศรัทธาของตัวเองว่าดีต่อตัวเอง

และดีต่อผู้อื่นอันรวมถึงสังคมโดยรวมหรือไม่ เมื่อดีทั้งสองอย่างก็จงมุ่งมั่นที่จะทำด้วยความตั้งใจ และหากไม่ดีก็จงเปลี่ยนแปลงศรัทธาเสียใหม่ ซึ่งเราต้องเลือก ไม่เช่นนั้นเราจะกลายเป็นคนที่สับสนไม่มีแก่นสารและเป็นคนไร้รากในที่สุด เมื่อเป็นคนไม่มีแก่นสารก็จะถูกชักชวนไปในทางที่ไม่ดีได้ง่ายนั่นเอง หากจะฝึกฝนตนเอง อาจเริ่มจากการตั้งคำถามกับตัวเองว่าเราศรัทธาอะไรอยู่ เพราะคนเราเมื่อศรัทธาอะไรก็จะได้พบกับสิ่งนั้นเข้าถึงสิ่งนั้น ศรัทธาในเทคโนโลยีเราก็จะเข้าถึงเทคโนโลยี ศรัทธาต่อชาวบ้านเราก็จะเข้าถึงชาวบ้าน ศรัทธาต่อวัตถุก็จะเข้าถึงวัตถุ ศรัทธาต่อลายศรสรเสรีญก็จะเข้าถึงลายถึงยศเข้าถึงตำแหน่ง ศรัทธาต่อความรู้ก็จะเข้าถึงความรู้ หรือศรัทธาต่อหลักธรรมก็จะเข้าถึงธรรม หรือไม่ศรัทธาอะไรเลยก็ไม่เข้าถึงก็ไม่เข้าถึงอะไรเลย เพราะความศรัทธานำมาซึ่งมุ่งมั่นทุ่มเทเพื่อทำทุกอย่างให้ได้มาซึ่งสิ่งที่เราศรัทธานั้นเอง

วิริยะ คือ ความพากเพียร หมายถึงการกระทำที่ติดต่อกันไม่ขาดตอนเป็นระยะยาวจนประสบความสำเร็จ คำนี้มีความหมายของความกล้าหาญเจออยู่ด้วยส่วนหนึ่งอธิบายความ วิริยะ คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท เป็นความมุ่งมั่นทุ่มเททั้งกายและใจ ที่จะเรียนรู้และทำให้เข้าถึงแก่นแท้ของสิ่งนั้นเรื่องนั้น ถ้าหากกระทำก็จะทำจนเชี่ยวชาญจนเป็นผู้รู้ ถ้าหากศึกษาก็จะศึกษาให้รู้จนถึงรากเหง้าของเรื่องราว นั้นๆ ดังนั้น คำว่า “วิริยะ” จึงหมายถึงความเพียรพยายามอย่างสูงที่จะทำตามฉันทะหรือศรัทธาของตัวเอง หากเราไม่มีความเพียรแล้วก็อนุมานได้ว่าเรามีฉันทะหลอกๆ หรือศรัทธาหลอกๆ ทั้งใก้กตัวเองและหลอกผู้อื่น เพื่ออะไรนั่นผลงานที่เขาทำจะชี้ชัดออกมาเองว่าทำเพื่ออะไร ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานรณรงค์ จึงต้องมีใจที่รักต่อคนในพื้นที่และรักต่อการทำงานรณรงค์เพื่อแก้ปัญหาของประชาชนอันเป็นศรัทธาสูงสุด หากไม่เป็นเช่นนั้นก็ได้แต่เพียงศรัทธาปากเปล่าที่ไร้แก่นเงาของความมุ่งมั่นและทุ่มเท หากแต่มีศรัทธา

