วารสารสุขภาพภาคประชาชน
PRIMARY HEALTH CARE DIVISION JOURNAL

ปีที่ 12 ฉบับที่ 4 ประจำเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2560 ISSN : 1905-2782

กรม สบส.
เพิ่มสาขาทันตสุขภาพ
ในการคัดเลือก อสม. ดีเด่น ...
เริ่มปี 2561

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

วารสารสุขภาพภาคประชาชน
PRIMARY HEALTH CARE DIVISION JOURNAL
ปีที่ 12 ฉบับที่ 4 ประจำเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2560 ISSN : 1905-2782

คำแนะนำ

ในการส่งเรื่องตีพิมพ์วารสารสุขภาพภาคประชาชน

วารสารสุขภาพภาคประชาชนเป็นวารสารวิชาการของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่แนวคิดในการพัฒนาและผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพภาคประชาชน และเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนและประสบการณ์การพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน ของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาชนเป็นวารสารรายสองเดือน โดยกำหนดออกเผยแพร่ในเดือนพฤศจิกายน มกราคม มีนาคม พฤษภาคม กรกฎาคม และกันยายน

กองบรรณาธิการยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการ รายงานผลการศึกษาวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่เป็นความรู้ และเพื่อพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการ ดังนี้

1. ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพภาคประชาชน เนื้อหาในการตีพิมพ์ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) ชื่อผู้วิจัยหรือผู้นิพนธ์ ตำแหน่งทางราชการ หน่วยงานที่สังกัด บทคัดย่อ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ บรรณานุกรม ต้นฉบับตัวอักษร Angsana ขนาด 16 point เนื้อหาจำนวน 6 - 8 หน้า A4 บรรณานุกรมไม่เกิน 1 หน้า A4

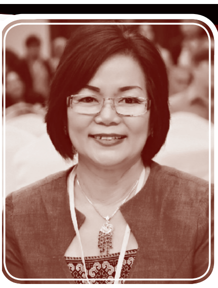
2. บทความวิชาการ ต้นฉบับ ตัวอักษร Angsana ขนาด 16 point ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ ตำแหน่งทางราชการ หน่วยงานที่สังกัด บทสรุปย่อเรื่อง ความนำ เนื้อเรื่อง แหล่งที่มาของข้อมูลและเอกสารอ้างอิง ต้นฉบับจำนวน 2 - 4 หน้า A4 เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 1 หน้า A4

3. การส่งต้นฉบับข้อ 1 และ 2 ภายในวันที่ 5 ของเดือน โดยส่งต้นฉบับเป็นเอกสารตามระบบราชการ 1 ชุด พร้อมแนบซีดีข้อมูล โดยมีหนังสือนำส่งจากหัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัดในระดับจังหวัด/เขต/ภาค ถึงผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เพื่อขอให้พิจารณาตีพิมพ์ และต้นฉบับอีก 1 ชุด ส่งทาง E-mail มายังกองบรรณาธิการ E-mail address : phc0705.6@gmail.com หรือ amornsriy2506@gmail.com ติดต่อที่โทรศัพท์ 0 2193 7000 ต่อ 18712 และโทรสาร 0 2149 5645

ไปรษณีย์ส่งถึง

ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

บทบรรณาธิการ



จากนโยบายรัฐบาลที่เน้นการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยให้คนไทยได้มีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ โดยมีเป้าหมายการให้บริการ "ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สามารถลดภาระโรคและภัยคุกคามตลอดจนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ" กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีกลไกการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่โดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ซึ่งเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน ซึ่งปัจจุบันได้รับการยกระดับให้เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน เป็นผู้เชี่ยวชาญดูแลสุขภาพ โดยเป็นแกนนำหลักในการวางแผนด้านสุขภาพ การจัดการงบประมาณ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และการประเมินผลการดำเนินงานการมีส่วนร่วมในชุมชนผ่านกระบวนการยอมรับของคนในหมู่บ้าน/ชุมชน ทำให้ อสม. มีศักยภาพเข้มแข็ง เป็นแกนนำและเป็นแบบอย่างที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการสื่อสารสุขภาพให้กับอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยมีเป้าหมายให้ อสม. 1 คน ดูแลเป็นพี่เลี้ยง อสค. 3 คน ทั้งนี้ เพื่อให้ทั้ง อสม. อสค. และประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ทั้งนี้ เพื่อเสริมศักยภาพความเข้มแข็งของ อสม. ในการเป็นนักเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน กรม สบส. โดย กองสุขศึกษาจึงได้จัดทำ "**คู่มือการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จาก อสม. สู่ อสค.**" ขึ้น เพื่อให้ อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับ อสค. ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้ อสค.และประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน มีทักษะและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพและมีการสื่อสารด้านสุขภาพ รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จนมีการจัดการและตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดโรค สามารถดูแลสุขภาพตนเอง สมาชิกในครอบครัว และมีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพของชุมชนได้ ซึ่งทำให้ตนเอง ครอบครัว มีสุขภาพที่ดี

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจาก อสม.สู่ อสค.เป็นรูปแบบหนึ่งของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับครอบครัวที่จะเชื่อมต่อและช่วยเสริมเพิ่มพลังการทำงานของ อสม.ในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนต่อไปอย่างยั่งยืน

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่องจากปก 2

- กรม สบส. เพิ่มสาขาทันตสุขภาพ ในการคัดเลือก อสม. ดีเด่น ... เริ่มปี 2561 2

งานวิจัย 4

- การศึกษาสถานการณ์งานสุขภาพภาคประชาชน ในปัจจุบันและทิศทางการพัฒนาในอนาคต 4
  (ชาติชาย สุวรรณนิตย์)
- โครงการวิจัยการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 16
  (สุจินดา สุขกำเนิด)
- การวิเคราะห์ภาพดิจิตอลทางรังสีที่ไม่สามารถนำไปวินิจฉัยโรคได้ โรงพยาบาลนครปฐม 28
  (สมหมาย กันทะเมืองลี้)
- ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนอนพยาธิของประชาชน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน พ.ศ. 2559 36
  (เกษตร ปะทิ)
- ผลของถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่า ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 43
  (ชุตินันท์ ขันทะยศ / กนกพร ปัญญาดี)
- การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 50
  (ณัฐชยา แก้วโภคา / อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ)

เรื่องจากปก

กรม สบส. เพิ่มสาขาทันตสุขภาพ
ในการคัดเลือก อสม. ดีเด่น ...เริ่มปี 2561

ในปี 2556 - 2558 การดำเนินงานสุขภาพช่องปากมีการขยายครอบคลุมทุกกลุ่มวัย และมีการดำเนินงานร่วมกับการทำงานของทีมหมอครอบครัวและ District Health System (DHS) ทำให้มีการทำงานในระดับชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทช่วยเหลือดูแลสุขภาพช่องปากประชาชนและครอบครัวอย่างชัดเจน ดังนั้นในปี 2556 กรมอนามัยจึงพัฒนาหลักสูตรการอบรม อสม. เชี่ยวชาญสาขาส่งเสริมสุขภาพด้านทันตสุขภาพ

ต่อมาในปี 2558 กรมอนามัยได้มีหนังสือถึงกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (หนังสือ สธ.๐๙๐๔.๐๓/๖๔๙๔ ลงวันที่ 23 กันยายน 2558) ขอเพิ่มสาขาการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ เพื่อการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะตน และสร้างขวัญกำลังใจให้ อสม. ที่มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน ให้เกิดความภาคภูมิใจในผลการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง สมควรได้รับการเชิดชูเกียรติ เพื่อนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือทันตสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการพัฒนาศักยภาพและกำหนดมาตรฐาน อสม. ดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ ได้มีการประชุมครั้งที่ 1/2558 วันที่ 22 กันยายน 2558 มีมติให้ตั้งคณะทำงานพัฒนารายละเอียดการขอเพิ่มสาขาการคัดเลือก อสม. ดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ เพื่อนำเสนอในคณะกรรมการกลางพิจารณาให้ความเห็นชอบ ซึ่งคณะทำงานดังกล่าวได้หารือเพื่อพัฒนารายละเอียดและวิเคราะห์เหตุผลความจำเป็นในการคัดเลือก อสม. ดีเด่น ในสาขาดังกล่าว ซึ่งจะได้มีการเชิญประชุมหารือฯ พัฒนารายละเอียด ได้แก่ การจัดทำหลักเกณฑ์และเครื่องมือประเมิน อสม. ดีเด่น และได้มีการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน อสม. ด้านทันตสุขภาพของจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ

จากการรวบรวมข้อมูล จำนวน 63 จังหวัด พบว่า มีการอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ ใน 10 ศูนย์อนามัย (จากทั้งหมด 12 ศูนย์) และมี 52 จังหวัด ที่เห็นด้วยว่าต้องมีการกำหนดให้มี อสม. เชี่ยวชาญ สาขาทันตสุขภาพ และจากการรวบรวมข้อมูลการฝึกอบรมด้านทันตสุขภาพ 3 ปี ระหว่างปี 2557 - 2559 มี อสม. ได้รับการอบรม จำนวน 63,655 คน จากการติดตามกิจกรรมของ อสม. ที่ดำเนินงานในพื้นที่ได้แก่ ข้อมูลงานร่วมบริการ งานติดตามเยี่ยมบ้าน การมีส่วนร่วมของชุมชน งานบริการพื้นฐานในคลินิกทันตกรรม รวมทั้งในปี 2559 กรมอนามัยได้จัดทำคู่มือหลักสูตรการอบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ เพื่อให้เป็นองค์ความรู้ปัจจุบัน และเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและส่งเสริมให้ อสม. มีทักษะในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิผลต่อไป

ทั้งนี้ ที่ประชุมคณะกรรมการกลางได้มีมติเห็นชอบและรับรองการเพิ่มสาขาคัดเลือก อสม. ดีเด่น สาขาทันตสุขภาพ เนื่องจากเห็นว่าประเด็นทันตสุขภาพเป็น 1 ใน 14 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน และเป็นประเด็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจำนวนมาก ดังนั้น การคัดเลือก อสม. ดีเด่น ในปีงบประมาณ 2561 จึงจะมีการเพิ่มสาขาทันตสุขภาพเข้าเป็นสาขาที่ 11 ต่อไป

งานวิจัย

การศึกษาสถานการณ์งานสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบันและทิศทางการพัฒนาในอนาคต

A study of the current situation and future direction of primary healthcare development.

ชาติชาย สุวรรณนิตย์*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบันและทิศทางการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชนในอนาคต ใช้รูปแบบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ (1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 967 คน (2) เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอและตำบล จำนวน 160 คน และ (3) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 24 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน และชุดที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัยมีดังนี้

1. บทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนประกอบด้วย บทบาทในทีมหมอครอบครัว ที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ การสำรวจ/รวบรวมข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ เพื่อใช้ประโยชน์ ในการจัดบริการสุขภาพและการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ บทบาทในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์/จัดรณรงค์ให้ความรู้ในการเข้าถึงบริการและสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพบทบาทในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพและหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้แก่ การจัดกิจกรรมและร่วมรณรงค์ด้านสุขภาพดีวิถีไทยบทบาทในการทำงานร่วมกับชมรม อสม. ได้แก่ การประสานแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงานในพื้นที่เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน

2. ผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ การลดปัญหาสุขภาพในชุมชน เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การลดปัจจัยเสี่ยงหรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น การทำลายแหล่งเพาะ

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

พันธุ์ยุงลาย จัดสถานที่ออกกำลังกาย สร้างรั้วกินได้ การกำหนดมาตรการทางสังคม เช่นข้อตกลงงดเหล้าในงานบุญ ไม่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาและวัด การคัดแยกขยะ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้ยาและสารเสพติด

3. ทิศทางการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชนในอนาคตการพัฒนาบทบาทและศักยภาพ อสม. ควรสร้างอุดมการณ์และจิตอาสาให้กับ อสม. รุ่นใหม่ เปิดโอกาสให้กลุ่มจิตอาสาเข้ามาร่วมทำงานกับ อสม. และบุคลากรสาธารณสุขคัดเลือก อสม. ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีจิตอาสา มีความสมัครใจและมีความพร้อม เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพได้ ชาวบ้านยอมรับ การพัฒนาศักยภาพ อสม. ควรมีการสำรวจประเมินความต้องการอบรมของ อสม. และเพิ่มศักยภาพที่จำเป็น เช่น ความรู้เรื่องการทำกายภาพบำบัด การนวด การดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเจาะเลือด การคัดกรองโรค ฯลฯ ควรพัฒนาศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน (เดิม) ให้มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีการทำการศึกษาวิจัย ประเมินผลงานและประเมินศักยภาพของ อสม. สถาบันฝึกอบรม อสม. ส่วนกลาง ควรมีการกำหนดทิศทางการพัฒนา อสม. ที่ชัดเจน และเผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบสร้างขวัญและกำลังใจ อสม. ในรูปแบบต่างๆ แนวทางการบริหารจัดการเงินค่าป่วยการของ อสม. หน่วยงานส่วนกลางควรพิจารณาแนวทางในการส่งเสริมเพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมที่ทุกฝ่ายยอมรับได้ โดยจะต้องพิจารณาให้รอบคอบในด้านเงื่อนไขและความพร้อมของแต่ละพื้นที่

4. การเตรียมความพร้อมงานสุขภาพภาคประชาชนเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ควรมีการพัฒนาหลักสูตรอบรมเพื่อให้ความรู้ที่จำเป็นกับอาสาสมัครต่างด้าว (อสต.) เรื่องโรคระบาดและภัยพิบัติต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาระบบที่จะดูแลรักษากลุ่มบุคคลเหล่านี้ไว้ให้สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง

ABSTRACT

This research aimed to explore the current situation of Primary Health Care implementation and the future direction of Primary Health Care development. Mixed Methods Research was used. The data was collected both qualitative and quantitative data from 3 target groups were (1) 967 samples of the village health volunteers (VHVs) (2) 160 people from the Primary Health Care network in sub-district and district level, and (3) 24 of those with public health and Primary Health Care qualified. The instrument was composed with 3 series ; 1) the questionnaire for the VHVs, 2) the group discussion's guideline for Primary Health Care network, and 3) the in-depth interview's structure for group of qualified person. The data analyses wereused frequency, percentage, mean and standard deviation, and content analysis. The result of the research as below,

1. The role of VHVs in term of Primary Health Care implementation was composed with the role in family care team, which the most common routines were survey and data collection about vulnerable group, elder, bed bound and disabled patients for the useful in health service management, and being a good role model in health behavior. The rolesin consumer protection were the publicity/campaigns on

the knowledge of accessing to health services and benefit. The role in sub-district (Tambon) and village health management were providing the activities and participating in Thai Healthy Lifestyle campaign. The role of working with the VHVs club was to coordinate the exchange of information in the area to take advantage of the development of the working.

2. The achievement of Primary Health Care implementation were the reduction of community health problems such as dengue fever, diabetes and hypertension, the reducing of risk factors or improving the environment to promote the well-being such as destruction of mosquito breeding sites, provide a fitness facility, andestablish the Edible Fence project. The imposition of social measures, such as alcohol drinking abstinence in religious ceremony, no smoking at schools and temple, waste sorting, health behavioral modification such as reducing consumption of sugary, fatty or salty foods, non-smoking, alcoholic and drug taking.

3. For the future direction of Primary Health Care development and the development of roles and potentials of VHVs, the ideology and volunteerism should be created for new generationof VHVs. The volunteers group should be given the opportunity to work with VHVs and public health personnel. The VHVs should be selected according to the defined criteria : willingness, volunteerism and readiness, be a good role model for health behavior, and be accepted by the villagers. The potential development of VHVs should be conducted the exploring and accessing to find the training needed, and increasing the potential needed, such as knowledge of physical therapy, massage, bed bound patient caring, blood screening, screening for disease, etc. The Training Center for Primary Health Care Development (formerly) should be developed to play a role in the development of VHVs potential. The research, evaluation for work and potential of VHVs should be conducted. The VHVs Central Training Center should have the clearly development direction of VHVs and promulgate to the relevant agencies. The different way to build up a good spirit and morale for the VHVs should be considered. The direction of how to manage the compensation for VHVs, the central department should considered the direction of encouragement and to look for an appropriate type which is suitable for every agencies by considering with availability andconditions.

4. For theentering preparation of public health toward the ASEAN community should develop training curriculum to provide the necessary knowledge to Migrant Health Volunteers (MHVs) on the epidemic disease and disaster, including the development of system to maintain these personnel to work continuously.

Keyword : Village health volunteer, primary health care

บทนำ

การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเน้นการป้องกันโรคมากกว่าการรอให้เจ็บป่วยแล้วจึงมารักษาตามนโยบายรัฐบาลและนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบที่ยั่งยืน โดยเน้นการพัฒนาขีดความ

สามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การส่งเสริมบทบาทภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองและการจัดระบบสุขภาพชุมชนจึงมีความสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จ

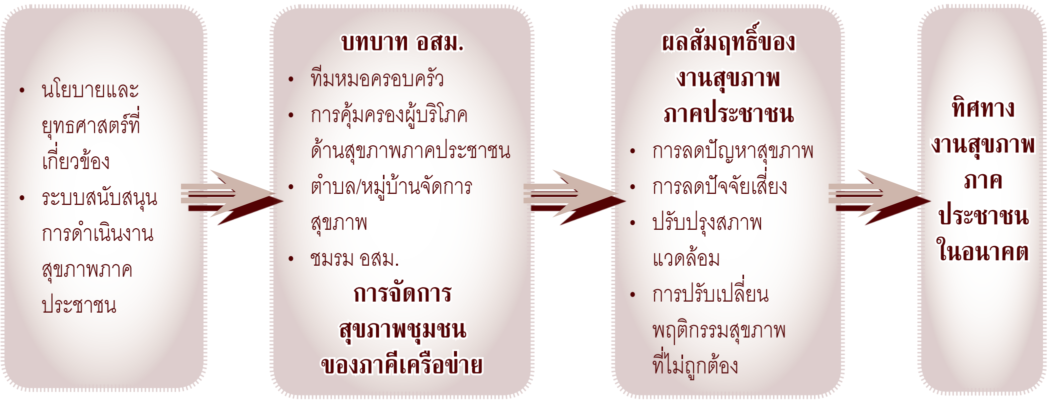
เป้าหมายการให้บริการประชาชนของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คือ ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านระบบสุขภาพภาคประชาชนยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนา อสม. ในการจัดการระบบสุขภาพชุมชนและพิทักษ์สิทธิ์ด้านสุขภาพของประชาชนยุทธศาสตร์ที่ 3 เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพและพิทักษ์สิทธิ์ด้านสุขภาพของชุมชนและยุทธศาสตร์ที่4 พัฒนารูปแบบจัดการความรู้ นวัตกรรม และประเมินเทคโนโลยีระบบสุขภาพภาคประชาชน เพื่อประเมินสถานการณ์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนว่าเป็นไปตามนโยบายและยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้หรือไม่ งานสุขภาพภาคประชาชนเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อประชาชนและชุมชนอย่างไรบ้าง และศึกษาทิศทางในการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนในอนาคตควรเป็นอย่างไร จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์งานสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบัน เกี่ยวกับบทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน และผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพภาคประชาชน

2. เพื่อศึกษาทิศทางงานสุขภาพภาคประชาชนในอนาคต และการเตรียมความพร้อมงานสุขภาพภาคประชาชนเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) จากกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มคือ (1) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 4 ภูมิภาค 8 จังหวัด รวมจำนวน 967 คน (2) กลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอและตำบล จำนวน 4 ภูมิภาค 8 จังหวัด รวมจำนวน 160 คน และ (3) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 24 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Self-ad-ministration questionnaire) ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน (Focus group discussion guide) และชุดที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ (In-depth interview guide) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย นำข้อบกพร่องมาปรับปรุง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดแยกประเภทข้อมูลตามประเด็นที่กำหนดในวัตถุประสงค์ และการนิยามตัวแปร วิเคราะห์และเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของข้อมูล และจัดกลุ่มข้อมูล รวบรวมสังเคราะห์ประเด็นข้อค้นพบและนำเสนอ

ผลการวิจัย

สถานการณ์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบัน ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่

***1.* บทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนประกอบด้วย 4 บทบาท ได้แก่** บทบาทในทีมหมอครอบครัว บทบาทในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภาคประชาชน บทบาทในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพและหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และบทบาทในการทำงานร่วมกับชมรม อสม. พบว่า อสม. ปฏิบัติงานด้านบทบาทในทีมหมอครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 2.72) รองลงมา คือ การปฏิบัติงานในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภาคประชาชน และ การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพและหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ($\bar{X}$ = 2.56 และ $\bar{X}$ = 2.50 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินบทบาท อสม. ในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน จำแนกรายบทบาท

บทบาทของ อสม.	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. ในทีมหมอครอบครัว	2.72	0.70	0	4
2. ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภาคประชาชน	2.56	0.76	0	4
3. ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพและหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	2.50	0.77	0	4
4. ในการทำงานร่วมกับชมรม อสม.	2.43	0.88	0	4

1.1 **บทบาทของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว** พบว่า บทบาทที่ อสม. ปฏิบัติในทีมหมอครอบครัวมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 15 เป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ และ ข้อ 11 สำรวจ/รวบรวมข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพ ($\bar{X}$ = 2.90 เท่ากัน) รองลงมา คือ ข้อ 12 จัดทำข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการอย่างเป็นระบบร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และข้อ 9 สื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วย/ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและท้องถิ่นในการให้บริการสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่ ($\bar{X}$ = 2.83 และ $\bar{X}$ = 2.82 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินบทบาทของ อสม. ในการปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว

บทบาทของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. ติดตามรับฟังปัญหาครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อมของประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	2.77	0.62	0	4
2. ให้สุขศึกษาหรือคำแนะนำประชาชนตามสภาพปัญหาที่พบ	2.75	0.60	0	4
3. มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาของชุมชน	2.63	0.70	0	4
4. มีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการ/แผนงานฯ ส่งเสริมและป้องกันโรคตามสภาพปัญหาสุขภาพของชุมชน	2.67	0.71	0	4
5. ทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3 อ. 2 ส. ตามกลุ่มวัย	2.80	0.70	0	4
6. คิดค้นกลวิธี/กิจกรรมรูปแบบใหม่ที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3 อ.2 ส. ได้	2.40	0.78	0	4
7. มีส่วนในความร่วมมือกับเครือข่ายบริการสาธารณสุข/ทีมหมอครอบครัวในการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยที่นอนที่บ้านและการส่งต่อผู้ป่วย	2.78	0.75	0	4
8. ดูแลผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือได้มากกว่าที่คาดหวังของทีมหมอครอบครัว	2.51	0.73	0	4
9. สื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วย/ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและท้องถิ่นในการให้บริการสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่	2.82	0.66	0	4
10. สื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วย/ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้การให้คำปรึกษา ค้นหาโรค/ส่งต่อ รวดเร็วขึ้น	2.79	0.67	0	4
11. สำรวจ/รวบรวมข้อมูล ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียงผู้พิการเพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพ	2.90	0.68	0	4
12. จัดทำข้อมูลผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการอย่างเป็นระบบร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.83	0.70	0	4
13. ติดตาม รวบรวมผลการดำเนินงานที่ได้รับมอบหมาย ทำให้ทราบผลของการดำเนินกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	2.72	0.70	0	4
14. สรุปผล และรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้อื่นรับทราบได้	2.67	0.70	0	4
15. เป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพ	2.90	0.74	0	4
16. เป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องให้กับประชาชนในพื้นที่	2.59	0.85	0	4

1.2 **บทบาท อสม. ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภาคประชาชน** พบว่า บทบาทที่ อสม. ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 2 เผยแพร่ประชาสัมพันธ์/จัดรณรงค์ให้ความรู้ในการเข้าถึงบริการและสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ = 2.79) รองลงมา คือ ข้อ 1 ติดตามและทำความเข้าใจนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบสุขภาพได้ครบถ้วน ทันท่วงที และข้อ 4 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหายาชุดยาปลอม การโฆษณาเกินจริง ($\bar{X}$ = 2.70 และ $\bar{X}$ = 2.48 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินบทบาท ของ อสม. ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภาคประชาชน

บทบาทของ อสม. ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภาคประชาชน	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. ติดตามและทำความเข้าใจนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบสุขภาพได้ครบถ้วนทันท่วงที	2.70	0.66	0	4
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์/จัดรณรงค์ให้ความรู้ในการเข้าถึงบริการและสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ	2.79	0.69	0	4
3. ให้บริการสาธารณสุขได้ในเรื่องการใช้ชุดตรวจอาหารหาสารปนเปื้อน/สารพิษ	2.42	0.86	0	4
4. เฝ้าระวังและป้องกันปัญหายาชุดยาปลอม การโฆษณาเกินจริง	2.48	0.77	0	4
5. ปฏิบัติงานตามที่มีหน่วยงานอื่นร้องขอ	2.41	0.83	0	4

1.3 บทบาท อสม. ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพและหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า บทบาทที่ อสม. ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 3 จัดกิจกรรมและร่วมรณรงค์ด้านสุขภาพดีวิถีไทย ($\bar{X}$ = 2.94) รองลงมา คือ ข้อ 1 เสริมสร้างความเข้มแข็งของการพัฒนาชุมชนโดยใช้แนวทางการพัฒนาตำบล/หมู่บ้านจัดการสุขภาพ และข้อ 6 บูรณาการแผนงาน/โครงการร่วมกับงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ($\bar{X}$ = 2.62 และ $\bar{X}$ = 2.50 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินบทบาท ของ อสม. ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพและหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

บทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพและหมู่บ้านจัดการสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. เสริมสร้างความเข้มแข็งของการพัฒนาชุมชนโดยใช้แนวทางการพัฒนาตำบล/หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	2.62	0.73	0	4
2. จัดกระบวนการจัดการความรู้เรื่องสุขภาพ/เทคโนโลยี/นวัตกรรมที่เกิดขึ้นในการพัฒนาตำบล/หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	2.43	0.77	0	4
3. จัดกิจกรรมและร่วมรณรงค์ด้านสุขภาพดีวิถีไทย	2.94	0.70	0	4
4. จัดทำสื่อ/คู่มือ/แนวทาง เพื่อใช้ในการพัฒนาตำบล/หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	2.29	0.86	0	4
5. เป็นนักจัดการสุขภาพภาคประชาชน ตามความเชี่ยวชาญในการส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย	2.43	0.75	0	4
6. บูรณาการแผนงาน/โครงการร่วมกับงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่	2.50	0.77	0	4
7. แก้ไขปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานพัฒนาตำบล/หมู่บ้านจัดการสุขภาพ	2.30	0.81	0	4

1.4 **บทบาทของ อสม. ในการทำงานร่วมกับชมรม อสม.** พบว่า บทบาทที่ อสม. ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1 ประสาน/แลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงานในพื้นที่เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน ($\bar{X}$ = 2.56) รองลงมา คือ ข้อ 4 สนับสนุนการทำงานร่วมกับชมรม อสม. และ ข้อ 2 มีส่วนร่วมในการพัฒนาบุคลากรเพื่อสร้างความเข้มแข็งของ อสม. หรือ ชมรม อสม. ($\bar{X}$ = 2.49 และ $\bar{X}$ = 2.45 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินบทบาทค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินบทบาทของ อสม. ในการทำงานร่วมกับชมรม อสม.

บทบาทของ อสม. ในการทำงานร่วมกับชมรม อสม.	$\bar{X}$	SD	Min	Max
1. ประสาน/แลกเปลี่ยนข้อมูลการทำงานในพื้นที่เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนางาน	2.56	0.76	0	4
2. มีส่วนร่วมในการพัฒนาบุคลากรเพื่อสร้างความเข้มแข็งของ อสม. หรือ ชมรม อสม.	2.45	0.89	0	4
3. มีส่วนร่วมในการบริหารชมรม อสม.	2.24	1.00	0	4
4. สนับสนุนการทำงานร่วมกับชมรม อสม.	2.49	0.87	0	0

2. ผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพภาคประชาชน

การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพภาคประชาชน จากการประเมินตนเอง (Self assessment) โดยให้ อสม. ประเมินผลการดำเนินงานในชุมชนที่ อสม. ปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ การลดปัญหาสุขภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงหรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีการกำหนดมาตรการทางสังคม และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องผลการศึกษามีดังนี้

2.1 **การลดปัญหาสุขภาพ** พบว่า อสม. ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 61.01 ระบุว่าปัญหาสุขภาพในพื้นที่ลดลง เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ

2.2 **การลดปัจจัยเสี่ยงหรือปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี** พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 85.63 ระบุว่า ปัจจัยเสี่ยงลดลง หรือมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จัดสถานที่ออกกำลังกาย สร้างรั้วกินได้ การทำแปลงผักปลอดสารพิษ เป็นต้น

2.3 **การกำหนดมาตรการทางสังคม** พบว่า อสม. ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 91.31 ระบุว่ามีการกำหนดมาตรการทางสังคม เช่น ข้อตกลงงดเหล้าในงานบุญ ไม่สูบบุหรี่ในสถานศึกษาและวัด สวมหมวกกันน็อค การคัดแยกขยะ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

2.4 **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง** พบว่า อสม. ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 81.28 ระบุว่า ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เช่น การลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม สวมหมวกกันน็อค ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่ใช้ยาเสพติด ฯลฯ รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่ประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนในชุมชนที่ตนเอง ปฏิบัติงาน จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน (N = 967)

ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพ		
ลดลง	590	61.01
เท่าเดิม/ไม่ดีขึ้น	372	38.47
ไม่ทราบ/ไม่ได้ทำ	5	0.52
การลดปัจจัยเสี่ยง/ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี		
ดีขึ้น	828	85.63
เหมือนเดิม/ไม่ดีขึ้น	135	13.96
ไม่ทราบ/ไม่ได้ทำ	4	0.41
การกำหนดมาตรการทางสังคม		
มี	883	91.31
ไม่มี	84	8.69
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง		
ดีขึ้น	786	81.28
เหมือนเดิม/ไม่ดีขึ้น	180	18.62
ไม่ทราบ/ไม่ได้ทำ	1	0.10

3. ทิศทางการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชนในอนาคต

ผลการศึกษาทิศทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน จากการสนทนากลุ่มเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนระดับอำเภอและตำบล และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขและสุขภาพภาคประชาชน มีดังนี้

3.1 การพัฒนาบทบาทและศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทิศทางการพัฒนา

(1) สร้างอุดมการณ์และจิตอาสาให้กับ อสม. รุ่นใหม่ โดยเฉพาะการทำงานเพื่อชุมชนอย่างอิสระและเป็นกลาง

(2) เปิดโอกาสให้กลุ่มจิตอาสาเข้ามาร่วมทำงานกับ อสม. และบุคลากรสาธารณสุข

(3) คัดเลือก อสม. ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีจิตอาสา มีความสมัครใจและความพร้อม เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพได้ ชาวบ้านยอมรับ

(4) สำรวจประเมินความต้องการอบรมของ อสม. และเพิ่มศักยภาพที่จำเป็น เช่น ความรู้เรื่องการทำกายภาพบำบัด การนวด การดูแลผู้ป่วยติดเตียง การเจาะเลือด การคัดกรองโรค ฯลฯ

(5) จัดตั้งสถาบันฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดย สถาบันฝึกอบรม อสม. ส่วนกลาง ควรมีการกำหนดทิศทางการพัฒนา อสม. ที่ชัดเจน และเผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ พัฒนาศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน (เดิม) ให้มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีการทำการศึกษาวิจัย ประเมินผลงานและประเมินศักยภาพของ อสม.

(6) ระบบการสร้างขวัญและกำลังใจ ควรยกย่อง อสม. ในรูปแบบต่างๆ การสื่อสารกับสังคมเพื่อเสริมสร้างคุณค่าในการทำงานของอาสาสมัคร

การนำผลงานมาเผยแพร่เพื่อสร้างความภาคภูมิใจในการทำหน้าที่อาสาสมัคร การจัดทำเครื่องแบบของ อสม. หรือสัญลักษณ์แสดงอัตลักษณ์ของ อสม. ที่สังคมชื่นชม

(7) แนวทางการบริหารจัดการเงินค่าป่วยการของ อสม. มีผลสรุปว่า ค่าป่วยการถือเป็นขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับ อสม. ทำให้ อสม. เกิดความสะดวกในการทำงานมากขึ้น เป็นการลดค่าใช้จ่ายที่เดิม อสม. ต้องรับภาระ หน่วยงานส่วนกลางควรพิจารณาแนวทางในการส่งเสริมเพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมที่ทุกฝ่ายยอมรับได้โดยจะต้องพิจารณาให้รอบคอบในด้านเงื่อนไขและความพร้อมของแต่ละพื้นที่

3.2 การเตรียมความพร้อมงานสุขภาพภาคประชาชนเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน มีผลสรุป คือ ปัจจุบันพื้นที่ชายแดนมีการคัดเลือกอาสมัครต่างด้าวหรือ อสต. เข้ามาช่วยทำงาน มีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังกำหนดแนวทางคัดกรองและควบคุมโรคติดตามแรงงานต่างด้าว จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาหลักสูตรอบรมเพื่อให้ความรู้ที่จำเป็นกับ อสต. เรื่องโรคระบาดและภัยพิบัติต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาระบบที่จะดูแลรักษากลุ่มบุคคลเหล่านี้ไว้ให้สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์งานสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบันและทิศทางการพัฒนาในอนาคต มีประเด็นในการอภิปรายผล ดังนี้

บทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน พบว่า บทบาทในทีมหมอครอบครัว อสม. ส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังนั้นจึงควรใช้โอกาสที่ อสม. ส่วนใหญ่ได้มีประสบการณ์ตรงในการทำงานดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุร่วมกับทีมหมอครอบครัวมาใช้ในการสร้างโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันในกลุ่ม ด้วยกระบวนการที่มีรูปแบบในการพัฒนาการเรียนรู้ไปสู่ทักษะการทำงานมากขึ้น เช่น การถอดบทเรียนหลังการทำงาน การจดบันทึกสิ่งที่ปฏิบัติงาน การเล่าประสบการณ์และวิเคราะห์ตนเอง เป็นต้น

บทบาทในการคุ้มครองผู้บริโภค บทบาทในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพและหมู่บ้านจัดการสุขภาพ พบว่า อสม. ก็สามารถปฏิบัติได้ดีในระดับหนึ่ง ส่วนบทบาทในการทำงานร่วมกับชมรม อสม. พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการปฏิบัติงานค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับบทบาทด้านอื่นๆ ดังนั้นจึงควรหาแนวทางการพัฒนาในอนาคตเพื่อเสริมสร้างให้มีบทบาทในการทำงานร่วมกันมากยิ่งขึ้น

ผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพภาคประชาชน พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีการกำหนดมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพมากที่สุด คือ ร้อยละ 91.31 ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ดีและควรส่งเสริมให้มีการขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ให้มากยิ่งขึ้น ส่วนผลสัมฤทธิ์ด้านการลดปัจจัยเสี่ยงหรือสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ก็ถือว่าอยู่ในระดับดี คือ ร้อยละ 85.36 และร้อยละ 81.28 ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของชุมชน ตามเป้าหมายการให้บริการที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนดไว้ สำหรับผลสัมฤทธิ์ในด้านการลดปัญหาสุขภาพ คิดเป็น ร้อยละ 61.01 ซึ่งถือว่ายังไม่สูงนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัญหาสุขภาพเกิดจากหลายสาเหตุ และมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง การที่จะลดปัญหาได้ดีจะต้องบูรณาการการดำเนินการที่เข้มแข็งในหลายๆ ด้านเพื่อแก้ไขปัญหา และอาจต้องใช้เวลานานจึงจะเห็นผล

เมื่อพิจารณาถึงข้อค้นพบเกี่ยวกับทิศทางการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชนในอนาคต จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทั้งในเรื่องการพัฒนาบทบาทและศักยภาพของ อสม. ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา

ปัจจุบันและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้กับ อสม. รวมถึงการเปิดโอกาสให้กลุ่มจิตอาสาอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานกับ อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องวางแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เนื่องจาก อสม. มีจำนวนมากครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ และเป็นพลังอันยิ่งใหญ่ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน หากมีระบบการพัฒนาที่ดีก็จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายคือประชาชนดูแลสุขภาพตนเองและชุมชนจัดการสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองได้

สำหรับการเตรียมความพร้อมงานสุขภาพภาคประชาชน เพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปัจจุบัน ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานไปแล้วพอสมควร แต่อย่างไรก็ตามงานสุขภาพภาคประชาชนก็ยังมีความสำคัญโดยเฉพาะควรต้องมีการพัฒนาครูฝึกและพัฒนาหลักสูตรการอบรมอาสมัครต่างด้าว (อสต.) เนื่องจากในอนาคตมีการเปิดกว้างมากขึ้น การเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมประจำปีและอบรมต่อเนื่องให้กับอสม. อย่างทั่วถึง และมีแผนงานและกิจกรรมรณรงค์เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญเป็นระยะเพื่อให้ชุมชนใช้เป็นแรงสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่

2. ควรมีนโยบายส่งเสริมการสื่อสารและสร้างเสริมการเรียนรู้ในการทำงานระหว่างกลุ่ม อสม. ด้วยเทคโลยีเครือข่ายสังคมออนไลน์มากขึ้น มีการพัฒนาแอพพลิเคชัน สนับสนุนสื่อความรู้ที่จำเป็นสำหรับการทำงานให้ อสม. โดยมีเนื้อหาความรู้สอดคล้องกับสภาพการทำงานในพื้นที่

3. ควรเข้มงวดต่อกระบวนการคัดเลือก อสม. เพื่อให้ได้ อสม. ที่มีคุณภาพ มีจิตอาสาและความเสียสละ และควรมีแนวทางในการส่งเสริมและสร้างอุดมการณ์จิตอาสาให้กับ อสม. รุ่นใหม่

4. พัฒนาความเข้มแข็งของชมรม อสม. โดยเสริมสร้างการพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารจัดการของกลุ่มแกนนำ ส่งเสริมให้ชมรมมีเป้าหมายในการทำงานและพึ่งพาตนเองได้สร้างระบบงานและกลไกสนับสนุนงานสุขภาพภาคประชาชนเพื่อพัฒนาชมรม อสม. ให้เป็นเครือข่ายเชิงความสัมพันธ์ในแนวระนาบ พัฒนารูปแบบองค์รกอาสาสมัคร ส่งเสริมการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self-help group) เพื่อรองรับปัญหาสาธารณสุขในอนาคต โดยเฉพาะการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

5. ควรมีการกำหนดทิศทางการพัฒนาและมาตรฐานศักยภาพของ อสม. เพื่อให้ อสม. ได้รับการเพิ่มพูนศักยภาพตามสมรรถนะที่จำเป็นมีคุณภาพเป็นมาตรฐานเดียวกันและสามารถทำงานภายใต้ระบบพื้นที่เฉพาะ เช่น พื้นที่ชายแดน พื้นที่พิเศษ พื้นที่ที่มีสภาพปัญหาสุขภาพแตกต่างกัน รวมถึงมีการพัฒนาอาสมัครในพื้นที่พิเศษหรือกลุ่มเฉพาะที่ยากต่อการเข้าถึง

6. พัฒนาวิธีการสร้างขวัญและกำลังใจให้ อสม. อย่างเป็นระบบเน้นการยกย่องเชิดชูเกียรติมากขึ้นทั้งระบบการให้รางวัลและให้การยอมรับด้วยการเสริมสร้างคุณค่าการทำงานผ่านสื่อสาธารณะเผยแพร่ผลงาน

7. พัฒนาระบบทางเลือกที่เปิดโอกาสให้กลุ่มจิตอาสาเข้ามาทำงานร่วมกับ อสม. และเข้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น เช่น กลุ่มผู้เกษียณอายุ หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. **แนวทางการพิทักษ์สิทธิ์ด้านบริการสุขภาพในความรับผิดชอบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.** ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา., 2557.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. **รายงานการศึกษาสถานการณ์งานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2557.** โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด., 2558.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. **แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ประจำปีงบประมาณ 2558.** กลุ่มพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพภาคประชาชน., 2557.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. **แนวทางการดำเนินงานโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชิงรุก ปี 2552.** โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย., 2552.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. **แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. "เส้นทางสู่ความสำเร็จการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ".** นนทบุรี : โรงพิมพ์ตำรวจ., 2551.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. **เครือข่ายสุขภาพกับการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชนเพื่อเมืองไทยแข็งแรง.** นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก., 2548.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ์. **ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข. บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนแปลงในสังคมไทย.** นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข., 2549.

นัตถะวุฒิ ภิรมย์ไทย. สุรัญญา อัมพรพันธุ์ และคณะ. **การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 9 จังหวัดภาคใต้.** ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้., 2549.

มงคล ปิยปัญญา. **การประเมินผลการพัฒนาความเข้มแข็งหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ภาคประชาชน พื้นที่รับผิดชอบ 9 จังหวัดชายแดนภาคใต้เขต 15 16 และ 17 ปี พ.ศ. 2548.** ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้., 2548.

สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. **สถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์., 2543.

สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ทีมหมอครอบครัว. **ประชาชน อุ่นใจ มีญาติทั่วไทยเป็นทีมหมอครอบครัว.** โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย., 2557.

โครงการวิจัย การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

Research and Development of Surveillance and Promotion Child Development System by Community Participation

สุจินดา สุขกำเนิด*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษาศักยภาพและบทบาท อสม. ในการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กร่วมกับผู้ดูแลเด็ก พัฒนาหลักสูตรและสื่อการเรียนการสอน อสม. และศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน ระหว่างเดือนมีนาคม 2558 - กันยายน 2559 พื้นที่วิจัย คัดเลือกแบบเจาะจง 4 ตำบล ใน 4 จังหวัด เขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อสม. ที่สมัครใจ จำนวน 160 คน และ ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 192 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ คู่มือ "**แนวทางการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดย อสม.**" สื่อ Animation อุปกรณ์ของเล่น และแบบสอบถามผู้ดูแลเด็ก ขั้นตอนการวิจัย อบรมเจ้าหน้าที่ รพ. สต. ตำบลละ 1 คน และแกนนำ อสม. ตำบลละ 2 คน พื้นที่ไปขยายการอบรม อสม. หมู่บ้านละ 2 - 3 คน ตำบลละ 25 - 60 คน (ขึ้นกับจำนวนหมู่บ้าน) จัดทำฐานข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมายในแต่ละเดือน เพื่อให้ อสม. ไปเยี่ยมบ้าน เพื่อทำการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กร่วมกับผู้ดูแลเด็ก พร้อมทั้งมีการจัดทำแผนงาน/โครงการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา อสม. สามารถคัดกรองพัฒนาการเด็กจำนวน 192 คน พบว่าพัฒนาการสมวัยโดยรวม 4 ด้าน จำนวน 136 คน (ร้อยละ 70.83) และเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 56 คน (ร้อยละ 29.17) อสม. ร่วมกับผู้ดูแลเด็กสามารถกระตุ้นเด็กที่สงสัยให้กลับมามีพัฒนาการสมวัย จำนวน 51 คน และส่งต่อเด็กที่พัฒนาล่าช้าที่ไม่สามารถกระตุ้นได้ จำนวน 5 คนไปโรงพยาบาล ซึ่งปัญหาเกิดจากเด็กคลอดผิดปกติ และเด็กมีโรคประจำตัว สำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า มีการจัดตั้งคณะกรรมการชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวและเกิดโรงเรียนส่งเสริมพัฒนาการเด็กชุมชนบ้านยางน้อย, ต.หนองกุงธนสาร ได้ของบจาก อบต. จัดพิมพ์โปสเตอร์ชุดพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี และของเล่น ให้กับครอบครัวที่มีเด็กอายุ 0-5 ปี รวมทั้งจัดทำโครงการพี่อ่านหนังสือให้น้อง เพื่อส่งเสริมรักการอ่านให้เกิดขึ้นตั้งแต่เด็กเล็กในชุมชน สำหรับอีก 2 ตำบล เน้นจัดระบบให้ อสม. และชุมชนมีการคัดกรองพัฒนาการเด็กในสุขศาลา และ ศสมช. ทุกเดือน และเยี่ยมบ้านเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าเพื่อร่วมกับผู้ดูแลเด็กในการกระตุ้นพัฒนาการให้สมวัยภายใน 1 เดือน ข้อเสนอแนะ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า อสม. ให้ข้อคิดเห็นต่อการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแลเด็ก ที่ส่วนใหญ่เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย (ร้อยละ 53.1 ของผู้ดูแลทั้งหมด) ที่นิยมซื้อของเล่นที่ไม่เหมาะสมมาให้เด็ก เช่น ปืน - มีดดาบพลาสติก ที่ไม่ได้ช่วยกระตุ้น

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

พัฒนาการเด็กเลย และพบว่าไม่มีการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านหนังสือ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถทางสติปัญญาและกระบวนการเรียนรู้ของเด็กอาจล่าช้าไม่สมวัย ดังนั้น อสม. จึงมีบทบาทสำคัญมากต่อการช่วยเหลือครอบครัวที่ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาให้กับเด็ก

คำสำคัญ : พัฒนาการเด็ก ระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ABSTRACT

The Research and Development aimed to study the potential and role of village health volunteers in screening and promoting child development with parents. Develop curriculum and media for village health volunteers (VHVs). Study the community participation model of surveillance and promotion child development system. During March 2015 - September 2016. Research area selected by purposive sampling 4 subdistricts in 4 provinces in the region 7. The sample divided into 2 groups. (1) VHVs 160 persons (2) Caregivers 192 persons. Tools used include the "Guidelines of early childhood screening and promoting for VHVs", Animation, toy and the questionnaire of caregivers. The methodology was included the training for each subdistrict : 1 tambon health officer and 2 VHVs. The area to expand the training of VHVs, 2-3 people per village, 25 - 60 people per subdistrict (depending on the number of villages). Make database of target children each month for VHVs to visit the house to screen and stimulate children. There are also plans for the development of children in the community. Analysis by percentage, mean and standard deviation. Results: After experiment. VHVs can screen children developmental 192 persons. 70.83% (136 persons) were normal child development in all aspects, 29.17% (56 persons) were delayed development. Together with the caregiver, children can stimulate suspicious children to develop well 51 persons. And send 5 non-stimulated delayed children to hospital. Caused by abnormal child birth and children with congenital diseases. For community participation. The Family Relation Club and the school for child development were established at Ban Yang Noi Community. Tambon Nong Kung Thanasan has published poster child development and toys for families with children 0-5 years old. Include the project to read the younger brother. To promote reading in the community. For the other two districts to focus on the surveillance and promotion child development at the community health center every month. And visit the delayed children's home to stimulate suspected child developmental delays together with caregivers. Suggestion : VHVs provide comments on the most caregivers are grandparents (53.1% of all caregivers) who prefer to buy toys that are not suitable for children. Like a baby gun, a knife, plastic sword. That does not stimulate the development of children. They found no stimulation of language development by reading. Make intellect ability and the learning process of children is delayed. Therefore, role of VHVs are very important for helping the elderly caregivers in language development of children.