อื่นให้ครุ่นคิดและกระทำอยู่ วิริยะนี้มาคู่กับความอดทนอดกลั้นเป็นความรู้สึกไม่ย่อท้อต่อปัญหาและมีความหวังที่จะเอาชนะอุปสรรคทั้งปวง โดยมีศรัทธาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ นำใจ และเตือนใจ ความอดทนเป็นเครื่องมือสำหรับคนใจเย็นและใจงามด้วย ไม่ใช่ทุทุตันทุ้นรีบร้อนเพราะมันจะทำให้มีโอกาสผิดพลาดได้ง่าย หรือสูญเสียความอดทนในที่สุด ดังนั้น ความวิริยะอุสาหะ จึงเป็นวิถีทางของบุคคลที่หาญกล้าและท้าทายต่ออุปสรรคใดๆทั้งมวล

จิตตะ หมายถึงความไม่ทอดทิ้งสิ่งนั้นไปจากความรู้สึกของตัวทำสิ่งซึ่งเป็นวัตถุประสงค์นั้นให้เด่นชัดอยู่ในใจเสมอ คำนี้รวมความหมายของคำว่า สมาธิ อยู่ด้วยอย่างเต็มที่ อธิบายความ จิตตะ คือ ใจที่จดจ่อและรับผิดชอบ เมื่อมีใจที่จดจ่อแล้วก็จะเกิดความรอบคอบตาม คำนี้ยิ่งใหญ่มาก โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่ที่มีมักจะใจแตกบ่อยๆ หรือใจแตกยาวนาน มักหลงไหลได้ปลื้มไปกับวัตถุเทคโนโลยี ที่ยวกลางคืน เรื่องเพศและยาเสพติด เมื่อใจแตกก็มักจะขาดความรับผิดชอบ คิดทำอะไรก็มักทำแบบสุกเอาเผากินพอให้เสร็จไปวันๆ ทำอะไรก็ไม่ดีสักอย่างทำผิดๆ ถูกๆ อยู่อย่างนั้น ชอบเอาดีใส่ตัวและให้ร้ายผู้อื่นตามมา อันนำมาซึ่งความเสื่อมเสียแก่ตนเองและองค์กร ถ้าอยู่ในวัยเรียนก็จะเสียการเรียนเสียชื่อเสียงของโรงเรียนและพ่อแม่ก็เสียใจ ถ้าอยู่ในวัยทำงานก็จะเสียงานและองค์กรก็จะเสียงานด้วย

แต่ถ้าเรามีใจที่จดจ่อต่อสิ่งที่เราคิดเราทำและรับผิดชอบแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการเรียนหรือการทำงานก็ตามทุกอย่างก็จะดีขึ้นไปเอง เราจะมีความรู้รอบรู้มากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยใจที่จดจ่อตั้งมั่นและไม่เรียนรู้ของเรา เมื่อมีความรอบรู้มากขึ้นก็จะเกิดความรอบคอบตามมา เมื่อมีความรอบคอบแล้วการตัดสินใจทำอะไรก็จะเกิดความผิดพลาดน้อยตามไปด้วย ความรอบคอบนอกจากจะดำรงอยู่คู่กับความรอบรู้แล้ว ยังต้องอาศัยความดีงามเป็นเครื่องเตือนสติด้วย ถึงจะสามารถใช้จิตของเราพิจารณาและตรึกตรองในเนื้อแท้ของสิ่งต่าง ๆ นั้นได้อย่างเหมาะสม เพราะความดีงามตามแบบอย่างของคุณธรรมตามหลักศาสนาและจริยธรรมของสังคมนั้นเป็นสิ่งเดียวที่จะทำให้มนุษย์อยู่ร่วมกันอย่างปรกติสุข ไม่เช่นนั้นแล้วมนุษย์อาจเช่นฆ่ากันไม่เว้นแต่ละวันแม้ว่ามนุษย์จะอุดมไปด้วยความรู้และความรอบคอบก็ตาม

วิมังสา หมายถึงความสอดส่องในเหตุและผลแห่งความสำเร็จ เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ให้ลึกซึ้งยิ่งๆ ขึ้นไปตลอดเวลาคำนี้รวมความหมายของคำว่า ปัญญา ใฝ่อย่างเต็มที่ อธิบายความ วิมังสา คือ การทบทวนในสิ่งที่ได้คิดได้ทำมา อันเกิดจากการมีใจรัก (ฉันทะ) แล้วทำด้วยความมุ่งมั่น (วิริยะ) อย่างใจจดใจจ่อและรับผิดชอบ (จิตตะ)

โดยใช้วิจารณ์อย่างรอบรู้และรอบคอบ จึงนำไปสู่การ ทบทวนตัวเองและทบทวนองค์หรือทบทวนขบวนการ ทบทวนในสิ่งที่ได้คิดสิ่งได้ทำผ่านมาว่าเกิดผลดีผลเสีย อย่างไร ทั้งที่เป็นเรื่องส่วนตัวของเราเองและเป็นเรื่องที่ร่วม คิดรวมทำกับคนอื่น เพื่อปรับปรุงปรับแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น

การทบทวนเรื่องราวจากภายในของตัวเราเองเป็นสิ่ง สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่ผู้คนเริ่มสับสนวุ่นวายอย่างเข้มข้น ทบทวนความคิดเพื่อตรวจสอบความคิดและการกระทำของ เราว่าเราคิดหรือทำจากความคิดอะไร? พร้อมกับถามตัว เองว่าเราคิดอย่างนั้นเพื่ออะไร? เราทำสิ่งนี้เพื่ออะไร? เพื่อ ความสุขของตัวเองหรือเพื่อความสงบสุขของสังคม? ฯลฯ ซึ่งจะทำให้เรารู้ว่าเราควรจะทำอยู่ ณ จุดไหนของสังคมหรือ เปลี่ยนแปลงตนอย่างไรไปสู่การสร้างสรรค์ตนเองและสังคม ทั้งดงาม (โกลด์ สนั่นก้อง, 2549)

การเรียนรู้ตามทฤษฎีของ Benjamin Bloom

Bloom ได้แบ่งการเรียนรู้เป็น 6 ระดับ

- ความรู้ที่เกิดจากความจำ (knowledge) ซึ่งเป็นระดับล่างสุด
- ความเข้าใจ (Comprehend)
- การประยุกต์ (Application)
- การวิเคราะห์ (Analysis) สามารถแก้ปัญหา ตรวจสอบได้
- การสังเคราะห์ (Synthesis) สามารถนำ ส่วนต่างๆ มาประกอบเป็นรูปแบบใหม่ได้ให้แตกต่างจาก รูปเดิม เน้นโครงสร้างใหม่
- การประเมินค่า (Evaluation) วัดได้ และ ตัดสินได้ว่าอะไรถูกหรือผิด ประกอบการตัดสินใจบนพื้นฐาน ของเหตุผลและเกณฑ์ที่แน่ชัด

การเรียนรู้ตามทฤษฎีของ Martin Mayor

ในการออกแบบสื่อการเรียนการสอน การวิเคราะห์ ความจำเป็นเป็นสิ่งสำคัญและตามด้วยจุดประสงค์ของการ เรียน โดยแบ่งออกเป็นย่อยๆ 3 ส่วนด้วยกัน

- พฤติกรรม ควรชี้ชัดและสังเกตได้
- เงื่อนไข พฤติกรรมสำเร็จได้ควรมีเงื่อนไขในการ ช่วยเหลือ
- มาตรฐาน พฤติกรรมที่ได้นั้นสามารถอยู่ใน เกณฑ์ที่กำหนด

การเรียนรู้ตามทฤษฎีของ Jerome Bruner

ทฤษฎีการเรียนรู้โดยการค้นพบ เน้นที่พัฒนาการ เกี่ยวกับความสามารถในการรับรู้และความเข้าใจของผู้เรียน

บรูเนอร์ เชื่อว่า ครูสามารถช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดความ พร้อมได้ โดยไม่ต้องรอเวลา ซึ่งสามารถที่จะสอนได้ในทุก ช่วงของอายุ ขั้นตอนพัฒนาการทางปัญญาของบรูเนอร์ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

- Enactive Representation วิธีการเรียน รู้ในขั้นนี้จะเป็นการแสดงออกด้วยการกระทำ เรียกว่า Enactive mode จะเป็นวิธีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยการสัมผัส จับต้องด้วยมือ ผลัก ดึง รวมถึงการใช้ปาก กับวัตถุสิ่งของที่อยู่รอบๆตัว สิ่งที่สำคัญจะต้องลงมือกระทำ ด้วยตนเอง เช่น การเลียนแบบ หรือการลงมือกระทำกับ วัตถุสิ่งของ หรือจะใช้ทักษะทางการที่ซับซ้อน เช่น ทักษะการ ซักจี่กรวย เล่นเทนนิส เป็นต้น