Key words : Child Development. Surveillance and Promotion Child Development System by Community Participation

บทนำ

จากอดีต การดูแลเด็กปฐมวัยมักให้ความสำคัญกับการเจริญเติบโต โดยใช้วิธีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง แล้วปล่อยให้พัฒนาการเกิดขึ้นตามวัย ซึ่งผลการสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ด้วยแบบทดสอบ Denver II ในการตรวจพัฒนาการเด็ก ทุก 3 ปี ตั้งแต่ปี 2542-2553 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการรวมปกติทุกด้าน คิดเป็นร้อยละ 71.7 (ปี พ.ศ. 2542), 72.0 (ปี พ.ศ. 2546) , 67.7 (ปี พ.ศ. 2550) และ 72.0 (ปี พ.ศ. 2553) ตามลำดับ และในปี 2557 ศูนย์อนามัยที่ 3 กรมอนามัย ทำการสำรวจ พบว่า เด็กมีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติเพียง ร้อยละ 72.5 เป็นเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัย ร้อยละ 27.5 หรือประมาณ 1 ล้านคนทั่วประเทศ (ที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ คิดจากเด็ก 0 - 5 ปี ทั้งหมด 4,548,245 คน) โดยพัฒนาการที่สงสัยล่าช้าพบมากได้แก่ ด้านภาษา ซึ่งพัฒนาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางสติปัญญา และกระบวนการเรียนรู้ของเด็ก ถือว่าเป็นการสูญเสียโอกาสพัฒนาสมองในช่วงระยะที่สมองเจริญเติบโตหรือเรียกว่า **“หน้าต่างแห่งโอกาส”** กล่าวได้ว่าพัฒนาการเด็กล่าช้า ตั้งแต่ปี 2542 - 2557 มีแนวโน้มประมาณร้อยละ 30 ของประเทศตลอดมา อย่างไรก็ตาม ปีพ.ศ. 2557 กรมอนามัยได้ปรับเปลี่ยนคู่มือการเฝ้าระวังจากเครื่องมือ Denver II มาเป็น DSPM เนื่องจากเครื่องมือนี้นอกจากจะใช้ประเมินแล้ว ยังมีแนวทางการส่งเสริมหรือกระตุ้นพัฒนาการ เป็นการเพิ่มพลังให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู ในการอบรมเลี้ยงดูสร้างเสริมพัฒนาการเด็กช่วงปฐมวัยได้ดียิ่งขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสนับสนุนจังหวัดให้อบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก ให้มีทักษะการเฝ้าระวังติดตามส่งเสริมพัฒนาการเด็กและสามารถให้คำแนะนำและช่วยเหลือดูแลเด็กที่อยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมให้ชุมชนเข้าร่วมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สมวัย ตั้งเป้าหมายให้ได้มากกว่าร้อยละ 85 โดยเน้นให้ อสม. เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัย รวมถึงนัดหมายเด็กกลุ่มช่วงอายุ 9, 18, 30, และ 42 เดือน มารับการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM แต่จากการติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ พบว่า การตรวจประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กนั้น ส่วนใหญ่เป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ในการประเมินพัฒนาการเด็กที่มารับบริการในสถานบริการ ซึ่งขาดการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ผู้ปกครอง และพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่และผู้ปกครองเด็กได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่เชื่อมั่นว่า อสม. สามารถใช้คู่มือ DSPM ในการคัดกรองพัฒนาการเด็กไม่อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการกระตุ้นพัฒนาการเมื่อพบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนา อสม. เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามเป้าหมาย สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น จึงได้จัดทำโครงการวิจัยการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมบทบาทของ อสม. ที่มีอยู่ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน ให้มีบทบาทในการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กร่วมกับพ่อแม่ผู้ปกครอง พัฒนาหลักสูตรการอบรม อสม. ในการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น ให้เข้าร่วมสนับสนุนเพื่อพัฒนาให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาศักยภาพ และ บทบาทของ อสม. ในการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กร่วมกับผู้ดูแลเด็ก

2. พัฒนาหลักสูตรและสื่อการเรียนการสอน อสม. ให้สามารถคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

3. ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยประเภทวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

พื้นที่การวิจัย : การคัดเลือกพื้นที่วิจัย ใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive) จากตำบลจัดการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 7 จาก 4 จังหวัด คือ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ จังหวัดๆ ละ 1 ตำบล ได้แก่

1) ตำบลพรสวรรค์ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

2) ตำบลหนองกุงธนสารอำเภอภูเวียงจังหวัดขอนแก่น

3) ตำบลยางน้อย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

4) ตำบลหลุบ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรศึกษา : ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1) อสม. ที่สมัครใจ เข้ารับการอบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จำนวน 160 คน

2) ผู้ดูแลเด็ก กลุ่มเด็กปฐมวัย 0 - 5 ปี ที่ อสม. เข้าไปเยี่ยมและตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กระหว่างเดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2558 จำนวน 192 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถาม ผู้ดูแลเด็ก

2. คู่มือ "**แนวทางการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดย อสม.**" เป็นแบบบันทึกการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตามช่วงอายุ 9, 18, 30, และ 42 เดือน

3. อุปกรณ์สำหรับคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย เช่น หนังสือภาพและของเล่น สำหรับเด็ก

4. การทำสื่อการสอน Animation สำหรับสอน อสม.

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจัดเตรียมหลักสูตร

2. ประชุมเตรียมการดำเนินงานร่วมกับหัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพภาคประชาชนทั้ง 4 จังหวัด เพื่อคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ และร่างหลักสูตรและคู่มือ "**แนวทางการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดย อสม.**" เดือนมีนาคม 2558

3. ประสานผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาคู่มือ "**แนวทางการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดย อสม.**" โดยปรับประยุกต์จากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เล่มสีขาว ให้ง่ายและเหมาะสมสำหรับ อสม. นำไปใช้เป็นคู่มือติดตามประเมินและกระตุ้นพัฒนาการร่วมกับพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก และคู่มือนี้ได้รับการตรวจสอบและรับรองจากผู้เชี่ยวชาญ สถาบันพัฒนาเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เดือนเมษายน 2558

4. สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 7 ขอนแก่น จัดอบรมเจ้าหน้าที่ รพ.สต. พร้อม อสม. ตำบลละ 3 คน รวม 4 ตำบล โดยให้ศูนย์อนามัยแม่และเด็กที่ 7 มาเป็นวิทยากร ผู้เข้าอบรม ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพ. สต. 4 คน อสม. ที่เข้ารับการอบรม เป็นผู้หญิงทั้งหมด จำนวน 8 คน รูปแบบเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทำความเข้าใจแบบประเมินพัฒนาการและฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์และของเล่นที่ใช้และวิธีการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก อบรม 1 วัน เดือนพฤษภาคม 2558

5. เจ้าหน้าที่ รพ. สต. คัดเลือกจาก อสม. ที่มีความสมัครใจ เฉลี่ยหมู่บ้านละ 2 - 5 คน ตำบลละ 25 - 60 คน (ขึ้นกับจำนวนหมู่บ้าน) สถานที่ รพ. สต.

4 แห่ง รวม 160 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2558 เพื่อให้ อสม. สามารถใช้แบบประเมินค้นหาพัฒนาการล่าช้าในเด็กกลุ่มอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน วิธีการบันทึกและการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าช้า ภายใน 1 เดือนร่วมกับผู้ดูแลเด็ก เมื่อไม่สามารถกระตุ้นได้ อสม. เขียนรายงานชื่อส่งให้ รพ. สต. เพื่อส่งต่อไปที่ รพช.

6. เจ้าหน้าที่ รพ. สต. ตรวจสอบชื่อเด็กเป้าหมายของแต่ละเดือนให้กับ อสม. พร้อมแจกคู่มือและสื่ออุปกรณ์ การคัดกรองพัฒนาการเด็กให้กับ อสม.

7. เจ้าหน้าที่ รพ. สต. ร่วมกับ อสม. กำหนดรูปแบบการออกเยี่ยมบ้าน และการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ของแต่ละตำบล ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ โดย อสม. จัดทีมงาน 2 - 3 คนต่อทีม เพื่อเยี่ยมบ้านตามรายชื่อเป้าหมายแต่ละเดือน จำนวน 192 หลังคาเรือน ระหว่างเดือนสิงหาคม - ตุลาคม 2558

8. อสม. แจ้งผลการประเมินการคัดกรอง ให้ รพ. สต. และติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ร่วมกระตุ้นกับผู้ดูแลเด็ก ภายใน 1 เดือนให้มีพัฒนาการสมวัย ถ้ายังมีปัญหา แจ้งผู้ดูแลเด็ก และส่งต่อ รพ. สต.

9. รพ. สต. ร่วมกับ อสม. และท้องถิ่น ร่วมกันจัดทำแผนงาน/โครงการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน ระหว่างเดือน ธันวาคม 2558 - กรกฎาคม 2559

10. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ อสม. พร้อมสรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเดือนมกราคม 2559

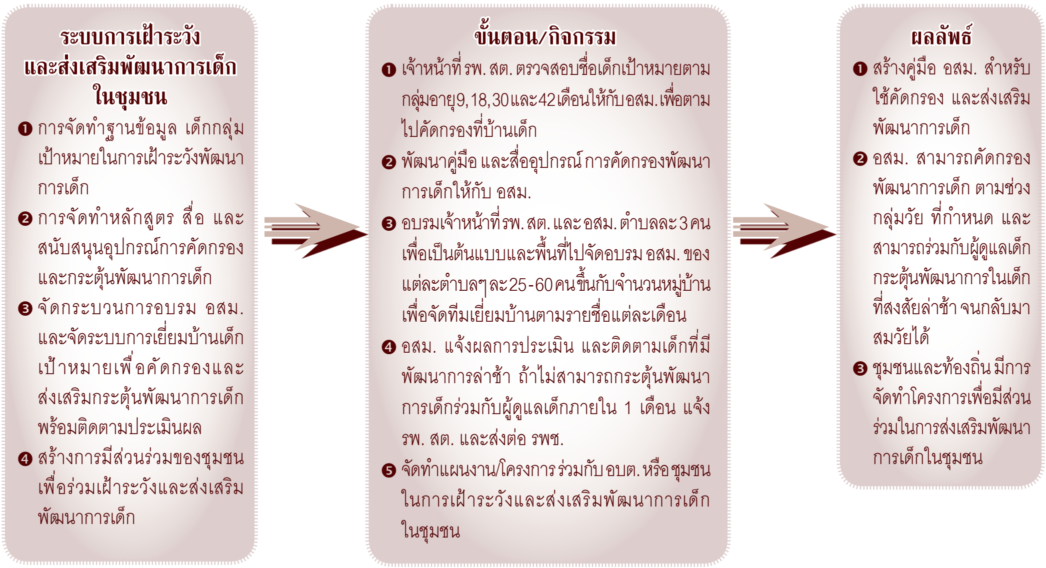
11. สรุปและปรับปรุงคู่มือ "**แนวทางการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดย อสม.**" พร้อมปรับปรุงสื่อ Animation เดือน มีนาคม 2559

12. สรุปและรายงานผลการวิจัย เดือน กันยายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (sd) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระยะเวลาการวิจัย มีนาคม 2558 - กันยายน 2559

กรอบแนวคิดการวิจัย



ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นที่วิจัย 4 ตำบล

1. ข้อมูลทั่วไปของ อสม. : คัดเลือกจาก อสม. ที่มีความสมัครใจ โดยเฉลี่ยหมู่บ้านละ 2 - 5 คน จาก 4 ตำบล รวม 160 คน (ต.พรสวรรค์ 50 คน ต.หนองกุงธนสาร 60 คน ต.ยางน้อย 25 คน ต.หลุบ 25 คน) เป็นเพศชาย 23 คน (14.38%) และ เพศหญิง 137 คน (85.62%) อายุเฉลี่ย คือ 48.23 (sd = 7.35) มีอายุต่ำสุด 32 ปี และสูงสุด 64 ปี ระดับการศึกษา จบประถม 73 คน (ร้อยละ 45.63) และจบมัธยม 87 คน (ร้อยละ 54.37) สถานภาพสมรส 152 คน (ร้อยละ 95.0) อาชีพ ส่วนใหญ่ คือ เกษตรกรรม 139 คน (ร้อยละ 86.88) รองลงมารับจ้าง 12 คน (ร้อยละ 7.5) และอื่นๆ 9 คน (ร้อยละ 5.62)

2. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ดูแลเด็ก ภาพรวม 4 ตำบล มีดังนี้ เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย มากที่สุด จำนวน 102 ครอบครัว (ร้อยละ 53.1) เป็น พ่อ แม่ จำนวน 87 ครอบครัว (ร้อยละ 45.3) อื่นๆ เช่น เป็นญาติทางพ่อหรือแม่ ได้แก่ ป้า น้า อา จำนวน 3 ครอบครัว (ร้อยละ 1.6)

สรุปผลการศึกษา 5 ประเด็น ดังนี้

1. ผลการจัดทำฐานข้อมูลเด็กปฐมวัยที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

กำหนดวิธีการจัดทำฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย ทีม รพ. สต. จะกำหนดรายชื่อเด็กที่มีอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ในแต่ละเดือน โดยคำนวณช่วงอายุเด็กตามวันเกิด และบวกอีก 29 วัน เช่น การตรวจคัดกรองช่วงเดือนสิงหาคม 2558 เด็ก 9 เดือนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย คือ เด็กที่เกิดระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2557 - ตุลาคม 2557 เป็นต้น สรุปจำนวนเด็กของแต่ละตำบล ที่ อสม. เข้าเยี่ยมและคัดกรองพัฒนาการเด็ก ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1

แสดงจำนวนเด็กตามช่วงกลุ่มอายุที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ระหว่าง เดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2558

กลุ่มอายุ/พื้นที่วิจัย	จำนวนเด็ก 9 เดือน		จำนวนเด็ก 18 เดือน		จำนวนเด็ก 30 เดือน		จำนวนเด็ก 42 เดือน	
	เด็กทั้งหมด	ได้รับการคัดกรอง	เด็กทั้งหมด	ได้รับการคัดกรอง	เด็กทั้งหมด	ได้รับการคัดกรอง	เด็กทั้งหมด	ได้รับการคัดกรอง
1) ต.พรสวรรค์	12	8	12	12	17	13	10	6
2) ต.หนองกุงธนสาร	16	16	19	19	8	8	17	17
3) ต.ยางน้อย	7	7	6	6	7	7	10	10
4) ต.หลุบ	20	17	19	15	11	7	31	24
รวม (ร้อยละของเด็กทั้งหมด)	55	48 (87.3)	56	52 (92.9)	43	35 (81.4)	68	57 (83.8)

จำนวนครอบครัวที่ อสม. เข้าไปเยี่ยมและคัดกรองพัฒนาการเด็ก มีทั้งหมด 192 ครอบครัว จากฐานข้อมูลของสถานบริการมีจำนวน 222 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 86.5 เนื่องจากระหว่างการดำเนินงาน มีเด็กจำนวน 30 คน (ร้อยละ 13.5) ไม่ได้อยู่ในครอบครัว ติดตามผู้ปกครองไปอยู่ที่อื่น พบว่าช่วงอายุเด็ก กลุ่มที่อยู่ในชุมชนมากที่สุด คือ เด็ก 18 เดือน (ร้อยละ 92.9) และ เด็ก 9 เดือน

(ร้อยละ 87.3) ช่วงอายุเด็กที่ไม่อยู่ในชุมชนมากที่สุด คือ เด็กช่วง 30 เดือน (ไม่อยู่ ร้อยละ 18.6) เดือนรองลงมา 42 เดือน (ไม่อยู่ ร้อยละ 16.2)

2. ผลการจัดทำหลักสูตร สื่อและเนื้อหาในการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็ก สำหรับ อสม.

ปัญหาการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่า อสม. ได้เสนอปัญหาการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัวที่ไปเยี่ยม และได้ร่วมกันสรุป จัดทำหลักสูตรเนื้อหาการเลี้ยงดูเด็กที่สำคัญ 7 ประการ ดังนี้

ข้อที่ 1 อาหาร : ธาตุเหล็กและไอโอดีน เน้นการกินไข่ และนม
ข้อที่ 2 การให้เด็กได้ฝึกทำกิจกรรมด้วยตนเอง
ข้อที่ 3 การเลือกของเล่น ต้องเลือกให้เหมาะสมกับอายุ
ข้อที่ 4 การตอบสนองของพ่อแม่ เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว
ข้อที่ 5 การเล่านิทาน สามารถกระตุ้นพัฒนาการด้าน ภาษา จินตนาการทำให้เด็กมีสมาธิที่ดี
ข้อที่ 6 การเลี้ยงลูกให้สูงดี สมส่วน และฟันดี
ข้อที่ 7 หากพบว่าลูกมีพัฒนาการล่าช้า เราสามารถกระตุ้ให้เด็ก กลับคืนเป็นปกติได้ด้วยตนเองภายใน 1 เดือน เป็นข้อที่สำคัญมาก

ทีมวิจัยปรับปรุงคู่มือ พร้อมจัดทำสื่อ Animation ลงใน Youtube เพื่อสอน อสม. ให้รู้วิธีการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย การคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยแบบประเมิน DSPM นอกจากนี้ผลการคัดกรองพัฒนาการ พบว่าข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุดในแต่ละช่วงกลุ่มอายุ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2

แสดงรายละเอียดด้านพัฒนาการเด็กที่ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ จำแนกตามช่วงอายุเด็ก

กลุ่มอายุ	จำนวนข้อใน DSPM	จำนวนข้อที่ส่วนใหญ่เด็กไม่ผ่านเกณฑ์	รายละเอียดของการวัดของข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์
9 เดือน	8	1	การใช้นิ้วหยิบอาหารกินเองได้ด้วยตนเอง
18 เดือน	10	3	รู้จักอวัยวะ 1 ส่วน , พูดได้อย่างน้อย 4 คำ และ ดื่มน้ำได้เอง
30 เดือน	9	2	นั่งนิ่งๆ ฟังนิทานได้นานเกิน 5 นาที และการรู้จักรอคอยเวลาเล่นกับเพื่อน
42 เดือน	11	3	การวาดรูปวงกลมตามแบบได้, การรู้จักขอบคุณ และการใส่เสื้อผ้าได้ด้วยตนเอง

3. รูปแบบการดำเนินงานการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดย อสม. ในชุมชน

จากการศึกษา พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน มี 2 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบที่ 1 ประเมินพัฒนาการเด็กที่ รพ. สต. ซึ่งรูปแบบนี้มีการดำเนินการในพื้นที่ 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลพรสวรรค์ จังหวัดร้อยเอ็ด และตำบลยางน้อย จังหวัดมหาสารคาม โดยให้ อสม. นัดผู้ดูแลเด็กกลุ่มเป้าหมายมาประเมินพัฒนาการเด็กที่ รพ. สต. โดยมีเจ้าหน้าที่ และแกนนำ อสม. เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร่วมดำเนินการ จากการสนทนากลุ่ม อสม. ให้ความเห็นว่า ในรูปแบบนี้

มีข้อดี คือ พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กจะนำเด็กมาที่ รพ. สต. ตามที่นัดหมาย พร้อมกัน ทำให้สะดวกในการดำเนินงาน โดยแยกห้องประเมินโดยเฉพาะ แต่มีข้อเสีย คือ เด็กๆ จะมาพร้อมกันเป็นจำนวนมาก ทำให้ต้องเสียเวลารอคิวในการประเมิน และที่สำคัญเด็กจะไม่คุ้นเคยกับสถานที่และเจ้าหน้าที่/อสม. เพราะเมื่อเห็นเจ้าหน้าที่ก็จะหวาดกลัวว่าจะได้ฉีดวัคซีน ซึ่งอาจจะมีผลต่อการประเมิน และจากการสัมภาษณ์เจาะลึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า **"ต้องเสียเวลาในการรอคิวนาน"** และ **"เด็กงอแงและไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่/อสม. ทำให้หวาดกลัว ไม่กล้าแสดงออก"**

รูปแบบที่ 2 ประเมินพัฒนาการเด็กตามหลังคาเรือนในหมู่บ้าน มีการดำเนินการในพื้นที่ 2 ตำบล ตำบลหนองกุงธนสาร จังหวัดขอนแก่น และตำบลหลุบ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งรูปแบบนี้ เจ้าหน้าที่และแกนนำ อสม. เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จะนำอุปกรณ์/ของเล่นลงประเมินพัฒนาเด็กตามหลังคาเรือนกลุ่มเป้าหมาย โดยมี อสม. ที่รับผิดชอบประจำคุ้มเป็นผู้ร่วมดำเนินการ จากการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่และ อสม. ให้ความเห็นว่า ในรูปแบบนี้มีข้อดี คือ

"เด็กๆ จะมีความคุ้นเคยเป็นกันเองกับ อสม. ประจำคุ้ม ง่ายต่อการประเมินพัฒนาการ"

"และที่สำคัญทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อสม. ประจำคุ้ม และพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก ในวิธีการ/ขั้นตอนการประเมินพัฒนาการด้านต่างๆ ตามกลุ่มวัย และมีการแจ้งผลการประเมินให้รับรู้พร้อมกัน โดยเฉพาะกรณีเด็กที่สงสัยว่าจะมีพัฒนาการล่าช้าก็จะมอบหมายภารกิจในการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเด็กร่วมกับพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กในช่วงระยะเวลา 1 เดือน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อรับการประเมินซ้ำอีกครั้งหนึ่ง"

ในส่วนความคิดเห็นของพ่อแม่/ผู้ปกครอง พบว่า พ่อแม่/ผู้ปกครองเด็กทั้งหมดเห็นด้วยกับรูปแบบนี้

"สะดวกมากที่เจ้าหน้าที่และ อสม. มาให้บริการถึงที่ ทำให้มีเวลาซักถามพูดคุยทำความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก และได้เรียนรู้ร่วมกันกับญาติพี่น้องไปพร้อมๆ กัน และที่สำคัญ เด็กจะมีความคุ้นเคยกับ อสม. ประจำคุ้ม ทำให้เด็กไม่หวาดกลัว การประเมินพัฒนาการทำได้ง่าย และเมื่อทราบผลในกรณีที่สงสัยว่าจะมีพัฒนาการล่าช้า ก็จะได้การกระตุ้นร่วมกันกับ อสม. ประจำคุ้ม ภายในระยะเวลา 1 เดือน"

รูปแบบการติดตามกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน ระยะเวลา 1 เดือน

ในกรณีที่พบว่า เด็กสงสัยว่าจะมีพัฒนาการล่าช้านั้น ทั้งสองรูปแบบจะมีการดำเนินการเหมือนกัน คือ เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้พ่อแม่ผู้ปกครองได้รับทราบและแจ้งรายชื่อพร้อมมอบหมายให้ อสม. เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และ อสม. ประจำคุ้ม ไปติดตามทำความเข้าใจและกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการร่วมกับผู้ดูแลเด็กอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน โดยเน้นให้พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก ฝึกเด็กทุกวันตามเกณฑ์แต่ละช่วงวัยเพื่อให้มีเด็กพัฒนาการที่ดีขึ้น เมื่อครบระยะหนึ่งเดือนก็จะนัดหมายผู้ปกครองเพื่อประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้ง ซึ่งถ้าหากพบว่า เด็กยังมีพัฒนาการไม่ผ่านเกณฑ์ ทางเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ก็จะแนะนำพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอำเภอ ต่อไป

4. ผลลัพธ์การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดย อสม.

ผลการดำเนินงานการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในภาพรวม จำนวน 192 คน อสม. สามารถค้นหาพัฒนาการเด็ก พบว่าผ่านเกณฑ์ 136 คน คิดเป็น ร้อยละ 70.83 และพบเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 56 คน คิดเป็น ร้อยละ 29.17 อสม. ร่วมกับผู้ดูแลเด็ก สามารถกระตุ้นเด็กที่สงสัยให้กลับมีพัฒนาการสมวัย จำนวน 51 คน (ร้อยละ 91.07 จากเด็ก 56 คน) และส่งต่อเด็กที่พัฒนาล่าช้าที่ไม่สามารถกระตุ้นได้ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 8.03 จากเด็ก 56 คน) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3

แสดงจำนวนครอบครัว จำแนกตามช่วงกลุ่มอายุเด็ก ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม 2558

พื้นที่วิจัย	จำนวนครอบครัวที่มีเด็กเป้าหมาย	จำนวนครอบครัวที่ได้รับการคัดกรอง	จำนวนครอบครัว จำแนกตามช่วงกลุ่มอายุของเด็ก							
			เด็ก 9 เดือน		เด็ก 18 เดือน		เด็ก 30 เดือน		เด็ก 42 เดือน	
			ทั้งหมด	คัดกรอง	ทั้งหมด	คัดกรอง	ทั้งหมด	คัดกรอง	ทั้งหมด	คัดกรอง
1. ต.พรสวรรค์	51	39	12	8	12	12	17	13	10	6
2. ต.หนองกุงธนสาร	60	60	16	16	19	19	8	8	17	17
3. ต.ยางน้อย	30	30	7	7	6	6	7	7	10	10
4. ต.หลุบ	81	63	20	17	19	15	11	7	31	24
รวม	222	192 (86.5%)	55	48 (87.3%)	56	52 (92.9%)	43	35 (81.4%)	68	57 (83.8%)

ปัญหาการพัฒนาการเด็กจำแนกตามกลุ่มอายุของเด็ก มีรายละเอียด ดังนี้

1) **กลุ่มอายุ 9 เดือน** จำนวนเด็ก 48 คน อสม. สามารถค้นหาพัฒนาการเด็ก ผ่านเกณฑ์ 34 คน (ร้อยละ 70.84) และสามารถกระตุ้นเด็กที่สงสัยให้กลับมีพัฒนาการสมวัย จำนวน 12 คน (ร้อยละ 25) และส่งต่อในเด็กที่ไม่สามารถกระตุ้นโดยผู้ปกครองเด็ก ให้ รพ. สต./รพช. จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.2)

2) **กลุ่มอายุ 1 ปีครึ่ง (18 เดือน)** จำนวนเด็ก 52 คน อสม. สามารถค้นหา ผ่านเกณฑ์ 37 คน (ร้อยละ 71.16) และสามารถกระตุ้นเด็กที่สงสัยให้กลับมีพัฒนาการสมวัย 14 คน (ร้อยละ 26.92) และส่งต่อเด็กที่พัฒนาล่าช้าที่ไม่สามารถกระตุ้น 1 คน (ร้อยละ 1.92) เนื่องจากมีเด็กมีโรคประจำตัว

3) **กลุ่มอายุ 2 ปีครึ่ง (30 เดือน)** จำนวนเด็ก 35 คน อสม. สามารถค้นหา ผ่านเกณฑ์ 30 คน (ร้อยละ 85.72) และสามารถกระตุ้นเด็กที่สงสัยให้กลับมีพัฒนาการสมวัยได้ทั้งหมด จำนวน 5 คน (ร้อยละ 14.28) เนื่องจากมีเด็กคลอดก่อนกำหนด และเด็กมีโรคประจำตัว

4) **กลุ่มอายุ 3 ปีครึ่ง (42 เดือน)** จำนวนเด็ก 57 คน อสม. สามารถค้นหา ผ่านเกณฑ์ 35 คน (ร้อยละ 61.4) และสามารถกระตุ้นเด็กที่สงสัยให้กลับมีพัฒนาการสมวัย 20 คน (ร้อยละ 35.09) และส่งต่อเด็กที่พัฒนาล่าช้าที่ไม่สามารถกระตุ้นโดยผู้ปกครองเด็ก 2 คน (ร้อยละ 3.51) เนื่องจากมีเด็กมีโรคประจำตัว

ภาพรวม เด็กช่วงอายุ 3 ปีครึ่ง มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ามากกว่ากลุ่มอายุอื่น ร้อยละ 38.6

(22 คน จากเด็ก 57 คน) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 9 เดือน ร้อยละ 29.16 (14 คน จากเด็ก 48 คน) ลำดับถัดไป กลุ่มอายุ 18 เดือน ร้อยละ 28.84 (15 คน จากเด็ก 52 คน) น้อยสุดคือกลุ่มอายุ 30 เดือน ร้อยละ 14.28 (5 คน จากเด็ก 35 คน)

5. ผลการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ผลการดำเนินงาน พบว่า อสม. สามารถค้นหาเด็กที่พัฒนาการล่าช้า ในภาพรวม ได้ร้อยละ 29.16 ทีม รพ.สต. อสม. และท้องถิ่น จึงได้มีการประชุมและจัดทำแผนงานโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ทั้ง 4 ตำบล ดังนี้

1) ตำบลยางน้อย จ.มหาสารคาม ได้จัดตั้งคณะกรรมการชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว และได้เกิดโรงเรียนส่งเสริมพัฒนาการเด็กชุมชนบ้านยางน้อย

2) ตำบลหนองกุงธนสาร จ.ขอนแก่น ได้จัดทำแผนงานโครงการของบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อจัดทำโปสเตอร์ชุดพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี และของเล่น สำหรับครอบครัวที่มีเด็กอายุ 0 - 5 ปี เพื่อใช้สำหรับเฝ้าระวังพัฒนาการด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีโครงการพี่อ่านหนังสือให้น้อง เพื่อส่งเสริมรักการอ่านให้เกิดขึ้นตั้งแต่เด็กเล็ก

3) ตำบลหลุบ จ.กาฬสินธุ์ กำหนดบทบาทให้ อสม. มีแผนเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร่วมกับผู้ปกครองทุกเดือน ในสุขศาลาทุกหมู่บ้าน และเยี่ยมบ้านเพื่อร่วมกับผู้ดูแลเด็กในการกระตุ้นเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า จำนวน 16 หมู่บ้าน

4) ตำบลพรสวรรค์ จ.ร้อยเอ็ด จัดทำระบบทะเบียนรายชื่อเด็กที่เป็นเป้าหมาย และ อสม. กำหนดทีมงาน ร่วมกับผู้ปกครอง ดำเนินการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ทุกเดือน และเยี่ยมบ้านเพื่อร่วมกับผู้ดูแลเด็กในการกระตุ้นเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า จำนวน 9 หมู่บ้าน

อภิปรายผลและสรุป

การวิจัยครั้งนี้พบว่า อสม. ต้องได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือและแบบประเมิน DSPM เป็นระยะเวลา 1 วัน หลังจากนั้นต้องลงมือทำร่วมกับเจ้าหน้าที่จนเกิดทักษะ ความชำนาญ จนเกิดความมั่นใจ สร้างความน่าเชื่อถือให้กับพ่อแม่/ผู้ปกครองเด็กได้อย่างมั่นใจโดยมีแนวทางการพัฒนา อสม. เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาการเด็ก 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ฝึกอบรมทักษะการใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็ก โดยปรับจากคู่มือ DSPM (training)

ระดับ 2 ฝึกใช้แบบประเมินพัฒนาการเด็ก ในเด็กกลุ่มเป้าหมาย ช่วงวัยละ 5 คน รวม 20 คน ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่ รพ. สต. (close supervision)

ระดับ 3 นำแบบประเมินพัฒนาการเด็กไปใช้ด้วยตนเองได้ ในการติดตามกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเด็กร่วมกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง (practice)

ระดับ 4 สามารถร่วมเป็นวิทยากรได้ (co-trainer)

สำหรับรูปแบบการคัดกรองและกระตุ้นพัฒนาการ พบว่า รูปแบบการดำเนินงานในการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน ที่ อสม. เชี่ยวชาญฯ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 ประเมินพัฒนาการเด็กที่ รพ. สต. โดยนัดเด็กมารับการประเมินในวันคลินิกเด็กดี และรูปแบบที่ 2 ประเมินพัฒนาการเด็กตามหลังคาเรือนในหมู่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่และ อสม. เชี่ยวชาญฯ จะนำอุปกรณ์/ของเล่นลงประเมินพัฒนาเด็กตามหลังคาเรือนกลุ่มเป้าหมาย โดยมี อสม. ที่รับผิดชอบประจำคุ้มร่วมดำเนินการ จากการศึกษาพบว่า พ่อแม่/ผู้ปกครอง อสม. เชี่ยวชาญฯ และ

อสม. ประจำคุ้ม ส่วนใหญ่เกือบทั้งหมด มีความพึงพอใจในรูปแบบที่ 2 มากกว่า เพราะสะดวกกว่าไม่เสียเวลาเดินทางไปที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่ และ อสม. มาให้บริการถึงที่ ทำให้มีเวลาซักถามพูดคุยทำความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก เด็กจะมีความคุ้นเคยเป็นกันเองกับ อสม. ประจำคุ้ม ง่ายต่อการประเมินพัฒนาการ และที่สำคัญทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ แกนนำ อสม. เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก/อสม. ประจำคุ้ม และพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก ในวิธีการ/ขั้นตอนการประเมินพัฒนาการด้านต่างๆ ตามกลุ่มวัย และมีการแจ้งผลการประเมินให้รับรู้พร้อมกัน โดยเฉพาะกรณีเด็กที่สงสัยว่าล่าช้าก็จะมอบหมายภารกิจในการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเด็กร่วมกับพ่อแม่/ผู้ปกครองในช่วงระยะเวลา 1 เดือน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อรับการประเมินซ้ำอีกครั้งหนึ่ง

บทเรียนที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ คือ อสม. รู้สึกต่องานที่ดำเนินการว่า เป็นเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนมาก เพราะว่าถ้าเด็กที่เติบโตในชุมชนได้รับการพัฒนาจะเป็นเด็กที่มีคุณภาพ และเป็นอนาคตหลักในการสร้างคนรุ่นใหม่ให้พัฒนาชุมชนต่อไป อย่างไรก็ตาม มีข้อควรระวัง เนื่องจากบางครั้งพ่อแม่เด็กอาจรู้สึกไม่ดีต่อ อสม. ถ้า อสม. แจ้งผลว่าเด็กพัฒนาการล่าช้า ผู้ปกครองอาจเกิดความไม่พอใจ และไม่เชื่อถือ ดังนั้นการดำเนินงานนี้ จำเป็นต้องฝึกทักษะและเสริมอุปกรณ์ให้ อสม. ค่อนข้างมาก หลายๆ ครั้ง อสม. ที่ไปเยี่ยมบ้านเด็ก มีการมอบลูกบอลให้เด็ก เพื่อเป็นแรงจูงใจให้กับครอบครัวที่เข้าไปเยี่ยม และเป็นการเสริมแรงให้ อสม. มีความภาคภูมิใจในตัวเอง เห็นคุณค่าของตนเองได้รับเกียรติจากชุมชนมากยิ่งขึ้น ในส่วน พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก พบว่า มีความรู้ ความเข้าใจ ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กมากยิ่งขึ้น สามารถประเมินเฝ้าระวังภาวการณ์พัฒนาการสมวัยของบุตรหลานได้ และไม่รู้สึกโดดเดี่ยว เพราะมี อสม. เป็นเพื่อนในการเลี้ยงดูบุตรหลาน เพราะ อสม. คือ พ่อ แม่คนที่สองของเด็กในละแวกคุ้มของตนเอง สำหรับบุคลากรสาธารณสุข พบว่า เจ้าหน้าที่มีทัศนคติที่ดีต่อการให้ อสม. มาช่วยในการปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย หมอครอบครัว ของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ในโครงการ "**โรงเรียนพ่อแม่**" ที่ดำเนินการในคลินิกฝากครรภ์ เจ้าหน้าที่ต้องเน้นย้ำให้ผู้ปกครองเข้าใจและใช้คู่มือ "**สมุดสีชมพู**" ให้ครอบคลุม ชัดเจน เนื่องจากจากการสอบถามการใช้คู่มือสมุดสีชมพู พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ได้อ่านสมุดสีชมพูเลย หากเจ้าหน้าที่ให้เวลาอธิบายความสำคัญของคู่มือนี้ ให้ผู้ปกครองเด็กเห็นความสำคัญวิธีการเลี้ยงดูเด็กให้มีพัฒนาการที่สมบูรณ์จะส่งเสริมให้เด็กมี

2. ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย หลายครอบครัว พ่อแม่ต้องไปทำงานต่างจังหวัดนาน ๆ ถึงจะได้กลับมาบ้าน โดยผู้ดูแลเด็กที่สูงอายุมักจะไม่มีความรู้ และทักษะในการเลี้ยงดูเด็ก อีกทั้งพบว่าพ่อแม่บางรายมักนิยมซื้อของเล่นที่ไม่เหมาะสมมาให้เด็ก เช่น ปืนเด็กเล่น มีดดาบพลาสติก จักรยานยนต์เด็ก เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ได้ช่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็กเลยแม้แต่น้อย และพบว่าจะไม่มีการกระตุ้นพัฒนาการภาษาโดยการอ่านหนังสือ ซึ่งเป็นปัญหาค่อนข้างมากในเด็กช่วงอายุ 2 ปี 6 เดือน ดังนั้น อสม. จะเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งต่อการเข้าไปช่วยเหลือในด้านนี้ อสม. หลายคน ที่ไปช่วยอ่านหนังสือเล่านิทานให้เด็กฟัง

พบว่า เด็กจะมีสมาธินิ่งขึ้น ซึ่งพัฒนาการนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง และจำเป็นต้องฝึกในช่วงวัยนี้

3. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่มีกระจายอยู่ในทุกพื้นที่ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำกับดูแลอยู่ในปัจจุบันนี้ เป็นแหล่งเรียนรู้ที่สำคัญของเด็ก ผู้บริหารท้องถิ่น ผู้อำนวยการกองการศึกษา ตลอดจนครูผู้ทำหน้าที่ดูแลเด็ก จึงน่าจะเป็นเป้าหมายสำคัญอีกกลุ่มหนึ่ง ที่จะต้องได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการพัฒนาการเด็กช่วงอายุ 3 ปีขึ้นไป ◣

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการดำเนินงาน **โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558** ; 2558.

สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการดำเนินงาน **โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558** ; 2559.

กองสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. **หลักสูตรการฝึกอบรม มาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย ปีพุทธศักราช 2557** กรุงเทพมหานคร : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2557.

สกาวรัตน์ เทพรักษ์ และคณะ. **การศึกษาปัจจัยด้านการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5.** ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี กรมอนามัย ; 2557.

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. **คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย.** เชียงใหม่ : มปท ; มปป. **สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น.** รายงานการนำเสนอเยี่ยมเสริมพลังโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ ปี 2560. ในเวปไซต์ http://www.healtharea.net/wp-content/uploads/2017/05/พัฒนาการเด็ก-เขต-7.pdf.

งานอนามัยแม่และเด็ก . สำนักส่งเสริมสุขภาพ . กรมอนามัย. **รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประจำปี 2550** (เอกสารเพื่อทราบ) 2550.

การวิเคราะห์ภาพดิจิตอลทางรังสีที่ไม่สามารถนำไปวินิจฉัยโรคได้ (reject image) โรงพยาบาลนครปฐม

Analysis Reject Digital Radiography in Nakhonpathom Hospital

สมหมาย กันทะเมืองลี้*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อวิเคราะห์สาเหตุ อัตรา ภาพคอมพิวเตอร์ทางรังสีที่ถูกคัดภาพออก (reject image) และเพื่อหาแนวทางการลดอัตราภาพคอมพิวเตอร์ทางรังสีที่ถูกคัดภาพออก ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยศึกษาการวิจัยเชิงประยุกต์ (Applied Research) ภาพจากระบบคอมพิวเตอร์ (CR) 103,936 ภาพ มีจำนวนภาพที่ไม่สามารถนำไปวินิจฉัยโรคได้ (reject image) 2,603 ภาพ อัตราการคัดภาพออกร้อยละ 2.50 (มาตรฐานไม่เกินร้อยละ 5 ตามเกณฑ์มาตรฐาน American College of Radiology (ACR) ตั้งแต่มกราคม 2557 - ธันวาคม 2557 ระยะเวลา12 เดือน โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเครื่องคอมพิวเตอร์ (CR) จากห้องถ่ายภาพรังสีทั่วไป 3 จุดคือห้องเอกซเรย์ผู้ป่วยนอก (OPD) ห้องเอกซเรย์อุบัติเหตุ (ER) และห้องเอกซเรย์กลุ่มงานรังสีวิทยา (X1)

ผลการศึกษา : อัตราคัดภาพออกน้อยที่สุดมาจากห้องเอกซเรย์กลุ่มงานรังสีวิทยา (X1) ร้อยละ 0.28 ห้องเอกซเรย์อุบัติเหตุ (ER) ร้อยละ 1.02 จากห้องเอกซเรย์ผู้ป่วยนอก (OPD) ร้อยละ 1.19 สาเหตุแรกการจัดท่าผู้ป่วย (position) ร้อยละ 2.02 รองลงมาผู้ป่วยไหวตัวขณะถ่ายภาพเอกซเรย์ (motion) ร้อยละ 0.26 และการให้ปริมาณรังสีน้อยเกินไป (under exposure) ร้อยละ0.10 ตามลำดับหลังจากการพัฒนาคุณภาพภาพถ่ายรังสีทำให้มีคุณภาพดีขึ้น ทำให้ภาพเสียของโรงพยาบาลนครปฐมลดลงน้อยกว่าร้อยละ 3

สรุป : สาเหตุที่ถูกคัดภาพออกจำแนกตามตำแหน่งห้องถ่ายจากห้องเอกซเรย์ผู้ป่วยนอก (OPD) มีจำนวนที่ถูกคัดภาพออกมากสุดเพราะจุดนี้มีผู้ป่วยมาถ่ายภาพรังสีเป็นจำนวนมากกว่าจุดอื่น สาเหตุคัดภาพออกมาจาก ผู้ป่วยหูไม่ได้ยินหายใจเข้าไม่เต็มที่ มีสร้อย พระ ตะกรุด ผู้ป่วยต่างด้าว เป็นต้นห้องเอกซเรย์อุบัติเหตุ (ER) ผู้ป่วยต้องใช้รถเข็น รถนั่ง รถนอน บางครั้งผู้ป่วยดิ้นไม่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ส่วนห้องเอกซเรย์กลุ่มงานรังสีวิทยา (X1) จำนวนที่ถูกคัดภาพออกสาเหตุมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในที่นอนโรงพยาบาล ให้ออกซิเจน เดินไม่ได้ ลุกไม่ได้ บางครั้งไม่ให้ความร่วมมือ เป็นต้น

คำสำคัญ : ภาพรังสีที่ถูกคัดออกภาพดิจิตอล การวิเคราะห์

* วท. บ., กลุ่มงานรังสีวิทยาโรงพยาบาลนครปฐม

ABSTRACT

Objective : To analyze the causes of computerized radiographic images andfind ways to reduce the rate of computerized radiography to be more effective.