- Iconic Representation ในขั้นพัฒนา การทางความคิด จะเกิดจากการมองเห็น และการใช้ ประสาทสัมผัสแล้ว ผู้เรียนสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ ต่างๆ เหล่านั้นด้วยการมีภาพในใจแทน พัฒนาการทาง ความรู้ความเข้าใจจะเพิ่มตามอายุ เมื่ออายุมากขึ้นก็จะ สามารถสร้างภาพในใจได้มากขึ้น วิธีการเรียนรู้ในขั้นนี้ เรียกว่า Iconic mode เมื่อผู้เรียนสามารถที่จะสร้าง จินตนาการ หรือ มโนภาพ (Imagery) ในใจได้ ผู้เรียน จะสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆในโลกได้ด้วย Iconic mode ดังนั้น ในการเรียนการสอนผู้เรียนสามารถที่จะเรียนรู้โดย การใช้ภาพแทนของการสัมผัสจากของจริง เพื่อที่จะช่วยขยาย การเรียนรู้ที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ ความคิดรวบยอด กฎ และ หลักการ ซึ่งไม่สามารถแสดงให้เห็นได้ บรูเนอร์ได้เสนอแนะให้นำสื่อทัศนวัสดุมาใช้ในการสอน ได้แก่ ภาพนิ่ง โทรทัศน์ หรืออื่นๆเพื่อที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดจินตนาการ ประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น

- Symbolic representation ในขั้นพัฒนา การทางความคิดที่ผู้เรียนสามารถถ่ายทอดประสบการณ์หรือ เหตุการณ์ต่างๆโดยใช้สัญลักษณ์ หรือ ภาษา บรูเนอร์ถือว่า การพัฒนาในขั้นนี้เป็นขั้นสูงสุดของพัฒนาการทางความรู้ ความเข้าใจ เช่น การคิดเชิงเหตุผล หรือการแก้ปัญหาและ เชื่อว่า การพัฒนาการทางความรู้ความเข้าใจจะควบคู่ไปกับ ภาษา วิธีการเรียนรู้ในขั้นนี้เรียกว่า Symbolic mode ซึ่งผู้เรียนจะใช้ในการเรียนได้เมื่อมีความสามารถที่จะเข้าใจ ในสิ่งที่เป็นนามธรรม หรือความคิดรวบยอดที่ซับซ้อน

บรูเนอร์ เชื่อว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนได้มี ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งนำไปสู่การค้นพบและการแก้ ปัญหา เรียกว่า การเรียนรู้โดยการค้นพบ (Discovery approach) ผู้เรียนจะประมวลข้อมูลข่าวสารจากการมี ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และจะรับรู้สิ่งที่ตนเองเลือก หรือ สิ่งที่น่าสนใจ การเรียนรู้แบบนี้จะช่วยให้เกิดการค้นพบเนื่องจาก

ผู้เรียนมีความอยากรู้อยากเห็น ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันที่ทำให้สำรวจสิ่งแวดล้อม และทำให้เกิดการเรียนรู้โดยการค้นพบ โดยมีแนวคิดที่เป็นพื้นฐาน ดังนี้ คือ 1) การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง 2) ผู้เรียนแต่ละคนจะมีประสบการณ์และพื้นฐานความรู้ที่แตกต่างกันการเรียนรู้จะเกิดจากการที่ผู้เรียนสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่พบใหม่กับความรู้เดิมแล้วนำมาสร้างเป็นความหมายใหม่

การเรียนรู้ตามทฤษฎีของ Edward Tylor

- ความต่อเนื่อง (continuity) หมายถึง ในวิชาทักษะ ต้องเปิดโอกาสให้มีการฝึกทักษะในกิจกรรมและประสบการณ์บ่อยๆ และต่อเนื่องกัน

- การจัดช่วงลำดับ (sequence) หมายถึง หรือการจัดสิ่งที่มีความง่าย ไปสู่สิ่งที่มีความยาก ดังนั้นการจัดกิจกรรมและประสบการณ์ ให้มีการเรียงลำดับก่อนหลัง เพื่อให้ได้เรียนเนื้อหาที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

- บูรณาการ (integration) หมายถึง การจัดประสบการณ์จึงควรเป็นในลักษณะที่ช่วยให้ผู้เรียน ได้เพิ่มพูนความคิดเห็นและได้แสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกัน เนื้อหาที่เรียนเป็นการเพิ่มความสามารถทั้งหมด ของผู้เรียนที่จะได้ใช้ประสบการณ์ได้ในสถานการณ์ต่างๆ กัน ประสบการณ์การเรียนรู้จึงเป็นแบบแผนของปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างผู้เรียนกับสถานการณ์ที่แวดล้อม

การตลาดเชิงสังคมที่นำมาปรับใช้ในการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรีในครั้งนี้ออกแบบโดยมีวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้ารับการอบรมสามารถจัดกิจกรรมรณรงค์ที่แตกต่างไปจากเดิม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องแนวคิด การดำเนินงาน ตลอดจนถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อกระตุ้น / เตือนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคหรือดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว ทั้งนี้โดยความร่วมมือของหัวหน้างานป้องกันควบคุมโรคและหน่วยงานภายใต้การดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และความเห็นชอบจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรีและได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากผู้ว่าราชการจังหวัดสระบุรี

การจัดการเรียนรู้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 สระบุรี จึงจัดการเรียนรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เป็น 4 ระยะ ซึ่งมีทั้งทฤษฎีและปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน เพื่อแต่ละบุคคลสามารถวิเคราะห์ รวมถึงสังเคราะห์สิ่งที่ได้ผ่านการเรียนรู้ตามกิจกรรมที่กำหนด ได้แก่

- ระยะที่ 1 การให้ความรู้เรื่อง Social Marketing และการประเมินผลให้แบบฝึกหัดการทำ Marketing Research

การอบรมระยะนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีพื้นฐานความรู้เรื่องการตลาดเชิงสังคม หลักการประเมินผลกิจกรรมและโครงการ และในส่วนของทางประยุกต์ใช้การตลาดเชิงสังคมในการเข้าถึงบริบทของประชาชน การจัดการเรียนรู้ให้แก่ผู้เข้ารับการอบรม เริ่มที่พัฒนาความรู้เรื่อง SOCIAL MARKETING เน้นที่ Process ของการนำ SOCIAL MARKETING ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกระดับจังหวัดและอำเภอ

- ระยะที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูล/รายละเอียดที่ได้จากการทำ marketing research มาจัดทำ Marketing Strategy แล้วเตรียมทำ Marketing Communication

การอบรมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ที่จะให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง SOCIAL MARKETING ในครั้งที่ 1 นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการทำ Marketing Research ที่มหาวิทยาลัยให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและร่วมกันวางแผนการจัดกิจกรรมตามบริบทที่พบและกลุ่มเป้าหมายที่ระบุ โดยมีเป้าหมายเพื่อการสื่อสารแก่ประชาชนและประเมินผลดำเนินงาน

- ระยะที่ 3 ประสาน Partnership for promotion จัดวางสื่อ Air war & Ground war for promotion ในพื้นที่

ทีมสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ร่วมกับทีมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ผลิตสื่อ Ground war for promotion จัดทำ Press release ให้กับงานประชาสัมพันธ์ท้องถิ่นและสื่อมวลชน วิทยุชุมชนท้องถิ่น เพื่อประชาสัมพันธ์ภาพกว้างในทุกจังหวัดในพื้นที่สาธารณสุขเขต 5 (สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรีและชัยนาท) ทั้งนี้เป็นการร่วมดำเนินการประชาสัมพันธ์ภาพกว้างของจังหวัด

- ระยะที่ 4 Marketing Communication ผ่านการจัดกิจกรรม "เทศกาล คุณ นะ ทำ" และการสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์การดำเนินงาน และหาจุดเปลี่ยนของแต่ละหน่วยงาน