Methods : Research in Applied Research 103,936 images of the computer system (CR) of the image cannot be diagnosed (reject image) 2,603 images, the screening rate is 2.50% (standard does not exceed 5% by the American College of Radiology (ACR). From January 2014 to December 2014, a 12 - month period was collected from a computerized (CR) database of three general radiography rooms, namely, the outpatient ward (OPD), the ER room, and the radiology room. (X1)

Results : The smallest screening rate was from the radiology department (X1) 0.28% ER, 1.02% from the outpatient room (OPD) 1.19%The first symptom was 2.02%, followed by 0.26% of patients with photophobia and 0.10% of radiation dose, respectively. After the improvement of radiographic quality, the quality has improved. Radical radiology loss was less than 3%.

Conclusion : Causes are sorted out by location. From the x-ray roomOutpatients (OPD) had the highest number of screenings because they had patients.Radiography is number one more than another.Ear patients do not hearand breathe in full with a necklace, work abroad etc. Emergency Room and The patient must use a wheelchair, a car, a sleeper seat.Sometimes the flex does not cooperate to help themselves. X-ray room radiology group (X1) was screened out. Causes of most patients are patients in the hospital, oxygen cannot walk, cannot get up, sometimes not cooperate etc.

Keyword : rejects image, digital radiography (CR), analysis

บทนำ

การถ่ายภาพรังสีทั่วไป (conventional radiograph) นับเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยแพทย์วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง แม่นยำและรวดเร็ว โรคบางอย่างสามารถวินิจฉัยจากภาพถ่ายรังสีได้โดยตรง ไม่ต้องทำการตรวจพิเศษทางรังสี (specialradiography) หรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นเพิ่มเติมอีก เช่นปอดบวม (pneumonia) นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ (renal calculi) เป็นต้น

การถ่ายภาพรังสีมีความสำคัญในการวินิจฉัยโรคได้มาก เช่นการเอกซเรย์ปอด โดยดูพยาธิสภาพของปอด ตัวอย่างโรคที่ตรวจพบได้จากการเอกซเรย์ เช่น วัณโรค ถุงลมโป่งพอง เนื้องอกในปอด เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีบทบาทสำคัญคือ การประเมินความรุนแรงของโรค (Assess severity) การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา (Determine treatment) การประเมินผลการรักษาและติดตามผลการรักษา (Assess response and follow up) นอกจากนี้ภาพถ่ายรังสีสามารถนำไปประกอบการวิเคราะห์หาสาเหตุของปอดบวมได้ และในสถานการณ์ปัจจุบัน มีโรคอุบัติใหม่ของระบบทางเดินหายใจเกิดขึ้นอยู่เป็นประจำ เช่น โรคซาร์ ไข้หวัดนก และไข้หวัด 2009 เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถใช้การถ่ายภาพรังสีทรวงอกช่วยในการวินิจฉัยได้[1]

ปัจจุบัน การนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ทันสมัยและสามารถประมวลผลสร้างภาพโดยเฉพาะการสร้างภาพด้วยเครื่องเอกซเรย์ทั่วไป มาใช้ในกลุ่มงานคือเครื่องอ่านและแปลงสัญญาณภาพเอกซเรย์ระบบคอมพิวเตอร์แบบ CR (Computed Radiography) ซึ่งเครื่องเอกซเรย์ชนิดนี้มีลักษณะเดียวกับเครื่องเอกซเรย์ทั่วไปเพียงแต่ส่วนที่เป็นตลับฟิล์ม (Cassette) จะบรรจุ

แผ่นรับภาพที่เรียกว่า Imaging plate แทนแผ่นฟิล์ม และเมื่อให้รังสีกับผู้ป่วยแล้ว นำแผ่น Imaging plate ไปเข้าเครื่องอ่านคือ Imaging reader เพื่ออ่านข้อมูลบนแผ่น เมื่ออ่านสัญญาณ ภาพในแผ่นImaging plate แล้วจะส่งภาพเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ คือ ระบบจัดเก็บและสื่อสารข้อมูลการแพทย์ (PACS : Picture Archiving and Communication System) แพทย์สามารถดูภาพทางจอคอมพิวเตอร์ต่อไป หรือจะเลือกพิมพ์ภาพฟิล์มออกมาแบบเดิมก็ได้[2]

โรงพยาบาลนครปฐม ได้เปลี่ยนจากการใช้ระบบฟิล์มมาเป็นระบบ PACS เมื่อเดือน ตุลาคม 2555[3]จากการวิเคราะห์จำนวน อัตรา และสาเหตุที่ส่งผลต่อภาพคอมพิวเตอร์ทางรังสีที่ไม่สามารถนำไปวินิจฉัยโรคได้ ตั้งแต่เดือน มกราคม 2557 - ธันวาคม 2557 โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ (CR) จากห้องถ่ายภาพรังสีทั่วไป 3 จุด คือ ห้องเอกซเรย์ผู้ป่วยนอก (OPD) ห้องเอกซเรย์อุบัติเหตุ (ER) และห้องเอกซเรย์กลุ่มงานรังสีวิทยา (X1) ภาพจากระบบคอมพิวเตอร์(CR) จำนวน 103,936 ภาพ พบว่ามีจำนวนภาพคอมพิวเตอร์ทางรังสีที่ไม่สามารถนำไปวินิจฉัยโรคได้ (reject image) 2,603 ภาพ อัตราการคัดภาพออกคิดเป็น ร้อยละ 2.50 (มาตรฐานไม่เกิน ร้อยละ 5 ตามเกณฑ์มาตรฐาน American College of Radiology (ACR) โดยอัตราคัดภาพออกน้อยที่สุดมาจากห้องเอกซเรย์กลุ่มงานรังสีวิทยา (X1) คิดเป็น ร้อยละ 0.28ต่อมาห้องเอกซเรย์อุบัติเหตุ (ER) คิดเป็นร้อยละ1.02 และอัตราคัดภาพออกมากที่สุด คือ ห้องเอกซเรย์ผู้ป่วยนอก (OPD) คิดเป็นร้อยละ 1.19

การพัฒนาภาพถ่ายรังสี ให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน จะทำให้การแปลผลและการวินิจฉัยโรคของแพทย์ เป็นไปอย่างแม่นยำ รวดเร็วมีประสิทธิภาพ ลดปริมาณรังสีลดเวลาและลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่เกิดจากภาพเสีย หรือต้องถ่ายภาพซ้ำจึงมีเกณฑ์การประเมินฯเพื่อใช้เป็นเครื่องมือเกณฑ์ประเมินระบบประกันคุณภาพและควบคุมคุณภาพงานรังสีวินิจฉัยดังกล่าวครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัย ด้านบริการรังสีวินิจฉัย ด้านคุณภาพบริการ[4]ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญของโรงพยาบาลคือการให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นแนวทางการเพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ต้องปรับบทบาทภารกิจและกลยุทธ์เพื่อเป็นองค์กรสมัยใหม่[5]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สาเหตุ อัตรา ภาพคอมพิวเตอร์ทางรังสีที่ถูกคัดภาพออก

2. เพื่อเป็นแนวทางการลดอัตราการเกิดภาพคอมพิวเตอร์ทางรังสีที่ถูกคัดภาพออก

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ มีลักษณะการวิจัยศึกษาการวิจัยเชิงประยุกต์ (Applied Research) เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลเครื่อง CR จำนวน 3 จุด คือ ห้องเอกซเรย์ผู้ป่วยนอก (OPD) ห้องเอกซเรย์อุบัติเหตุ (ER) และห้องเอกซเรย์กลุ่มงานรังสีวิทยา (X1) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน มกราคม 2557 ถึง ธันวาคม 2557 เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณบันทึกข้อมูล ตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลแล้วนำไปประมวลผล สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้ในการพรรณนาข้อมูลเบื้องต้น โดยนำเสนอในรูปของตารางแสดงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)

Reject rate (%) =

(จำนวนภาพที่คัดออก/จำนวนภาพทั้งหมด) x 100

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. การแปลผลและการวินิจฉัยโรคของแพทย์เป็นไปอย่างแม่นยำ รวดเร็ว เนื่องจากภาพถ่ายรังสี มีคุณภาพตามมาตรฐาน

2. ลดการสูญเสียด้านงบประมาณและเวลา เนื่องจากภาพเสีย และการถ่ายภาพซ้ำลดลง

3. มีแนวทาง และวิธีการป้องกัน แก้ไข ในการพัฒนาคุณภาพงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รวบรวมแนวคิดจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งเนื้อหาได้ดังนี้ 1. ระบบ PACS[6] 2. เครื่องอ่านและแปลงสัญญาณภาพเอกซเรย์ Computed Radiography (CR)[7] 3. แผ่นบันทึกภาพ (Imaging Plate)[8] 4.การสร้างภาพรังสี (For-Processing Image)[9] 5.ค่าดัชนีบ่งชี้ปริมาณรังสี (Exposure Index)[10] 6. เทคนิคการให้ปริมาณรังสีเมื่อใช้กริด[11] 7. คุณภาพภาพถ่ายรังสี[12]

ขั้นตอนดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาตารางเทคนิคการถ่ายภาพรังสี (Exposure technique charts) เครื่องคอมพิวเตอร์ (CR) จากห้องถ่ายภาพรังสีทั่วไป 3 จุด คือ ห้องเอกซเรย์ผู้ป่วยนอก (OPD) ห้องเอกซเรย์อุบัติเหตุ (ER) และห้องเอกซเรย์กลุ่มงานรังสีวิทยา (X1)

ขั้นตอนที่ 2 การขอความร่วมมือบุคลากรประจำห้องถ่ายภาพรังสีทั่วไปทั้ง 3 จุด ได้แก่ ห้องเอกซเรย์ผู้ป่วยนอก (OPD) ห้องเอกซเรย์อุบัติเหตุ (ER) และห้องเอกซเรย์กลุ่มงานรังสีวิทยา (X1)

ขั้นตอนที่ 3 การควบคุมคุณภาพเครื่องมือและอุปกรณ์

ขั้นตอนที่ 4 รวบรวมข้อมูลการให้บริการจากฐานข้อมูลเครื่องคอมพิวเตอร์ (CR) จากห้องถ่ายภาพรังสีทั่วไป 3 จุด คือ ห้องเอกซเรย์ผู้ป่วยนอก (OPD) ห้องเอกซเรย์อุบัติเหตุ (ER) และห้องเอกซเรย์กลุ่มงานรังสีวิทยา (X1)

สร้างแบบฟอร์มที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบฟอร์มประเมินการจัดท่าเอกซเรย์ผู้ป่วย (position)
2. แบบฟอร์มประเมินการตั้งค่าปริมาณรังสี (exposure)
3. แบบฟอร์มประเมินการประกันคุณภาพ (QA)

ผลการวิจัย

1. ประเมินภาระงาน

ประเด็น	จุดรับบริการ			หมายเหตุ
	OPD	ER	X1	
ปริมาณงาน	เฉลี่ย 110 ราย/วัน	เฉลี่ย 80ราย/วัน	เฉลี่ย 30ราย/วัน	X1 (สลับการตรวจพิเศษ)
บุคลากรประจำ	2 นักรังสีฯ 1 จนท.รังสีฯ 1	2 นักรังสีฯ 1 จนท.รังสีฯ 1	2 นักรังสีฯ 1 จนท.รังสีฯ 1	จัดบุคลากร ตามภาระงาน
ปริมาณงาน	เฉลี่ย 110 ราย/วัน	เฉลี่ย 80ราย/วัน	เฉลี่ย 30ราย/วัน (สลับการตรวจพิเศษ)	แยกการตรวจ
ชั่วโมงเร่งด่วน	08.00-12.00	09.00-12.00	-	ชั่วโมงเร่งด่วน(หมายถึงจำนวนคนไข้ที่หนาแน่นในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ
ความชุกของงาน	ทุกวัน (จันทร์-อังคารเพิ่มขึ้น)	ทุกวัน	ทุกวัน	-
การวัดค่าความหนา	ไม่มีการวัด	ไม่มีการวัด	ไม่มีการวัด	ปริมาณผู้ป่วยมีมาก
การตั้งค่าปริมาณรังสีExposure	ใช้ทักษะประเมิน	ใช้ทักษะประเมิน	ใช้ทักษะประเมิน	ใช้ทักษะประเมิน
Exposure Index(EI)	ไม่มีค่า EI ระบุในเครื่อง	ไม่มีค่า EI ระบุในเครื่อง	ไม่มีค่า EI ระบุในเครื่อง	(รพ. นครปฐมเป็นเครื่องรุ่นเก่า)
พฤติกรรมให้บริการ	เร่งรีบ	เร่งรีบ	เร่งรีบ	เร่งระบายภาระงาน

จากตารางการประเมินภาระงาน 3 จุดรับบริการ จำแนกตามตำแหน่งห้องเอกซเรย์ พบว่า จากการสำรวจสัดส่วนผู้รับบริการต่อช่วงเวลา ต่อจำนวนบุคลากร พบว่า ปริมาณภาระงาน มีค่าที่สูงเทียบกับเวลามาตรฐานที่กำหนดในช่วงเวลา 420 นาที (Full time Equivalent : FTE) ถึงแม้ว่า กลุ่มงานรังสีวิทยา จะมีการปรับระบบการทำงานที่ลดขั้นตอนในช่วงชั่วโมงเร่งด่วน (ในช่วง work flow) ส่งผลถึงพฤติกรรมการให้บริการ (การวัดค่าความหนา : ไม่มีการวัด, การตั้งค่าปริมารังสี ; Exposure : ใช้ทักษะประเมินการตั้งค่าปริมาณรังสี, พฤติกรรมให้บริการ : เร่งรีบ, เร่งระบายภาระงาน

2. สาเหตุ จำนวน อัตรา ของการเกิดภาพคอมพิวเตอร์ทางรังสี (CR) ที่ถูกคัดภาพออกจำแนกตามตำแหน่ง ห้องเอกซเรย์จำนวนรวม และค่าร้อยละ

สาเหตุ	ตำแหน่งห้องเอกซเรย์			รวม	ร้อยละ
	OPD	ER	X1		
การจัดท่า(Position)	990 (0.95%)	822 (0.79%)	293 (0.28%)	2105	2.02
ผู้ป่วยขยับขณะถ่ายภาพ (Patient Motion)	102 (0.09%)	140 (0.13%)	28 (0.03%)	270	0.26
ปริมาณรังสีน้อยไป (Under Exposure)	60 (0.05%)	42 (0.04%)	2 (0.00%)	104	0.10
สิ่งแปลกปลอม (Artifact)	30 (0.03%)	15 (0.01%)	9 (0.01%)	54	0.05
ปริมาณรังสีมากไป (Over exposure)	22 (0.02%)	17 (0.02%)	1 (0.00)	40	0.04
เครื่องมือขัดข้อง (Mechanical)	15 (0.01%)	6 (0.01%)	3 (0.00%)	24	0.02
คุณภาพของภาพ (QC)	3 (0.00%)	2 (0.00%)	1 (0.00%)	6	0.01
รวม	1222 (1.18%)	1044 (1.97%)	337 (0.32%)	2603	2.50

จากตาราง การประเมินผลรวมภาพที่ถูกคัดออกที่มาจากขั้นตอนการจัดท่าเอกซเรย์ผู้ป่วยมีจำนวนโดยรวมถึง 2,429 ภาพ (2,105, 270, 54) ร้อยละโดยรวม 2.33 (2.02, 0.26, 0.05) ส่งผลถึงการที่ต้องนำผู้ป่วยมาถ่ายภาพรังสีซ้ำและปริมาณรังสีที่ได้รับเกินความจำเป็น

หมายเหตุ จากตารางช่องผู้ป่วยขยับขณะถ่ายภาพ (Patient Motion) ที่ห้องเอกซเรย์อุบัติเหตุ (ER) มีจำนวนภาพเสียมากกว่าห้องเอกซเรย์ผู้ป่วยนอก (OPD) เพราะผู้ป่วยมาจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะดิ้น ไม่ให้ความร่วมมือ ส่วนจุดOPDส่วนใหญ่ผู้ป่วยเดินได้ รู้ตัวดี โอกาสขยับตัวน้อยกว่าจุดอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

อภิปรายผล

ผลการดำเนินการพบว่าสาเหตุคัดภาพออกอันดับแรกมาจากการจัดท่าผู้ป่วย (position) รองลงมา ผู้ป่วยไหวตัวขณะถ่ายภาพเอกซเรย์ (motion) และการให้ปริมาณรังสีน้อยเกินไป (under exposure) ตามลำดับดังนี้

1. ห้องเอกซเรย์ผู้ป่วยนอก (OPD) มีจำนวนที่ถูกคัดภาพออกมากสุดเพราะจุดนี้มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมากกว่าจุดอื่น สาเหตุมาจากเช่น ผู้ป่วยหูไม่ได้ยินผู้ป่วยต่างด้าว หายใจเข้าไม่เต็มที่ มีสร้อย เสื้อใน ตะกรุด เป็นต้น

2. ห้องเอกซเรย์อุบัติเหตุ (ER) เป็นผู้ป่วยมาจากตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยใช้รถเข็น รถนั่ง รถนอน บางครั้งดิ้นไม่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ (on bird) ให้ออกซิเจน เป็นต้น

3. ส่วนห้องเอกซเรย์กลุ่มงานรังสีวิทยา (X1) จำนวนที่ถูกคัดภาพออก สาเหตุมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในที่นอนโรงพยาบาล ให้ออกซิเจน เดินไม่ได้ ลุกไม่ได้ บางครั้งไม่ให้ความร่วมมือ เป็นต้น

หลังจากการได้ปรับปรุงพัฒนาเทคนิคต่างๆ ทำให้อัตราภาพเสียลดลงอยู่ในมาตรฐาน ACR ไม่เกินร้อยละ5 ทำให้อัตราภาพเสียของโรงพยาบาลนครปฐมลดลงต่ำกว่าร้อยละ 3

สรุป จากการวิเคราะห์ภาพที่ไม่นำมาวินิจฉัยโรคได้จากภาพถ่ายรังสีพบว่ามีสาเหตุ 7 ประการ เรียงตามลำดับเพื่อนำมาปรับปรุง พัฒนา แก้ไข ดังนี้

สาเหตุ	เจ้าหน้าที่ถ่ายภาพรังสี	ผู้ป่วย
1. การจัดท่า(Positioning)	- จัดท่า (Positioning) ให้ถูกต้องตามเทคนิค - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนถ่ายภาพรังสี - กรณีมีเจ้าหน้าที่ใหม่ มีการสอนหน้างาน (training) ถ้าเป็นเจ้าหน้าที่เดิม มีการทบทวนงานเพิ่มเติม (retraining) - มีการตรวจสอบโดย วางแผนลงมือทำ เช็คก่อน ดูผลลัพธ์ (plan do check outcome)	- อธิบาย/ซักซ้อม/เตรียมผู้ป่วย ก่อนถ่ายภาพ - มีป้ายนิเทศน์/บอร์ด แนะนำการปฏิบัติตน/ขั้นตอนต่างๆอาจเป็นแผ่นรูปภาพ กรณีอ่านหนังสือไม่ออก เช่น ผู้ป่วยต่างด้าว (ติดคำแนะนำในการปฏิบัติตนก่อนตรวจไว้หลายภาษา)
2. ผู้ป่วยขยับขณะถ่ายภาพ (Patient Motion)	- ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจัดท่าตามสภาพผู้ป่วย	- ผู้ป่วยหนัก(onbird)ให้ออกซิเจน ไม่รู้สึกตัว
3. ปริมาณรังสีน้อยไป (Under Exposure)	-ควรให้ปริมาณรังสีที่เหมาะสม	- รีบเร่ง ผู้ป่วยอาการไม่ค่อยดี
4.สิ่งแปลกปลอม (Artifact)	- ถามผู้ป่วย/ตรวจดูว่ามีสิ่งแปลกปลอมเช่น สายสร้อย เสื้อใน ตะกรุด เข็มกลัด เป็นต้น	- อธิบายให้ผู้ป่วยแล้ว ขณะเปลี่ยนเสื้อผ้า ลืมถอด
5. ปริมาณรังสีมากไป (Over exposure)	- ตั้งค่าปริมาณรังสีที่เหมาะสม	- ผู้ป่วยตัวใหญ่ ทำให้ภาพมัว
6. เครื่องมือ(Mechanical)	- ไฟฟ้าดับ แผ่นPlateติดเครื่อง - เครื่องอ่านภาพ(CR reader)ขัดข้องตรวจดูแผ่น plateอาจชำรุด	- อธิบายให้ผู้ป่วยหรือญาติให้เข้าใจที่ภาพใช้ไม่ได้
7. คุณภาพของภาพ(QC)	- แผ่นplate ยังไม่ผ่านการควบคุมคุณภาพก่อนนำมาใช้งาน เช่นเกิดภาพซ้อนจากที่ใช้งานมาก่อนหน้านี้ - มีการตรวจสอบคุณภาพภาพรังสีก่อนส่งเข้าเครื่องให้รังสีแพทย์แปลผล - ประเมินคุณภาพของภาพรังสีถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐาน	- ทำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพภาพถ่ายรังสี ได้นำกระบวนการต่างๆ มาใช้เพื่อแก้ไขและพัฒนาคุณภาพตามสาเหตุที่ทำให้ภาพเสีย ได้แก่ สาเหตุจากการจัดท่าไม่ถูกต้อง แก้ไขโดยอธิบาย/ซักซ้อม/เตรียมผู้ป่วย ก่อนถ่ายภาพสาเหตุจากผู้ป่วย แก้ไขโดยการจัดทำป้ายนิเทศแสดงให้ผู้ป่วยอ่านได้ง่าย แสดงวิธีการปฏิบัติตัว สาเหตุจากการตั้งเทคนิคผิดพลาด แก้ไขโดยการสร้างตารางเทคนิคและนำมาใช้ประกอบการตั้งค่าในการถ่ายภาพ สาเหตุจากเครื่องมือและอุปกรณ์ แก้ไขโดยควบคุมคุณภาพเครื่องมือและอุปกรณ์

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าร้อยละภาพถ่ายรังสี มีคุณภาพดีขึ้นและอัตราภาพเสียลดลง เป็นผล

ให้อัตราภาพเสียที่ต้องคัดออกลดลง ซึ่งอยู่ในมาตรฐาน ACR ที่กำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ 5

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้นจึงควรศึกษาซ้ำเพื่อติดตามผลการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะและกระตุ้นเจ้าหน้าที่ให้ตระหนักในการลดภาพเสียลง

2. ควรมีแนวทางพัฒนาในการทบทวนการจัดท่าแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาจากสื่อต่างๆ เพื่อให้ได้ภาพรังสีที่มีคุณภาพดีเยี่ยม