เมื่อทุกอำเภอ จัดกิจกรรมรณรงค์โดยใช้หลัก SOCIAL MARKETING ใช้ชื่อการรณรงค์ร่วมกัน (theme) ทั้งจังหวัดว่า "เทศกาล คุณ นะ ทำ" โดยทีมสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ให้ข้อเสนอแนะและเป็นพี่เลี้ยงในการวางแผนการดำเนินงาน

รวมทั้งสนับสนุนแบบประเมินผลการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมาย และการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ที่มจัดกิจกรรม และประเมินผล การจัดกิจกรรมในทุกอำเภอที่ดำเนินการในขณะจัดกิจกรรม

บทสรุป

การนำกระบวนการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการสื่อสารเพื่อป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

สิ่งที่เป็นความเข้าใจอย่างเดิมก็คือ การณรงค์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นการจัดกิจกรรมเป็นครั้ง ๆ แม้จะกระตุ้นความสนใจและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม แต่สิ่งที่ขาดหายไปคือการให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของในกิจกรรมนั้น จุดสำคัญจึงอยู่ที่ว่า แล้วสิ่งที่ เป็นกิจกรรมนั้น ๆ ตรงกับบริบทที่ประชาชนเป็นอยู่ ตรงกับสิ่งที่กลุ่มเป้าหมายต้องการทำ/อยากปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร สิ่งทีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขปราชญ์จะ ให้ประชาชนได้ตระหนัก และสามารถดูแล/จัดการสุขภาพของ ตัวเองได้จึงจะเกิดขึ้นได้

ในบทสรุปนี้ ผู้เขียนจึงขอเสนอประเด็นสำคัญของ การจัดการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาบุคลากรให้สามารถสื่อสารแก่ กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม และความรู้สึกเป็น เจ้าของ จนเกิดการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง นั่นหมาย ว่าการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ยั่งยืนจะเกิดขึ้น ได้

- ประเด็นแรก การออกแบบจัดการเรียนรู้ ผู้จัดการเรียนรู้มีเพียงแต่คำนึงถึงสิ่งที่ต้องการให้ผู้เข้าสื่ การเรียนรู้นั้นไปทำเท่านั้น แต่ต้องวางแผนการจัดการเรียนรู้ ตามทฤษฎีและหลักการไม่ว่าจะเป็นทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ หลักการสื่อสาร ฯลฯ การจัดการเรียนรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน จึงต้อง ออกแบบเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีคิด สร้างวิธีวิเคราะห์ และสังเคราะห์ ทั้งนี้โดยการใช้ประสบการณ์ และ Tacit ที่มีผู้ในบุคลากรทุกคนเป็นต้นกำเนิดของกิจกรรมที่เปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจากเดิม อันเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในตัวบุคลากรอย่างชัดเจน

- ประเด็นที่สอง ทีมวิทยากร ความเป็นเนื้อเดียวกันของทีมวิทยากร เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อวิธีการถ่ายทอด ความรู้ การเรียบเรียงองค์ความรู้ การหารือเพื่อปรับเปลี่ยน วิธีการถ่ายทอดความรู้เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของ การอบรม ทีมวิทยากรที่เคยมีประสบการณ์ทำงานร่วมกัน รู้จักกัน ทำความเข้าใจประเด็นถ่ายทอดไปในแนวทางเดียวกัน และความเชี่ยวชาญของวิทยากร สิ่งเหล่านี้ส่งผลอย่าง มากต่อการจัดการเรียนรู้

- ประเด็นที่สาม ทีมพี่เลี้ยง ทีมพี่เลี้ยงต้องม

ความแม่นยำในหลักการของ social marketing ทั้งนี้ ที่ลงไปติดตามงานต้องสามารถให้คำปรึกษา แนะนำ ทั้ง ด้านวิชาการและการบริหารจัดการได้อย่างชัดเจน จึงจะเกิด กระแสการทำงานที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แม้จะต่างกัน ในกิจกรรมแต่หลักการและวัตถุประสงค์เดียวกัน ทีมพี่เลี้ยง ต้องเตรียมพร้อมที่จะช่วยผู้ปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ไปจนถึงการให้คำชมเชย คำปลอบใจ คำให้กำลังใจ และ ให้ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานที่เป็นสิ่งใหม่ ทำท