3. เครื่องเอกซเรย์ใหม่ๆ ควรมีค่า EI (Exposure index) แสดงให้ผู้ปฏิบัติงานได้ตระหนักถึงปริมาณรังสีที่ใช้ในการถ่ายภาพหรือปริมาณรังสีที่ผู้รับบริการจะได้รับในระหว่างการถ่ายภาพรังสีว่าเหมาะสมกับคุณภาพของภาพ ให้สอดคล้องตามหลักการของการป้องกันอันตรายจากรังสีที่ว่า การจะนำมาใช้ประโยชน์ของรังสีนั้น จะต้องดำเนินการด้วยวิธีการใดๆ ก็ตาม ที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับรังสีน้อยที่สุด และไม่ก่อให้เกิดอันตราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์สมบัติ บุญขวาง นักรังสีการแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้าแผนกรังสีรักษาโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลกที่ได้ให้คำปรึกษาตรวจสอบ รวมทั้งให้ข้อแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงให้งานวิจัยครั้งนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลนครปฐม ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จินตนา มหายศ. **การพัฒนาคุณภาพภาพถ่ายรังสีทรวงอก โรงพยาบาลพะเยา**. พะเยา : โรงพยาบาลพะเยา : หน้า 1., 2552.
2. สุชาติ เกียรติวัฒนเจริญ. **เครื่องเอกซเรย์**. ภาควิชารังสีเทคนิค คณะเทคนิคการแพทย์ www.med.cmu.ac.th/dept/radiology/324321%5Cx_ray_vet321_55[1].pdf [วันที่เข้าถึง 22 เม.ย. 2558]
3. สถิติข้อมูลกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลนครปฐม 2557.
4. The Department of Medical Sciences, Ministry Public Health. The criteria and Guideline for Diagnostic Radiology Development. Bangkok : The Department of Medical Sciences, Ministry Public Health ; 2015. [กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ : กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ; 2558].
5. Bryson JM. Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations. 3rd ed. San Francisco : Jossey - Bass ; 2011.
6. เพชรากร หาญพานิชย์ และวัลลภ เหล่าไพบูลย์. **ระบบสื่อสารและการเก็บข้อมูลภาพทางการแพทย์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น** http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1339 [วันที่เข้าถึง 29 ก.ค. 2560]., 2007.
7. สำเร็จ บุญเนาว์. **โครงการเพิ่มคุณภาพการถ่ายภาพเอกซเรย์ด้วยระบบดิจิตอล** : บริษัทโอเร็กซ์ เทรดดิ้งจำกัด.
8. บทความสมาคมนิวเคลียร์แห่งประเทศไทย. www.nst.or.th/article/article143/article1439.htm [วันที่เข้าถึง 20 เมย.2558]
9. Report of AAPM Task Group 116.2009. An Exposure Indicator for Digital Radiography. www.aapm.org/pubs/reports/rpt116.pdf [วันที่เข้าถึง 20 เม.ย. 2558]
10. Bontrager, K. L., & Lampignano, J. P.. Textbook of radiographic positioning and related anatomy (6th ed.) . Elsevier Science., 2005.
11. ชวลิต วงษ์เอก. **เทคนิคการให้ปริมาณรังสีเมื่อใช้กริด**. ภาควิชารังสีเทคนิค คณะเทคนิคการแพทย์ http://www.mt.mahidol.ac.th/e-learning/MTRD310/frameset/Frameset6.htm [วันที่เข้าถึง 18 ก.ค. 2560].
12. จินตนา มหายศ. **การพัฒนาคุณภาพภาพถ่ายรังสีทรวงอก โรงพยาบาลพะเยา**. พะเยา : โรงพยาบาลพะเยา : หน้า 20, 22 - 25., 2552.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนอนพยาธิของประชาชนอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน พ.ศ. 2559

Prevalence and factors associated with Helminthiasisamong people in ChaloemPhra Kiat district, Nan Province, 2016

เกษตร ปะทิ*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ใช้วิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional analytic study) เพื่อศึกษาความชุกโรคหนอนพยาธิระดับของความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิ ของประชาชนในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2559 โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก ศึกษาความชุกของโรคหนอนพยาธิ ในประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 2,846 ราย โดยเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิด้วยวิธีการ Modified Kato Kazt และส่วนที่สอง ศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิของประชาชน โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 327 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi - Square) และสถิติเชิงวิเคราะห์ทดสอบการถดถอยแบบโลจีสติก (Binary logistic regression analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ด้านความชุก พบกลุ่มตัวอย่างติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ จำนวน 543 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.08 โดยจำแนกการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด ร้อยละ 59.4 รองลงมา คือ พยาธิไส้เดือน ร้อยละ44.3, พยาธิตืดหมู วัว ร้อยละ 22, พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 20.4, พยาธิปากขอ ร้อยละ 9.91, และพยาธิเข็มหมุด ร้อยละ 4.02

ด้านปัจจัยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.50), ด้านทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ มีทัศนคติเชิงบวกสูงสุดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.5 และมีพฤติกรรมในระดับเสี่ยง ร้อยละ 63.90 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิ พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล คือ เพศชาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนอนพยาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.023$) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ ไม่พบ ความสัมพันธ์ ($p > 0.05$) และพฤติกรรมป้องกันโรคโรคหนอนพยาธิ ที่ไม่ปลอดภัยและพฤติกรรมเสี่ยง พบความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$, OR. =10.97, 95%CI 4.63 - 26.01 และ $p = 0.002$, OR. =3.06 ,95%CI 1.43 - 6.11 ตามลำดับ) และพบพฤติกรรมเสี่ยง คือ การไม่ล้างมือ ก่อนการกินอาหารหลังการขับถ่ายอุจจาระ ทุกครั้ง, การรับประทานอาหารประเภท

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน

ลาบเนื้อหมู วัว ควาย ลาบปลาดิบ รวมถึงแหนม รวมถึงรับประทานตำส้มที่ใส่ปลาร้า ปู สุกๆ ดิบๆ, การไม่ล้างผักให้สะอาดก่อนนำมาปรุงอาหาร, การไม่สวมใส่รองเท้าในขณะออกจากบ้าน พบมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การวิจัยนี้พบว่าแม้ประชาชนจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิในระดับปานกลาง การมีทัศนคติเชิงบวกที่ดีต่อการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหนอนพยาธิ แต่ยังคงพบพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิข้อเสนอแนะควรแก้ไขปัญหา โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน การส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทักษะการใช้ชีวิตที่เหมาะสมและถูกต้อง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนรวมทั้งการกำหนดนโยบายสาธารณะ การสร้างสิ่งแวดล้อมและมาตรการทางสังคมให้เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรค โดยให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : ความชุก โรคหนอนพยาธิ พฤติกรรมเสี่ยง

ABSTRACT

This study is a cross-sectional analytic study, aimed to determine the prevalence of Helminthiasis and knowledge,attitude and behavior for prevention and control of Helminthiasis infection in endemic areas. The survey comprised of two parts : (I) To detect Helminthiasis infection by using the method of Modified Kato Kazt with 2,846 personsand (II) To correct general information and knowledge, attitude and risk health behavior of sample through a questionnaire. The subjects were chosen by using Systematic Sampling technique. A total of 327 subjects were obtained from stool examination ofamong people in Chaloem Phra Kiat district, Nan Province, during January 2016 to February 2016. The data were analysed by descriptive statistics and analytical by Binary logistic regression analysis.

The results ; The overall prevalence of 543 persons found Helminthiasis infection (19.08%). The overall prevalence of O. viverrini was 59.4%, ascariasis 44.3%, Teania spp. 22% , Trichuriasis 20.4%, Hookworm9.91%, pinworm 4.0%.Binary logistic regression analysis of risk factors related to Helminthiasis infection showed that the factors significantly related to Helminthiasis infection were : male gender (ORadj = 1.67, 95% CI = 1.07 - 2.61), Helminth infection prevention behaviors Unsafe and risky behavior Its relationship to disease statistically significant.(ORadj = 3.06, 95% CI = 1.53 - 6.11, ORadj = 10.97, 95% CI = 4.63 - 26.01), Failure to wash hands Before eating (ORadj = 2.18, 95% CI = 1.31 - 3.62), hand washing after defecation feces every time (ORadj = 3.04, 95% CI = 1.81 - 5.09), Eating raw meat (ORadj = 5.87, 95% CI = 3.08 - 11.19), Eating raw fish (ORadj=7.23, 95% CI=3.81-13.75), consumption raw preserve fish (ORadj=4.40, 95% CI=2.6-7.45), fresh vegetables consumption are not washed clean water ORadj = 2.91, 95% CI = 1.81 - 4.67), Walking without wearing shoes when outdoors. ORadj=1.72,95%CI=1.08-2.75).Theseriskfactors were statistically significant ($p <0.05$).

The study found that AlthoughThe peoples will have the knowledge about the disease, helminth moderate. Having a positive attitude is good. The health care to prevent worms.

But still risky behavior. The Helminthiasis Feedback should tackle helminth diseases. The participation of the public. Acceleration promote and encourage people to modify their behavior and life skills appropriate and accurate. Both on a personal level Family and Community Including public policy Creating environmental and social measures to facilitate the prevention and control in line with the problems and ways of life of the community.

Keywords : Prevalence of Helminthiasis, Behavior for Prevention and Control

บทนำ

โรคหนอนพยาธิเป็นโรคติดต่อ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กนักเรียนและเยาวชนในพื้นที่ชนบทห่างไกลและถิ่นทุรกันดาร ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากการกินอยู่ไม่ถูกสุขลักษณะและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่ดี ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้การแพร่กระจายของโรคหนอนพยาธิสูงขึ้น ในผู้ป่วยโรคหนอนพยาธิเรื้อรังบางชนิดจะมีโอกาสเป็นมะเร็งและตายได้

จากรายงานสถานการณ์โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวของสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2552[1] ที่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15,555 คน ใน 75 จังหวัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคหนอนพยาธิชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดในคนเดียว ร้อยละ 18.0 โดยในเพศชายมีอัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิสูงกว่าเพศหญิง และผู้ติดเชื้อพบสูงในกลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในภาคเหนือ จากระบบเฝ้าระวังโรคพบอัตราผู้ป่วยโรคหนอนพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นจาก 0.5 คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2552 เป็น 1.3 คนต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2553 และเมื่อพิจารณาแยกรายจังหวัดพบว่า จังหวัดศรีษะเกษพบอัตราผู้ป่วยติดเชื้อโรคหนอนพยาธิในปี พ.ศ. 2553 สูงสุด คิดเป็น ร้อยละ 20.4 รองลงมา คือ จังหวัดลำปาง จังหวัดแพร่ และจังหวัดน่าน คิดเป็น ร้อยละ 20.0, 9.1 และ 8.4 ตามลำดับ

จังหวัดน่าน พบข้อมูลสาเหตุการตายของประชากรในจังหวัดน่าน[2] จากการจัดอันดับ 25 โรคสำคัญ ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ปัญหาโรคติดเชื้อและปรสิต เป็นสาเหตุการตายอันดับ 8 ของประชากรในจังหวัดน่าน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, 2556) และอำเภอเฉลิมพระเกียรติ เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดน่าน ที่มีสภาพภูมิศาสตร์และสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการเจริญเติบโตของไข่และตัวอ่อนของพยาธิชนิดติดต่อผ่านดิน และ ประชาชนยังนิยมรับประทานปลา โดยเฉพาะปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ด ซึ่งเป็นพาหะของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้ นอกจากนี้ประชาชนในพื้นที่ยังมีวิถีวัฒนธรรมความเชื่อในการกินที่เอื้อต่อการติดเชื้อหนอนพยาธิ โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคหนอนพยาธิ เช่น การรับประทานเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ การรับประทานปลาดิบเช่น ส้มปลา ก้อยปลา ลาบปลาดิบ เป็นต้น จากการเฝ้าระวังโรคหนอนพยาธิโดยการตรวจค้นหาผู้ติดเชื้อหนอนพยาธิด้วยวิธีการตรวจอุจจาระหาไข่หนอนพยาธิ ในกลุ่มเด็กนักเรียนและประชาชนทั่วไปของอำเภอเฉลิมพระเกียรติ[3] มีผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ พบอัตราความชุกโรคหนอนพยาธิ ย้อนหลัง 3 ปี ในปี 2556 - 2558 คิดเป็นร้อยละ 20.11, 14.79, 14.28 ตามลำดับ

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องศึกษาหาความชุกที่ตรวจอุจจาระหาพยาธิ พร้อมกับศึกษาระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหนอนพยาธิ ทัศนคติ

และพฤติกรรม เสี่ยงต่อการติดเชื้อหนอนพยาธิ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครอบคลุมที่จะนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนอย่างถาวรต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดโรคหนอนพยาธิของประชาชน

2. เพื่อศึกษา ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนอนพยาธิ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์โดยใช้วิธี การศึกษาแบบ ภาคตัดขวาง (Cross - sectional analytic study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ สำหรับการศึกษาความชุก ใช้ประชาชนที่มีอายุ 5 ปีขึ้นไป สำหรับประชากรในการศึกษาด้านความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหนอนพยาธิ คัดเลือกเฉพาะที่เข้าร่วมโครงการ โดยส่งอุจจาระตรวจวินิจฉัยโรคหนอนพยาธิคัดเลือก อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่สามารถให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้ โดยการเลือกตัวอย่างเทคนิคการสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างเมื่อทราบจำนวนประชากร คือ สูตรของ Taro Yamane (1973)[4]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- การศึกษาอัตราความชุกโรคหนอนพยาธิ โดยตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ ได้แก่ อุจจาระ ใช้เทคนิคการตรวจวิธี Kato'sthick smear โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- การศึกษาด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหนอนพยาธิเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงและปรับปรุงจาก แบบประเมินความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ ของ ชัยวุฒิ วันควร[5] โดยให้สอดคล้องกับพื้นที่ โดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งทางด้านความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) กล่าวคือ การตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi - Square) และสถิติเชิงวิเคราะห์ทดสอบการถดถอยแบบโลจีสติก (Binary logistic regression analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ

ผลการวิจัย

การสำรวจหาความชุกโรคหนอนพยาธิ ด้วยการตรวจอุจจาระเพื่อวินิจฉัยโรคหนอนพยาธิในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน มีประชาชนและนักเรียนเข้าร่วมการตรวจจำนวนทั้งหมด 2,846 ราย ผลการตรวจพบไข่พยาธิ จำนวน 543 ราย คิดเป็นอัตราความชุกโรคหนอนพยาธิ เท่ากับร้อยละ 19.08 โดยจำแนกเป็นพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 59.4, พยาธิไส้เดือน ร้อยละ 44.3, พยาธิตืดหมู วัว ร้อยละ 22, พยาธิแส้ม้า ร้อยละ 20.4, พยาธิปากขอ ร้อยละ 9.91, และพยาธิเข็มหมุด ร้อยละ 4.02 หากจำแนกกลุ่มเป้าหมายประชาชนทั่วไปตรวจจำนวนทั้งหมด 1,779 ราย ผลการตรวจพบไข่พยาธิจำนวน 439 ราย คิดเป็นอัตราความชุก ร้อยละ 24.68 โดยพบพยาธิใบไม้ตับ มากที่สุด และเป้าหมายกลุ่มเด็กนักเรียนตรวจจำนวนทั้งหมด 1,067 ราย ผลการตรวจพบไข่พยาธิ จำนวน 104 ราย คิดเป็นความชุก ร้อยละ 9.75 โดยพบพยาธิไส้เดือน มากที่สุด

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิด้านความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ กลุ่มศึกษาวิจัยจำนวน 327 ราย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.50), ด้านทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิมีทัศนคติเชิงบวกสูงสุดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.5 และมีพฤติกรรมในระดับเสี่ยง สูงสุด ร้อยละ 63.90

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิพบว่า ปัจจัยด้านบุคคล คือ เพศ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนอนพยาธิ อย่ างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติ ไม่พบ ความสัมพันธ์ ($p > 0.05$) และพฤติกรรมป้องกันโรคโรคหนอนพยาธิที่ไม่ปลอดภัยและพฤติกรรมเสี่ยง พบความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$, OR. = 10.97, 95% CI 4.63 - 26.01/ $p = 0.002$, OR. = 3.06, 95% CI 1.43 - 6.11ตามลำดับ) และพบพฤติกรรมเสี่ยงคือ การไม่ล้างมือ ก่อนการกินอาหาร หลังการขับถ่ายอุจจาระ ทุกครั้ง, การรับประทานอาหารประเภทลาบเนื้อ หมู วัว ควาย ลาบปลาดิบ รวมถึงแหนม รวมถึงรับประทานตำส้มที่ใส่ปลาร้า ดิบๆ, การไม่ล้างผักให้สะอาดก่อนนำมาปรุงอาหาร, การไม่สวมใส่รองเท้าในขณะออกจากบ้าน พบมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1

แสดงปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

ปัจจัยหรือตัวแปรต้น*	กลุ่มผู้ป่วยโรคหนอนพยาธิ	กลุ่มไม่ป่วย	Crude OR*	95 % CI	*p*-value
เพศหญิง**	63	101	1		
เพศชาย	83	80	1.67	1.075 - 2.617	0.023***
กลุ่มอายุ15-19ปี**	2	9	1		
20-59ปี	127	136	2.86	0.05 - 14.86	0.211
60 ปีขึ้นไป	17	36	0.95	0.13 - 7.07	0.95
ระดับความรู้ต่ำ	22	37	0.45	0.20 - 1.0	0.051
ปานกลาง	99	125	0.60	0.31 - 1.16	0.127
สูง**	25	19	1		
ระดับทัศนคติต่ำ	19	64	0.39	0.10 - 1.38	0.146
ปานกลาง	58	48	1.63	0.48 - 5.50	0.428
ดี	64	62	1.38	0.41 - 4.62	0.599
ดีมาก**	5	7	1		
ระดับพฤติกรรมไม่ปลอดภัย	43	16	10.97	4.63 - 26.01	0.000***
เสี่ยง	91	118	3.06	1.53-6.11	0.002***
ปลอดภัย**	12	47	1		

*หมายเหตุ * Adjusted for age, ** reference group., *** significant*

ตารางที่ 2

แสดงปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน

ปัจจัยหรือตัวแปรต้น	Crude OR*	95 % CI	*p*-value
1. การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง	2.18	1.31-3.62	0.002**
2. การไม่ล้างมือหลังขับถ่ายทุกครั้ง	3.04	1.81-5.09	0.000**
3. การรับประทานอาหารเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ	5.87	3.08-11.19	0.000**
4. การรับประทานลาบปลาสุกๆ ดิบๆ	7.23	3.81-13.75	0.000**
5. การรับประทานปลาร้าสุกๆ ดิบๆ	4.40	2.60-7.45	0.000**
6. การรับประทานปูสุกๆ ดิบๆ	5.36	2.98-9.64	0.000**
7. การไม่ล้างผักก่อนนำมาปรุงอาหาร	2.91	1.81-4.67	0.000**
8. การไม่สวมใส่รองเท้าขณะออกนอกบ้าน	1.72	1.08-2.75	0.02**
9. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0.91	0.43-1.94	0.816

*** กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05*

สรุปและอภิปรายผล

ความชุกโรคหนอนพยาธิการศึกษาครั้งนี้ ในประชากร คิดเป็น ร้อยละ 19.08 มีความใกล้เคียงกับความชุก ในรอบ 3 ปีย้อนหลัง ของ พื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ[3]ในปี 2556 - 2558 คิดเป็น ร้อยละ 20.11, 14.79, 14.28 โดยพบแนวโน้มสูงขึ้น แต่หาก จำแนกเป็นกลุ่มเป้าหมายประชาชนทั่วไป พบอัตราความชุก ร้อยละ 24.68 และเป้าหมายกลุ่มเด็กนักเรียน พบความชุก ร้อยละ 9.75 จะเห็นได้ว่าความชุกทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน เมื่อจำแนกชนิดของหนอนพยาธิ พบการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด ร้อยละ 59.4 ในกลุ่มประชาชนรองลงมา คือ พยาธิไส้เดือน ร้อยละ 44.3, พยาธิตืดหมูวัวร้อยละ 22, พยาธิแส้ม้าร้อยละ 20.4, พยาธิปากขอ ร้อยละ 9.91, และพยาธิเข็มหมุดร้อยละ 4.02

โดยที่กลุ่มเด็กนักเรียนจะพบโรคพยาธิไส้เดือนมากที่สุด สอดรับกับการศึกษาอัตราความชุกโรคหนอนพยาธิ ที่อำเภอบ่อเกลือ[6] โดยมีความชุก ร้อยละ 16.8 และพบความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด ร้อยละ 11.9 รองลงมาคือพยาธิไส้เดือน

การศึกษาด้านความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.50), ด้านทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับโรคหนอนพยาธิ มีทัศนคติเชิงบวกสูงสุดอยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.5 และ ด้านพฤติกรรม ในระดับเสี่ยง สูงสุด ร้อยละ 63.90 ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษา ของชัยวุฒิ วันควร[5] ที่พบว่า ระดับความรู้และทัศคติ อยู่ในระดับที่สูง ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ทั้งการให้สุขศึกษา มาอย่างต่อเนื่อง แต่ด้านพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างยังคงมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคหนอนพยาธิ

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิ พบว่า เพศชาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหนอนพยาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของชัยวุฒิ วันควร[5]และ ของอังษณา ยศปัญญาและคณะ[7] ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติในครั้งนี้ไม่พบ ความสัมพันธ์ ($p > 0.05$) และพฤติกรรมป้องกันโรคโรคหนอนพยาธิ ที่ไม่ปลอดภัยและพฤติกรรมเสี่ยง พบความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.000, OR. = 10.97, 95% CI 4.63 - 26.01/ p = 0.002, OR. = 3.06, 95% CI 1.43 6.11 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ สังคม นนท์พิพัฒน์ และคณะ.[8] ด้านพฤติกรรมเสี่ยง คือ การไม่ล้างมือ ก่อนการกินอาหาร หลังการขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง, การรับประทาน

อาหารประเภทลาบเนื้อ หมู วัว ควาย ลาบปลาดิบ รวมถึงแหนม รวมถึงรับประทานตำส้มที่ใส่ปลาร้า ดิบๆ, การไม่ล้างผักให้สะอาดก่อนนำมาปรุงอาหาร, การไม่สวมใส่รองเท้าในขณะออกจากบ้าน พบมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของอังษณา ยศปัญญา และคณะ[7] ที่พบพฤติกรรมรับประทานอาหารปลาดิบมีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ดังนั้นการเป็นโรคหนอนพยาธิ ในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน เกิดจากปัจจัยหลายอย่างโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านความเชื่อ ทัศนคติ สภาพวิถีชีวิตบริบทของชุมชนในการบริโภคอาหารที่นิยมรับประทานทั้งเนื้อสัตว์ปลาแบบสุกๆ ดิบๆ โดยเฉพาะเมนู ลาบต่างๆ การควบคุมป้องกันโรคหนอนพยาธิจะต้องเข้าใจปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการกินอยู่ของประชาชนให้รอบด้านในทุกมิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ[9] ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเพื่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคหนอนพยาธิให้สำเร็จ มีความยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่นิยมบริโภคปลาสุกๆ ดิบๆ ในพื้นที่

2. ควรมีการศึกษาชนิดของปลาน้ำจืดตามแหล่งน้ำในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนในพื้นที่

3. องค์กรด้านสาธารณสุขควรร่วมกับหน่วยงานทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์และภาคประชาชน ในการผลักดันการควบคุมป้องกันโรคหนอนพยาธิให้เป็นวาระสุขภาพระดับอำเภอหรือธรรมนูญสุขภาพของพื้นที่ ในการดำเนินงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา

4. ควรเร่งรัดดำเนินการเชิงรุกในพื้นที่ที่มีความชุกโรคหนอนพยาธิสูงกว่า ร้อยละ 5 ขึ้นไป เพื่อลดความชุกและศึกษาความสัมพันธ์กับการเป็นโรคมะเร็งตับและมะเร็งในท่อน้ำดี ของประชาชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มโรคหนอนพยาธิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. **รายงานผลการศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย พ.ศ. 2552** : สืบค้นจาก http://thaigcd.ddc.moph.go.th/
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. **สรุปสาเหตุการตายของในจังหวัดน่าน ปี พ.ศ. 2555.** เอกสารเย็บเล่ม.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน. **สรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในนักเรียนและประชาชน** : เอกสารเย็บเล่ม., 2558.
4. Yamanae, Taro (1973), Statistics : An Introductory Analysis. London : John Weather Hill, Inc.
5. ชัยวุฒิ วันควร คณะ. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหนอนพยาธิ ของประชาชน อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน พ.ศ. 2557.** เอกสารเข้าเล่มงานวิจัย.
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน. **สรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในนักเรียนและประชาชน** : เอกสารเย็บเล่ม., 2556.
7. อังษณา ยศปัญญา และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มิ.ย. 2558., 2558.
8. สังคม นนท์พิพัฒน์และคณะ. **ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคหนอนพยาธิของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย.** วารสารสาธารณสุขล้านนา ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 ม.ค. - เม.ย. 2557., 2557.
9. กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ. **การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. พิมพ์ที่คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์., 2557.

ผลของถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

The Effects of a Thai herbal bag pressed against the patients' knee on patients with osteoarthritis knee

ชุตินันท์ ขันทะยศ*
กนกพร ปัญญาดี**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม เก็บข้อมูลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าในการลดอาการปวดข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป และอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล จำนวน 60 คน ซึ่งได้รับการประคบด้วยสมุนไพรที่เตรียมไว้โดยนำไปแช่ในตู้เย็นนาน 10 - 15 นาที แล้วจึงนำมาบรรจุในถุงยาสมุนไพร แล้วใช้ประคบข้อเข่าให้ผู้ป่วยนานครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความพึงพอใจและแบบประเมินความเจ็บปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ผลการศึกษา พบว่า หลังการใช้ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าครบในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคะแนนระดับความเจ็บปวดลดลงมากกว่าเมื่อเทียบกับก่อนการรักษาด้วยการใช้ถุงยาสมุนไพรประคบเข่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อเสนอแนะ การใช้ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพราะมีความสะดวก ปลอดภัย และช่วยลดเวลาในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

คำสำคัญ : ถุงยาสมุนไพร การประคบข้อเข่า ผู้ป่วยโรคข้อข่าเสื่อม

ABSTRACT

This guasi - experimental research was with one group, pre - posttests, to study effects of a Thai herbal bag pressed against the patients' knee for reducing the pain of patients with osteoarthritis knee. Participants consisted of 60 patients with osteoarthritis knee, having been diagnosed for more than 1 month and have stayed in the hospital responsibility area. Participants were given a bag containing the Thai herbal which had been refrigerated for 10 - 15 minutes and then pressed against their knee for 30 minutes each, once a week for four consecutive weeks. Data was collected by a satisfaction questionnaire and a pain scale. The data was analyzed by descriptive statistics and paired t-test. The result showed that at 4 - week ; patients with osteoarthritis knee were significantly reducing pain scale when comparing with baseline ($p < 0.001$). Conclusions, using the Thai herbal bags press against the patients' knee is an alternative for curing patients with osteoarthritis knee due to convenient, secure and reduce a travel time to the hospital for treatment.

Key words : Thai herbal bag, press against the patients' knee, patients with osteoarthritis knee

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาน้อย จังหวัดน่าน
** แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลนาน้อย จังหวัดน่าน

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อทั้งทางด้านรูปร่าง โครงสร้าง การทำงานของกระดูกข้อต่อและกระดูกบริเวณใกล้ข้อ[1] โดยเกิดขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของวัยที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมของร่างกายและอวัยวะต่างๆ ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า แนวโน้มโรคข้อเข่าเสื่อมมีอัตราการป่วยที่เพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2557 มีอัตราป่วย 46.68 ต่อประชากรพันคน[2] และปี พ.ศ. 2558 มีอัตราป่วยเพิ่มเป็น 57.10 ต่อประชากรพันคน[3]

สถิติผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาลนาน้อย มีทิศทางเดียวกับสถิติผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของทั้งประเทศ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาลนาน้อย ปี พ.ศ. 2557 มีอัตราป่วย ร้อยละ 35.0 และปี พ.ศ. 2559 มีอัตราป่วยเพิ่มเป็น ร้อยละ 37.0 ตามลำดับ[4]

ส่วนใหญ่อาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีสาเหตุมาจากข้อเข่าเสื่อม ปัญหาข้อเข่าทำให้ผู้สูงอายุเกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงเป็นอุปสรรคในการเข้าสังคม ทำให้สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก และส่งผลต่อร่างกายจากการใช้ยาแก้ปวด หรือวิธีการจัดการอาการปวดที่ไม่เหมาะสม อาการปวดข้อเข่านี้สามารถที่จะบรรเทาได้โดยไม่ต้องใช้ยาแก้ปวด

การแพทย์แผนไทยในปัจจุบันได้รับการส่งเสริมจากรัฐบาลให้เป็นแพทย์ทางเลือกหนึ่งแก่ผู้รับบริการ กิจกรรมการแพทย์แผนไทยมีหลายกิจกรรม ได้แก่ การนวด การอบสมุนไพร การประคบสมุนไพร การแปรรูปสมุนไพรมาเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ และการปลูกสมุนไพรเพื่อนำมาใช้และลดการใช้ยาจากการแพทย์สมัยใหม่ รวมทั้งการประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวด ลดการอักเสบ ฟกช้ำของกล้ามเนื้อและข้อ การนำสมุนไพรที่สามารถหาได้ง่ายในท้องถิ่นมารักษาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการรักษาที่ง่ายและสะดวก เป็นการดูแลตนเองเบื้องต้น ผู้ป่วยสามารถนำไปทำได้เอง ง่ายต่อการนำไปใช้ ซึ่งกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มีนโยบายพัฒนาแผนแม่บทแห่งชาติด้านสมุนไพรร่วมกับเครือข่าย ที่มุ่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์การพัฒนางานคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาไทยและสมุนไพร[5]

ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการใช้ยาสมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น ซึ่งเป็นสมุนไพรใกล้ตัว หาได้ง่าย และมีอยู่ทั่วไปตามท้องถิ่นต่างๆ เพื่อบรรเทาอาการปวดข้อเข่า และป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อมไม่ให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งเพื่อให้มีข้อมูลและทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการใช้ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่า ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของถุงยาสมุนไพรประคบเพื่อลดอาการปวดข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group and pre posttest design)

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนทั้งหมด 60 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ 1) ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีระยะเวลาตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป และ 2) อาศัยอยู่ในชุมชนที่ออกไปให้บริการของโรงพยาบาลนาน้อย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

*3.1 **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ***

(1) ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่า เป็นถุงผ้าสี่เหลี่ยมสำหรับใส่ยาสมุนไพร ขนาดกว้าง 5 นิ้ว และยาว 6 นิ้ว มีด้านทึบ (ใช้ผ้าทึบเย็บ) และด้านโปร่ง (ใช้ผ้าโปร่ง หรือผ้าตาข่ายเย็บ) แต่ละด้านของถุงสมุนไพรมีเชือกเย็บติดไว้เพื่อใช้ผูกติดกับข้อเข่า ข้างในบรรจุยาสมุนไพรที่เตรียมไว้

(2) สมุนไพรสำหรับประคบเข่า ใช้ส่วนที่เป็นก้านและใบ โดยมีส่วนประกอบของสมุนไพรดังนี้ คือ สะเดา 2 ก้าน ย่านาง 5 ใบ รางจืด 5 ใบ เสลด-

พังพอนตัวเมีย 5 ใบ ผักเสี้ยนผี 5 ใบ ผักแว่น 5 ใบ ใบบัวบก 5 ใบ หญ้าเอ็นยืด 5 ใบ และ ดินสอพอง 2 ขีด[6]

(3) วิธีเตรียมสมุนไพรสำหรับประคบเข่า ดังนี้นำสมุนไพรที่ระบุในข้อ (2) มาล้างให้สะอาด หลังจากนั้นนำมาตำรวมกับดินสอพองให้ละเอียดพอหยาบๆ ผสมน้ำเปล่า ½ แก้วลงไป แล้วนำไปแช่ตู้เย็นไว้นาน 10 - 15 นาที

(4) วิธีประคบเข่า นำสมุนไพรในข้อ (3) มาบรรจุถุงยาสมุนไพรที่เตรียมไว้ โดยให้ถุงสมุนไพรที่มีด้านโปร่งอยู่ด้านล่าง และด้านทึบจะอยู่ด้านบน แล้วใช้เชือกที่ติดกับถุงผูกติดกับเข่าของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยนั่งบนเก้าอี้ แล้วเหยียดขาตรงในแนวระนาบ และใช้เก้าอี้อีกตัวหนึ่งรองไว้

*3.2 **เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล*** ประกอบด้วย

(1) แบบวัดความพึงพอใจ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อการใช้สมุนไพรประคบเข่าและการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ มีการให้คะแนนแบบประมาณค่า 3 ระดับ ข้อความที่มีความหมายบวก มีการให้คะแนนดังนี้

1 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อย

2 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง

3 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมาก

ส่วนข้อความที่มีความหมายลบจะให้คะแนนกลับกัน

การแปลผลคะแนน การแบ่งระดับความพึงพอใจหาได้จากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุด ซึ่งอยู่ระหว่าง 1-3 คะแนนแล้วแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ โดยคำนวณช่วงคะแนนจากพิสัยช่วงคะแนน = คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด/3 = 3 - 1/3 = 0.67

สามารถแปลผลคะแนนระดับความพึงพอใจได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย (คะแนน)	*การแปลผล*
2.34 - 3.00	ระดับความพึงพอใจมาก
1.67 - 2.33	ระดับความพึงพอใจปานกลาง
1.00 - 1.66	ระดับความพึงพอใจน้อย

(2) แบบประเมินความเจ็บปวด (pain scale) เป็นการให้คะแนนจากการประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยโดยประเมินจากการซักถาม/บอกเล่าจากผู้ป่วย การสังเกตสีหน้าท่าทางผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยชี้ภาพตามความรู้สึกเพื่อให้คะแนนความเจ็บปวด[7]

การแปลระดับความเจ็บปวด ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย

คะแนน 1 - 3 หมายถึง มีอาการปวดเล็กน้อย ไม่มีความกังวล ไม่มีความรู้สึกทุกข์ทรมานแต่อย่างใด

คะแนน 4 - 5 หมายถึง มีอาการปวดปานกลาง ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดพอสมควรแต่ยังสามารถทนได้

คะแนน 6 - 7 หมายถึง มีอาการปวดมาก มีความกังวลมากขึ้น พักผ่อนได้ไม่เพียงพอ เริ่มมีความรู้สึกว่าไม่สามารถทนได้

คะแนน 8 - 9 หมายถึง มีอาการปวดรุนแรง รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการปวดมาก ไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

คะแนน 10 หมายถึง มีอาการปวดรุนแรงมากที่สุดไม่สามารถทนได้

4. ขั้นตอนการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 - 31 ตุลาคม 2559 มี 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย

4.1 ศึกษาเอกสารเพื่อกำหนดแนวทางในการจัดบริการการรักษาแก่ผู้ป่วยปวดเข่าโดยการใช้ยาสมุนไพรพอกเข่าในการลดอาการปวดข้อเข่าในคนป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

4.2 การประชาสัมพันธ์การให้บริการในหมู่บ้านผ่านหอกระจายข่าวโดยผู้นำชุมชน

4.3 ให้บริการด้วยการใช้ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าที่ศูนย์สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ออกให้บริการและอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล

4.4 การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้บริการในชุมชนแต่ละครั้ง โดยการ ให้ความรู้เรื่องสมุนไพรและการเตรียมยา

4.5 การกำหนดแนวทาง/ขั้นตอนการรับบริการตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้านตามขั้นตอนดังนี้

(1) ซักประวัติ/ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต

(2) ผู้ศึกษาให้สุขศึกษา/ความรู้/ข้อแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมรายกลุ่ม
(3) ให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ ยกเข่าข้างที่ปวดขึ้นขนาดกับแนวระนาบ แล้วใช้เก้าอี้อีกตัวหนึ่งรองรับเข่าไว้
(4) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการช่วยเตรียมยาใส่ถุงประคบเข่า
(5) ให้ผู้ป่วยนั่งประคบเข่านาน 30 นาที เมื่อครบเวลาที่กำหนดแล้ว หลังจากนั้นจึงอนุญาตให้กลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบอาการปวดข้อเข่าก่อนและหลังการใช้ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าด้วย paired t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 65.7 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 และครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	10.0
หญิง	54	90.0
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 49	7	11.7
50-59	9	15.0
60-69	19	31.7
70-79	17	28.3
มากกว่า 80	8	13.3
อายุเฉลี่ย 65.7 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.84) อายุต่ำสุด = 39 ปี อายุสูงสุด = 90 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	4	6.7
คู่	41	68.3
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	15	25.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	9	15.0
ประถมศึกษา	32	53.3
มัธยมศึกษา	18	30.0
ปริญญาตรี	1	1.7
อาชีพ		
รับจ้าง	2	3.4
เกษตรกร	30	50.0
ค้าขาย	5	8.3
ไม่ประกอบอาชีพ/สูงอายุ	23	38.3

คะแนนระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ก่อนการรักษามีคะแนนระดับความเจ็บปวดมากกว่า 5 คะแนนเท่ากับ ร้อยละ 21.7 (คะแนนระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยเท่ากับ 5.5 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.21) และหลังรักษาครบ 4 ครั้งมีคะแนนระดับความเจ็บปวดมากกว่า 5 คะแนนเท่ากับ ร้อยละ 0 (คะแนนระดับความเจ็บปวดเฉลี่ยเท่ากับ 2.0 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.29) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2

คะแนนระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังใช้ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่า (n = 60)

คะแนนระดับความเจ็บปวด (คะแนน)	ก่อนรักษา		หลังรักษาครบ 4 ครั้ง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 5	47	78.3	100	100
มากกว่า 5	13	21.7	0	0
Mean (±SD)	5.5 (±1.21)		2.0 (±0.29)	

การเปรียบเทียบคะแนนระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า หลังรักษาครบ 4 ครั้ง ผู้ป่วยมีคะแนนระดับความเจ็บปวดลดลงมากกว่าเมื่อเทียบกับก่อนการรักษาด้วยการใช้ถุงยาสมุนไพรประคบเข่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

การเปรียบเทียบคะแนนระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนและหลังใช้ถุงยาสมุนไพรประคบเข่า (n = 60)

คะแนนระดับความเจ็บปวด (คะแนน)	Mean	SD	t	p-value
ก่อนรักษา	5.5	1.21	21.85	0.001*
หลังรักษาครบ 4 ครั้ง	2.0	0.29		

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีระดับความพึงพอใจต่อการรับบริหารโดยรวมอยู่ในระดับมาก (คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.2) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (n = 60)

ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม	2.9	0.35	มาก
2. ขั้นตอนในการให้บริการไม่ยุ่งยาก	2.5	0.89	มาก
3. การรักษาโดยการประคบยาเย็นช่วยลดอาการปวด	2.9	0.28	มาก
4. อุปกรณ์ที่ใช้ในการประคบใช้สะดวก เก็บรักษาง่าย	3.0	0.22	มาก
5. ความพึงพอใจต่อการให้บริการ	2.9	0.25	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	2.4	0.22	มาก

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมใช้ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าครบ 4 ครั้งแล้ว ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดลดลงมากกว่าเมื่อเทียบกับก่อนการรักษาด้วยการใช้ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3) อธิบายได้ดังนี้

ประการแรก คือ การประคบเย็นด้วยการใช้ถุงยาสมุนไพร โดยก่อนนำถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่า ได้นำสมุนไพรสดที่เตรียมไว้ทั้งหมดมาตำให้ละเอียด แล้วนำไปผสมดินสอพอง และนำไปแช่ตู้เย็นนาน 10 - 15 นาที จากนั้นนำสมุนไพรดังกล่าวที่เตรียมเรียบร้อยแล้ว มาบรรจุในถุงสมุนไพรและนำไปประคบข้อเข่าให้ผู้ป่วยเป็นเวลา 30 นาที ความเย็นจากถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าช่วยทำให้อาการปวดข้อเข่าลดลง การเคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น เนื่องจากอาการปวดข้อเข่าจะมีความร้อนเกิดขึ้นภายในข้อเข่า สังเกตได้จากจะรู้สึกร้อนที่มือ เมื่อเอามือไปแตะที่ข้อเข่า อาจมีอาการบวมหรือไม่มีอาการบวมก็ได้ การประคบเย็นจะช่วยลดความร้อนในข้อเข่า ทุเลาอาการปวด บวม และการอักเสบลงได้ การประคบเย็นเป็นการกระตุ้นใยประสาทซี-ไฟเบอร์ (C-fiber) ในบริเวณเดียวกันกับตำแหน่งที่เกิดความเจ็บปวด ส่งผลให้ศักยภาพในการรับกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดและส่งไปยังสมองจึงน้อยลง ความเจ็บปวดจึงลดลงตรงตามทฤษฎีควบคุมประตู[8] ประกอบกับผู้ป่วยปวดเข่าได้รับการรักษาต่อเนื่องติดต่อ 4 ครั้ง ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์แผนไทย โดยการใช้แผ่นพอกเข่าสมุนไพรในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า โรงพยาบาลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ปี 2559 ที่นำเอาสมุนไพรทั้ง 5 ชนิด ได้แก่ ขิงแก่ ไพล ขัดมอน ใบมะขามและผิวมะกรูด หมักด้วย 40 เปอร์เซ็นต์แอลกอฮอล์ เป็นเวลา 30 วัน จากนั้นนำมาชุบสำลีทำเป็นแผ่นพอกเข่าสมุนไพร นำแผ่นพอกเข่าสมุนไพรมาพอกให้กับผู้ป่วยที่มีอาการปวดบวมบริเวณเข่าที่มารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลนามน จากการทดสอบใช้กับผู้ป่วยจำนวน 20 ราย โดยการประเมินอาการจากแบบคัดกรองโรคเข่าเสื่อมและวัดระดับความเจ็บปวด VAS พบว่าผู้ป่วยจำนวน 17 ราย มีอาการปวดบวมลดลงอย่างเห็นได้ชัด

ประการที่ 2 ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่า ได้นำสมุนไพรหลายชนิดมาบรรจุไว้ในถุง ได้แก่ สะเดา ย่านางรางจืด เสลดพังพอนตัวเมีย ผักเสี้ยนผี ผักแว่น ใบบัวบก และหญ้าเอ็นยืด อาจอธิบายได้ว่าสมุนไพรที่นำมาใช้ครั้งนี้ แต่ละชนิดออกฤทธิ์ทางยาเสริมกันในการรักษาอาการปวดข้อเข่า เนื่องจากสมุนไพรที่นำมาใช้มีสรรพคุณทางยาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน[9] ดังนี้ ก้านสะเดาและผักแว่นมีสรรพคุณช่วยดับพิษร้อน ใบรางจืดและเสลดพังพอนตัวเมียมีสรรพคุณเป็นยาถอนพิษ ส่วนใบย่านางมีสรรพคุณในการฟื้นฟูเซลล์ในร่างกาย ช่วยเพิ่มความสดชื่น และปรับสมดุลของร่างกาย และ ผักเสี้ยนผีนิยมใช้ใบเป็นยาพอกแก้อาการปวดตามข้อ นอกจากนี้ ใบบัวบกมีสาระสำคัญที่พบจัดอยู่ในกลุ่มไตราทอร์ปีนอยด์ไกลโคไซด์ (asiatic acids) และกรดแมดิแคสซิด (madeoassic acids) หรือสารแมดิแคสซอล (madecassol) มีฤทธิ์ในการช่วยสมานแผลเร่งการสร้างเนื้อเยื่อ ทำให้แผลหายเร็วและมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ที่ทำให้เกิดหนอง ฆ่าเชื้อราและลดการอักเสบ[10] ผักกาดน้ำหรือหญ้าเอ็นยืดเป็นยาสมุนไพรที่ใช้รักษาอาการอักเสบของเส้นเอ็นและกล้ามเนื้อ[11] รวมทั้ง ดินสอพอง มีสรรพคุณแก้พิษร้อน ลดการอักเสบ และช่วยทำให้ให้ร่างกายเย็นสบาย[12] ผลของการประคบสมุนไพร เกิดจากผลของความร้อนหรือความเย็นที่ได้จากการประคบ และผลจากการที่ตัวยาสมุนไพรและน้ำมันหอมระเหยออกจากตัวสมุนไพรซึมผ่านผิวหนังได้เนื่องจากผิวหนังของบุคคลมีชั้นไขมันจึงมีการซึมผ่านของตัวยาและน้ำมันหอมระเหยได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อมีการสัมผัสนานประมาณ 15 - 30 นาที ดังนั้นบริเวณข้อเข่าที่ได้รับการคลึงด้วยลูกประคบสมุนไพรจะได้รับตัวยาสมุนไพรและน้ำมันหอมระเหย ที่มีคุณสมบัติในการลดปวดและอักเสบได้ (สกาววรัตน์ ศุภสาร และคณะ, 2007)

อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้มีข้อจำกัดเนื่องจาก เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม เก็บข้อมูลก่อนและหลัง โดยเปรียบเทียบอาการปวดก่อนและหลังใช้ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน ทำให้ทราบ

การเปลี่ยนแปลงเฉพาะกลุ่ม การนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นอาจมีข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

1. การใช้ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าเพื่อรักษาอาการปวดข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม สามารถลดอาการปวดข้อเข่าได้ ชี้ให้เห็นว่าการใช้ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีความสะดวก และปลอดภัย ช่วยลดเวลาในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล รวมทั้งเป็นการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการสุขภาพอีกทางหนึ่งด้วย

2. การใช้ถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าเป็นการรักษาเบื้องต้นแบบพึ่งพาตนเอง รูปแบบการรักษาไม่ยุ่งยาก เป็นการรักษาที่ง่ายและสะดวกแต่ต้องใช้เวลา สมุนไพรที่นำมาใช้สามารถหาได้งานข่ายในท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ปรับเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีระดับคะแนนความเจ็บปวดมากกว่า 5 คะแนน และทำการประคบด้วยถุงสมุนไพรที่มีระยะติดต่อกันนานมากกว่า 1 เดือน เพื่อให้มีข้อมูลสนับสนุนด้านการถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่หลากหลายมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.นิธิวัชร์ แสงเรือง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาน้อย ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นในการจัดบริการ และ ดร.กัลยาณี โนอินทร์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงาน จนทำให้งานสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

[1] วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท และคณะ. **โรคข้อเข่าเสื่อม**. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 10 พ.ย. 2559., เข้าถึงได้จาก http://med.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf/knee_book_0.pdf.

[2] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **สถิติสาธารณสุข 2557**. กรุงเทพฯ. องค์การทหารผ่านศึก., 2558.

[3] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **สถิติสาธารณสุข 2558**. กรุงเทพฯ. สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ)., 2559.

[4] โรงพยาบาลนาน้อย. **สรุปรายงานจากโปรแกรม** Hos XP, 2559.

[5] โรงพยาบาลนามนอำเภอนามนจังหวัดกาฬสินธุ์. **การพัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์แผนไทยโดยการใช้แผ่นพอกเข่าสมุนไพรในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า**., 2559.

[6] นโยบายกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 25 เม.ย. 2559, เข้าถึงได้จาก www.dtam.moph.go.th.

[7] คมสัน ทินกร ณ อยุธยา. (กุมภาพันธ์ 2559). **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่องการใช้ยาแผนไทยและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ, เชียงราย** : โรงแรมไดมอนปาร์คอินน์ เชียงราย รีสอร์ท., 2559.

[8] ปณีต ดิษเจริญ. **การประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ pain scale.** สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 10 พ.ย. 2559, เข้าถึงได้จาก www.thapthanhospital.go.th/ www_tth/ipd.../ CQI%20pain%20scale-.pdf.

[9] พีรดา จันทร์วิบูลย์ และศุภะลักษณ์ พักคำ. **ประสิทธิผลของการนวดแบบราชสำนักในการรักษากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนของผู้มารับบริการในศูนย์วิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา**., 2552.

[10] รายชื่อสมุนไพร. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 23 พ.ย. 2559, เข้าถึงได้จาก https://www.medthai.com/รายชื่อสมุนไพร/., 2559.

[11] ฐานข้อมูลพรรณไม้ องค์การสวนพฤกษศาสตร์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. อ้างอิงใน : หนังสือพืชสมุนไพร เล่ม 2. (ออนไลน์). สืบค้นข้อมูลเมื่อ 10 พ.ย. 2559, เข้าถึงได้จาก www.qsbg.org.

[12] สกาวรัตน์ ศุภสารและคณะ. **ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม**. Journal of Nursing Science Naresuan University Vol.1 No. 1 January - June 2007., 2550.

[13] สุดเหมือนฝัน ธนธัญญา. **สมุนไพรมหัศจรรย์ สมานแผล ลดอาการอักเสบ และฆ่าเชื้อแบคทีเรีย.** นิตยสารหมอชาวบ้าน. หน้า 293., 2547.

[14] กรมวิทยาศาสตร์แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **ดินสอพอง.** สืบค้นข้อมูลเมื่อ 23 พ.ย. 2559. เข้าถึงได้จาก http://www.dmsc.moph.go.th/cosmetics/upload/knowledge/ดินสอพอง.pdf.

การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร

Study Aimed to Study Health Perception Associated with behavior of Hypertension Prevention Among people lived in Yannawa Sub - district, Sathorn District, Bangkok province.

ณัฐชยา แก้วโภคา*
อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร กลุ่มประชากร คือ ประชาชนอายุ 30 - 35 ปี ที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานครมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 205 ราย โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม เท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.08, S.D. = 0.360) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการสูบบุหรี่และด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.63, S.D. = 0.484) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.256$, p-value = 0.002) เมื่อจำแนกการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.347$, p-value < 0.001, $r = 0.430$, p-value < 0.001, $r = 0.172$, p-value = 0.041 ตามลำดับ) แต่การรับรู้อุปสรรคในการการป้องกันโรค ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ($r = -0.032$, p-value = 0.707)

คำสำคัญ : การรับรู้ด้านสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง

* นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
** อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ABSTRACT

This descriptive research study aimed to study health perceptionassociated with behavior of hypertension preventionamong people lived in Yannawa Sub - district, Sathorn District, Bangkok province. Population was 205 peoples aged between 30 - 35 years who be lived more than 6 months in Yannawa Sub-district, Sathorn District, Bangkok province, and the sample size calculating used Daniel formula for 141 cases, and systematic random sampling was determine. Data collected by questionnaires composed of ; parts 1 characteristic, part 2 health perception factors, part 3 behavior of hypertensionprevention, and part 4 suggestions. In addition to, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by cronbach's coefficient alpha about 0.80, an association analysis used Pearson product moment correlation coefficient.

The result showed that health perception factors including, perceived risk of disease, perceived severity of disease, perceived benefits of disease prevention, and perceived barriers of disease prevention had mean score with high level ($\bar{X}$ =2.08, S.D.=0.360). Moreover, behavior of hypertension preventionamong people including, diet, exercise, emotion, smoking, and alcohol drinking had mean score with high level ($\bar{X}$ = 2.63, S.D. = 0.484). An association analyzed found that health perception factors was associated withbehavior of hypertension preventionamong people lived in Yannawa Sub - district, Sathorn District, Bangkok provincewith statistic significant (r = 0.256, p-value = 0.002). Considering health perception factors, revealed perceived risk of disease, perceived severity of disease, perceived benefits of disease prevention found association with statistic significant (r = 0.347, p-value < 0.001, r = 0.430, p-value < 0.001, r = 0.172, p-value = 0.041, respectively) conversely, perceived barriers of disease prevention was not (r = -0.032, p-value = 0.707).

Keywords : Health perception, Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเงียบมักไม่ค่อยมีอาการแสดงที่ชัดเจนในระยะเริ่มแรกและเป็นภาวะที่พบบ่อยในปัจจุบันที่มีผู้คนอาศัยอยู่กันอย่างแออัดและมีลักษณะการดำรงชีพที่มีการแข่งขันสูง สิ่งแวดล้อมที่เป็นภัยต่อสุขภาพและการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขอนามัย การออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล เป็นต้น อีกทั้งยังเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคเบาหวาน โรคไต กลุ่มโรคอ้วนลงพุงหรือผู้ป่วยที่เป็นโรคหลายอย่างรวมอยู่ในคนเดียวกัน ซึ่งนับวันยิ่งมีอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นทวีคูณ โดยเฉพาะในประชากรอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ประชาชนในวัยกลางคนและผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (พีระ บูรณะกิจเจริญ และคณะ, 2558) ประเทศไทยพบว่าโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญเป็นอันดับที่ 3 รองจากโรคมะเร็งทุกชนิดและอุบัติเหตุโดย พ.ศ. 2556 มีการตายสูงกว่าปี พ.ศ. 2555 จำนวน 5,165 คน และ 3,684 คน ตามลำดับและปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน มีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นจาก พ.ศ. 2555 อัตราผู้ป่วยในเท่ากับ 389.8 ต่อแสนประชากร (จำนวน 218,218 คน) เพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2556 เท่ากับ 1,621.72 ต่อแสนประชากร (จำนวน 1,047,979 คน) ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นมากกว่า 4 เท่า (4.16 เท่า) (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางความเจริญที่มีการพัฒนาทางด้านกายภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม

รวมไปถึงวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนอย่างเร่งรีบรวดเร็ว ทำให้ประชาชนขาดความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นปี พ.ศ. 2555 พบว่า จากการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง มีกลุ่มป่วยหรือสงสัยป่วยรายใหม่จำนวน 101,794 คน และในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 111,465 คน ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุรวมถึงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง (สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร, 2559 ; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข, 2557) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในแขวงยานนาวาเขตสาทร กรุงเทพมหานครเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในวางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกแก่ประชาชนในเขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร และสามารถขยายการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชนทุกเขตในกรุงเทพมหานครต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, การประกอบอาชีพ, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2) การรับรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Rosenstock (1974) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และ 3) พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านการสูบบุหรี่และด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือประชาชนอายุ 30 - 35 ปี ที่มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 205 รายคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel (2010) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 141 คน เลือกรายชื่อของประชาชนเป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ และส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม เพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ประชากรที่อาศัยในแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (84%) มีอายุระหว่าง 31 - 33 ปี (36.9%) ($\bar{X}$ = 33.57, S.D.=1.691, Max = 35,

Min = 30) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (59.7%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (30.5%) และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (51.1%) รองลงมาคืออาชีพค้าขาย (27.7%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 - 20,000 บาท (84.4%) ($\bar{X}$ = 13,306.38, S.D. = 6,334.04, Max = 30,000, Min = 0)

การรับรู้ด้านสุขภาพของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.08, S.D. = 0.360) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.50, S.D. = 0.501) การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.43, S.D. = 0.497) การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.61, S.D. = 0.489) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.11, S.D. = 0.508) พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวาเขตสาทร กรุงเทพมหานครภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.63, S.D. = 0.484) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.40, S.D. = 0.491) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.17, S.D. = 0.686) ด้านการจัดการอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.48, S.D. = 0.501) ด้านการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.70, S.D. = 0.676) ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.82, S.D. = 0.511) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร (n = 141)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	15	10.60	122	86.50	4	2.80	2.08	0.360
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	70	49.60	71	50.40	-	-	2.50	0.501
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค	61	43.30	80	56.70	-	-	2.43	0.497
- การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค	86	61.00	55	39.00	-	-	2.61	0.489
- การรับรู้อุปสรรคในการการป้องกันโรค	27	19.10	103	73.00	11	7.80	2.11	0.508
พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	89	63.10	52	36.90	-	-	2.63	0.484
- ด้านอาหาร	56	39.70	85	60.30	-	-	2.40	0.491
- ด้านการออกกำลังกาย	47	33.30	71	50.40	23	16.30	2.17	0.686
- ด้านอารมณ์	68	48.20	73	51.80	-	-	2.48	0.501
- ด้านการสูบบุหรี่	115	81.60	9	6.40	17	12.10	2.70	0.676
- ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	124	87.90	9	6.40	8	5.70	2.82	0.511

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานครที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.256, p-value = 0.002) เมื่อจำแนกการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้าน

พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.347, p-value < 0.001, r = 0.430, p-value < 0.001, r = 0.172, p-value = 0.041 ตามลำดับ) แต่การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ (r = -0.032, p-value = 0.707) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2

สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร (n = 141)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.256	0.002*	มีความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.347	<0.001**	มีความสัมพันธ์
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.430	<0.001**	มีความสัมพันธ์
การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค	0.172	0.041*	มีความสัมพันธ์
การรับรู้อุปสรรคในการการป้องกันโรค	-0.032	0.707	ไม่มีความสัมพันธ์

การอภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวา กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (63.1%) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการรับประทานอาหารของประชาชนมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (60.3%) ประเด็นที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ ประชาชนมีการดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้วทุกวัน ($\bar{X}$ = 3.86, S.D. = 1.039) แต่ประชาชนยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเช่น ข้าวขาหมู หมูสามชั้น กุนเชียง คอหมูย่าง หนังไก่ หนังหมู กะทิ เป็นต้น ($\bar{X}$ = 3.67, S.D. = 0.761) และการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มทุกวัน ($\bar{X}$ = 3.06, S.D. = 1.090) ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนอาศัยอยู่ในเมืองหลวง มีความจำเป็นที่จะต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปหรืออาหารประเภทแกงถุง ทำให้ไม่มีโอกาสเลือกรับปรานอาหารที่เหมาะสม 2) ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ประชาชนมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (50.4%) โดยกิจกรรมการออกกำลังกายที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายทุกครั้ง ($\bar{X}$ = 3.40, S.D. = 1.120) และการหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในขณะที่อากาศร้อนจัดทุกครั้ง ($\bar{X}$ = 3.38, S.D. = 1.125) ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตไม่เพิ่มสูงขึ้น แต่ประชาชนยังขาดความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายไม่ครบสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 30 นาทีต่อครั้ง ($\bar{X}$ =2.86, S.D. = 1.125) 3) การจัดการด้านอารมณ์ พบว่าประชาชนมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (51.8%) กิจกรรมการจัดการด้านอารมณ์ที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การทำจิตใจให้ร่าเริงสดชื่นแจ่มใสอยู่เสมอ ($\bar{X}$ = 3.89, S.D. = 1.043) แต่ยังพบว่าหากประชาชนมีเรื่องไม่สบายใจมักจะไม่ปรึกษากับบุคคลในครอบครัว ($\bar{X}$ = 3.40, S.D. = 1.171) และ 4) การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าประชาชนมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (81.6% และ 87.9% ตามลำดับ) เนื่องจากประชาชนพักอาศัยอยู่ในเขตเมืองหลวง ซึ่งมีโอกาสที่จะบริโภคบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้าปั่น ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจ เพราะคิดว่าสิ่งนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Rosenstock, 1974) เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยินการสัมผัส การลิ้มรสและการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมายโดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิมผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนแขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค พบความสัมพันธ์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ (p-value < 0.05) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้าน จะพบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเนื่องมาจากเมื่อบุคคลมีญาติสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง มักจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น รวมถึงบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การกินอาหารรสเค็มหรือรสจัด การดื่มสุราความอ้วน การมีภาวะเครียดการรับประทานยาบางชนิด ล้วนแล้วแต่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ แจนซ์และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) กล่าวว่าบุคคลที่มีสุขภาพดี ไม่มีประสบการณ์เจ็บป่วยหรือไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วย ส่งผลให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคน้อยลง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ธนพร วงษา,2551; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม,2551) ซึ่งค้นพบข้อสรุปว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเนื่องมาจากเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากขึ้นจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคในทางที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น เช่น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการรับประทานยาหรือฉีดยาอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ต้องควบคุมการรับประทานอาหารร่วมด้วย นอกจากนี้ต้องควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อไม่ให้เกิดความพิการและต้องรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่ควรรับประทานยาหม้อหรือยาของหมอบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551 ; อุไรพร คล้ำฉิม, 2554) ซึ่งได้ข้อค้นพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสงเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค คือการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ตรงกับแนวคิดของ (Rosenstock, Strecher & Becker (1988) ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เกิดขึ้น เป็นการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และคณะ (2555) พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคอาจเนื่องจากเมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่อการรักษามากขึ้นจะยิ่งมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น เช่น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด การกินอาหารครบ 3 มื้อ การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และการพบแพทย์ตามนัด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนและบุคคลไม่

ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551 ; อุมาพร ปุญญโสพรรณผจงศิลป์ และคณะ, 2554) พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับดี

สำหรับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอาจเนื่องมาจาก ประชาชนมีการรับรู้ต่ออุปสรรคมากขึ้น จะส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคลดลง เนื่องจากประชาชนเห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากกรรมพันธุ์ เช่น พ่อ แม่ พี่ น้องร่วมสายเลือดเดียวกันป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้คนๆ นั้นมีโอกาสป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เช่นกัน ($\bar{X}$ = 3.68, S.D. = 1.009) อีกสาเหตุหนึ่งเกิดจากการขาดกำลังใจในการกระตุ้นให้ออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 3.36, S.D. = 1.044) รวมทั้ง การทำกิจวัตรประจำวันทำให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ทำให้ไม่สามารถแบ่งเวลามาออกกำลังกายได้ ($\bar{X}$ = 2.82, S.D. = 1.030) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ (2551) พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพ ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับทราบถึงวิธีการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชาชน เพื่อลดอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ให้มีความเหมาะสมกับประชาชน

เอกสารอ้างอิง

ธนพร วงษา. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความดันหิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยของตำบลจรเข้สามพัน.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยบูรพา., 2551.

พีระ บูรณะกิจเจริญ และคณะ. **รายงานสถานการณ์ NCDs.** สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ., 2558.

ณัฐธยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ. **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด.** รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2551. 14 (3) : 298 - 311.

สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์., 2551.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **รายงานสาเหตุการตายที่สำคัญประจำปี 2557.** กระทรวงสาธารณสุข., 2557.

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. **รายงานการประชุมผลการดำเนินงานประจำปี 2559.**, 2559.

อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และอนงค์ หาญสกุล. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการประกอบอาชีพของแรงงานนอกระบบ กลุ่มตัดเย็บเสื้อผ้ายืดบ้านโนนโพธิ์ ตำบลลุ่มน้ำชี อำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ.** วารสารคณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2555. 15 (1) : ม.ค. - มิ.ย.

อุไรพร คล้ำฉิม. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในจังหวัดสมุทรสงคราม.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยบูรพา., 2554.

อุมาพร ปุญญโสพรรณ, ผจงศิลป์ เพิงมาก และจุฑามาศ ทองตำลึง. **การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์., 2554.

Best, John W. **Research is Evaluation.** (3rd ed). Englewod cliffs : N. J. Prentice Hall. 1977.

Daniel W. W. **Biostatistics : Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences.** (9th ed). New York : John Wiley & Sons ; 2010.

Janz, N. K. , Becker, M. H. **The health belief model : A decade later.** Health Education Behavior., 1984 ; 11 (1) : 1 - 47.

Rosenstock. **History origins of the health belief model : Health EducationMonograph.**, 1974.

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา :	นายแพทย์วิศิษฏ์	ตั้งนภากร	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
	นายแพทย์ภานุวัฒน์	ปานเกตุ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
	นายแพทย์ธงชัย	กีรติหัตถยากร	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
	นายแพทย์ประภาส	จิตตาศิรินุวัตร	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
บรรณาธิการ :	นางอัญชิกา	ชัชวาลยางกูร	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
ผู้ช่วยบรรณาธิการ :	นายดนัย	สุวรรณา	ผู้อำนวยการกองกฎหมาย
กองบรรณาธิการ :	นายชาติชาย	สุวรรณนิตย์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางวิรุณศิริ	อารยวงศ์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางสาวสุธาทิพย์	จันทรักษ์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางศุภัคชญา	ภวังคะรัต	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางช่อเพ็ญ	นวลขาว	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางอมรศรี	ยอดคำ	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางสาวชุติสุดา	เนติกุล	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
	นางศิริพร	ประนมพนธ์	กองแผนงาน
	นางสาววิภาวิน	โมสูงเนิน	กองสุขศึกษา
	นางชัญญาภัค	บุญยรัตนิน	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
	นายสละ	กสิวัตร์	กองวิศวกรรมการแพทย์
	นางภู่	ปิยะเศษรฐ์	สำนักบริหาร
	นางสาวดวงกมล	สุขนิมิตร์	กองกฎหมาย
	นางนิภาพรรณ	สุขศิริ	สำนักประชาสัมพันธ์และบริการประชาชน
			สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
	นางสาววาสนา	สิทธิกัน	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 (เชียงใหม่)
	นายนฤดล	อ่วมสุข	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 2 (พิษณุโลก)
	นางเพ็ญศรี	โตเทศ	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 (นครสวรรค์)
	นายศิริชัย	ชละเอม	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 4 (นนทบุรี)
	นางสาววารินทร์	แช่มฉ่ำ	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 5 (ราชบุรี)
	นางมณฑา	กิตติวราวุฒิ	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 6 (ชลบุรี)
	นางจีรวรรณ	หัสโรค์	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 7 (ขอนแก่น)
	นายคมสันต์	แรงจบ	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 8 (อุดรธานี)
	นายสมภพ	อาจชนะศึก	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 9 (นครราชสีมา)
	นางสาวนิสา	สุระชาติ	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 10 (อุบลราชธานี)
	นางพนิตนาฏ	วิสุทธิธรรม	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11 (นครศรีธรรมราช)
	นางวรรณา	ทองกาวแก้ว	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 12 (สงขลา)
	ภาคประชาชน		
	นายไพฑูรย์	บุญอารักษ์	ประธานชมรม อสม. แห่งประเทศไทย
	นายกิ่งก้าน	ลือชา	ประธานชมรม อสม. ภาคเหนือ
	นายธนัย	พันภัย	ประธานชมรม อสม. ภาคกลาง
	นายบุญทอง	บุญประเสริฐ	ประธานชมรม อสม. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
	นายพันธ์	อ่อนเกลี้ยง	ประธานชมรม อสม. ภาคใต้
	นางกระวี	ตันตระกูล	ประธานชมรม อสม. กรุงเทพมหานคร
คณะกรรมการ/คณะทำงาน *(พิจารณา กลั่นกรอง บทความวิชาการและงานวิจัย)*	นางอัญชิกา	ชัชวาลยางกูร	ประธานกรรมการ
	นายธิปัตย์	โสตถิวรรณ์	รองประธานกรรมการ
	นางอมรศรี	ยอดคำ	รองประธานกรรมการ
	นายกิตติพงศ์	กลิ่นจันทร์	คณะทำงาน
	นายสาวอิศราภรณ์	เทียมศร	คณะทำงาน
	นางสาวณฐนนท์	บริสุทธิ์	คณะทำงาน
	นางสาวรตี	สงวนรัตน์	คณะทำงาน
	นายเจษฎา	ผาผง	คณะทำงาน
	นางเบญจมาศ	จันทร์วัน	คณะทำงาน
	นางสาวชุติสุดา	เนติกุล	คณะทำงานและเลขานุการ
	นางเอื้องไพร	อัศวศรีอนันต์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
	นางสาวณชนก	โชคอนันต์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ : 0 2193 7000 ต่อ 18712