- ประเด็นที่สี่ ทีมสนับสนุน ผู้บริหารในระดับ จังหวัด นับตั้งแต่ผู้ว่าราชการจังหวัด ให้การสนับสนุนงบประมาณ การกำกับงานนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ให้ การสนับสนุนด้านบุคลากร การบริหารจัดการ รองนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด(ผชพ.ว.) ให้การสนับสนุนทางวิชาการ การบริหารจัดการ หัวหน้าฝ่ายป้องกันควบคุมโรคสนับสนุน บุคลากรในการปฏิบัติงาน การจัดกิจกรรม การติดตาม ควบคุมกำกับงาน การประเมินผลการปฏิบัติงาน การแก้ไข ปัญหา ข้อขัดข้องต่างๆ ในระหว่างที่มีกิจกรรมต่างๆ เกิดขึ้น และหัวหน้าฝ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายสุศึกษา ประชาสัมพันธ์ร่วมมือในการเผยแพร่ข่าวสารต่างๆ เป็นต้น

แหล่งอ้างอิง

1. โกล สนั่นก้อง. อิทธิบาท 4 และการทำงานของ คนรุ่นใหม่. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยฝ่าย การวิจัยเพื่อท้องถิ่น [online].2549. เข้าถึงได้จาก : URL: http://www.vijai.org/articles_data/show_topic.asp?Topicid=337
2. บุญรักษ์ บุญญะเขตมาลา. ระหว่างกระจกกับตะเกียง (ไวยากรณ์ทางจริยธรรมสำหรับการสื่อสารสาธารณะ). กรุงเทพมหานคร: บริษัท 959 พับลิชชิ่ง; 2542.210-220.
3. วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์. แผนที่ชี้ทิศของการสื่อสารสาธารณะเพื่อควบคุมโรคและภัยสุขภาพ [online]. 2551. เข้าถึงได้จาก : URL: <http://www.pr-ddc.com/modules.php?name=Content&pa=s howpage&pid=30 - 73k>
4. วลลภ พลอยทับทิม. การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การสื่อสารสาธารณะ ตามแนวทางการบริหารราชการแผ่นดิน.กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์: กรกฎาคม 2551
5. รุ่งนภา พิตรปรีชา."การตลาดเพื่อสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and Environment Marketing). ใน: สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข.การวางแผนรณรงค์และประเมินผล โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการตลาดเชิงสังคม. นนทบุรี ; 2551.หน้า 1-6.(เอกสารอีกสำเนา).

6. ศูนย์พัฒนาการศึกษา พ.ศ.2544. การตลาดเชิงสังคม :หัวใจของยุทธศาสตร์การสื่อสาร. แปลจากการสื่อสาร: ยุทธศาสตร์สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการป้องกัน โดย สำนักงานเลขานุการกรม CCM. Northeast Center for the Application of Prevention Technologies(CAPT).ม.ป.ป.
7. Bloom, Benjamin, et al. Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. New York: McKay, 1956.
8. Bruner, J. The Process of Education, Cambridge, Mass.: Harvard University Press. 97 + xxvi pages. Rightly recognized as a twentieth century educational 'classic', this book argues that schooling and curricula should be con

structed to foster intuitive 'graspings'. Bruner makes the case for a 'spiral curriculum'. The second edition, 1977.

9. Bruner, J. The Culture of Education, Cambridge, Mass.: Harvard University Press. 224 + xvi pages; 1996.
10. Bruner, J. S. The Relevance of Education. New York: Norton: 1971.
11. <http://www.nectec.or.th/courseware/cai/0042.html>
12. <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/marketsoc/index-eng.php>
13. <http://www.social-marketing.com/WhatIs.html>
14. <http://www.learntripitaka.com/scruple/ltibaht4.html>
15. <http://www.84000.org>
16. Tylor, Edward. Primitive Culture. New York: J.P. Putnam's Sons; 1920.

