

# วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา

OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND CONTROL 5<sup>TH</sup> NAKHON RATCHASIMA JOURNAL

## บรรณาธิการ

นางสาวธนวัน แสงพิศุทธิ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด) Thanawan Saengpisut M.Sc. (Epidemiology)

## ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.พันธุ์ทิพย์ रामसूत्र สด. Pantyp Ramasoota Doctor of Public Health

นพ.วิชัย ชัตติยวิทยากุล พ.บ., ส.ม. Vichai Kuttiyawithayakoon M.D., M.P.H.

นพ.คิมหันต์ ยงรัตนกิจ พ.บ., ส.ม. Kimhant Yongrattanakit M.D., M.P.H.

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์ พ.บ. Sura Wisedsak M.D.

พญ.ชวณพิศ สุทธินนท์ พ.บ. Chuanpit Suttinont M.D.

ผศ.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ วท.ม. (วิทยาการระบาด) Tussanee Silawan M.Sc. (Epidemiology)

นพ.สมชาย ตั้งสุภาชัย พ.บ. Somchai Tungsupachai M.D.

## กองบรรณาธิการ

นพ.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร พ.บ. Teerawat Valaisathien M.D.

นางสาวศรีสมร กมลเพ็ชร วท.ม. (บริหารสาธารณสุข) Srisamorn Kamonped M.Sc. (Trop - Med)

นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์ พ.บ. Thanapong Jinvong M.D.

นางวาณี สุขพงษ์ไทย พ.บ. (นโยบายสาธารณสุข และการบริหารโครงการ) Vanee Sukpongthai M.P.A. (Public Policy and Project Administration)

นายสุรชัย ศิลาวรรณ วท.ม. (วิทยาการระบาด) Surachai Silawan M.Sc. (Epidemiology)

นายไพโรจน์ พรหมพินใจ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) Pairoj Prompunjai M.Sc. (Public Health)

นางกาญจนา ยิ่งขาว ส.ม. Kanjana Yangkao M.P.H.

นางนันทนา แต่ประเสริฐ สส.ม. (ชีวสถิติ) Nantana Taeprasert M.P.H. (Biostatistic)

นายอภิรัตน์ โสกำปัง สค.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์) Apirat Sokampang M.A. (Medical and Health Social Science)

## ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวสุชัยญา มานิตย์ศิริกุล ส.ม. Suchanya Manitsirikul M.P.H.

นางเปรมปรีดี ชวนะนรเศรษฐ์ วท.ม. Prempree Chawanoraset M.Sc.P.H.

นางสาวสุทธิลักษณ์ หนุรอด วท.ม. (วิทยาการระบาด) Suttalak Nurod M.Sc. (Epidemiology)

## ฝ่ายจัดการ

นายไชยยันต์ นุตตะรังค์ ส.บ. Chaiyun Nuttarung B.P.H.

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 เล่ม ๆ ละ 500 ฉบับ ตีพิมพ์ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ หรือ โรคติดเชื้อ โรคไม่ติดต่อ และโรคจากการประกอบอาชีพและการพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ดูได้จากคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ด้านหลังของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ทุกฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงานการวิจัยถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำ

#### **ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง**

สุชัญญา มานิตย์ศิริกุล

งานฝึกอบรมและพัฒนางานวิจัย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

โทร. 0-4421-2900 ต่อ 146

E-mail add : Suchanya\_2005 @ yahoo.com

**ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา**

Website <http://www.dpck5.com>

# สารบัญ | Content

ตุลาคม 2550 - มกราคม 2551 ปีที่ 14 ฉบับที่ 1

## บทบรรณาธิการ

บรรณาธิการผู้อ่าน.....	4
------------------------	---

## รายงานการวิจัย

1. การทบทวนระบบเฝ้าระวังโรคเพื่อการเตือนภัยในเขตพื้นที่สาธารณสุขที่ 13 The Review of Surveillance System for Diseases Alarming in Public Health Region 13 <sup>th</sup> กัลยาณี จันฉิมมา, นันทนา แต่ประเสริฐ.....	5
2. การรับรู้และปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 ภายใต้ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของสถานประกอบการร้านอาหาร ภัตตาคาร ที่มีระบบปรับอากาศในพื้นที่เขตตรวจสาธารณสุขที่ 13 Perception and Practice of Own air-conditioned Resturants to Follow the Tenth Declation of the Own of Ministry of Public Health Act 2545 (Beneath) the Act of Legislation to Protect Non-smoking Health 2535 in Public Health Area 13 ประดิษฐ์ ทองจุ่น, เบญจมาศ อุรัตน์.....	13
3. ลักษณะประชากรก่อนและหลังการติดเชื้อไวรัสเอดส์และผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลปากคาด จังหวัดหนองคาย ปี 2547-2549 Demographic Charachteristics of HIV Infected and AIDS Patients Before and After HIV Infection and Evaluation of Antiretroviral Drug in Pakkhad Hospital, Nongkai จรรยา สุรารักษ์.....	23
4. การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของแกนนำสตรี และการสร้างเครือข่าย ในกลุ่มสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป ตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา The Application of Pender's Health Promotion Model for Core Group Women in Promoting Breast Self - Examination and Network Construction among Women Aged Thirty Years and Over in Taladsai Sub-District, Pratay District, Nakhonratchasima Province วนิดา ทองดินนอก, จุฬารัตน์ ไสตะ.....	33
5. การพัฒนาแนวทางการบริการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ Development Project to Prevention and Control Hypertension in People, Amphur Jompra, Surin ปัญญา มานูจำ.....	44

## ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน	54
-----------------------	----

## บรรณาธิการผู้อ่าน

คณะบรรณาธิการและผู้จัดทำวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ขออ้อมรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณในสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ขอพระองค์ทรงเสด็จสู่สวรรคาลัย

ในฉบับนี้ พบกับงานวิจัยของสมาชิกในหน่วยงานเครือข่ายให้ความสนใจนำมาลงวารสารจำนวน 3 เรื่อง คณะบรรณาธิการต้องขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ ได้แก่เรื่อง *ลักษณะประชากรก่อนและหลังการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลปากคาด จังหวัดหนองคาย ปี 2547-2549* เป็นเรื่องที่น่าสนใจสำหรับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ จะได้ทราบถึงกลุ่มเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เรื่องที่ 2 *การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของแกนนำสตรี และการสร้างเครือข่ายในกลุ่มสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป ตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา* เป็นการสร้างเครือข่ายในชุมชนในการสอนกลุ่มสตรีให้สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเอง และเรื่องที่ 3 *การพัฒนาแนวทางการบริการเฝ้าระวังและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์* ส่วนอีก 2 เรื่อง จากนักวิชาการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา เป็นเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของสถานประกอบการร้านอาหาร/ภัตตาคาร ในเขตสาธารณสุขที่ 13 และการทบทวนระบบเฝ้าระวังเพื่อการเตือนภัย โปรดติดตามรายละเอียดได้ในฉบับนี้

# การทบทวนระบบเฝ้าระวังโรคเพื่อการเตือนภัยในเขตพื้นที่สาธารณสุขที่ 13

The Review of Surveillance System for Diseases Alarming in Public Health Region 13<sup>th</sup>

กัลยาณี จันธิมา สส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)

Kulyanee Junthima M.PH. (Environmental health)

นันทนา แท้ประเสริฐ สส.ม. (ชีวสถิติ)

Nantana Taeprasert M.PH. (Biostatistics)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา

Office of Disease Prevention and Control 5<sup>th</sup>

Nakhon Ratchasima

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการดำเนินงานการใช้โปรแกรมจัดเก็บข้อมูลทางระบาดวิทยาและการใช้ประโยชน์ของข้อมูล ตัวแปร จากรายงานที่มาจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 28 คน แบบเจาะจง ในกลุ่มผู้จัดทำรายงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในกลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล ใน 4 จังหวัด เขตสาธารณสุขที่ 13 สอบถามเรื่อง ความถี่ ความสำคัญ วิธีการใช้ข้อมูลจากรายงานต่างๆ ตลอดจนปัญหาและข้อคิดเห็น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ จำนวน ความถี่ และร้อยละ

พบว่า มี 3 ประเด็นหลักที่สำคัญ คือ

1) การประมวลผลข้อมูลทางระบาดวิทยามีโปรแกรม ข้อมูลเฝ้าระวัง 2 โปรแกรม คือ Epidem ใช้ในจังหวัดชัยภูมิ และ Vepiprow ใช้ในจังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ และ สุรินทร์

2) ฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและการให้บริการมีความเกี่ยวข้องกันของสำนักระบาดวิทยาและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

3) ความต้องการการใช้ข้อมูลจากรายงานต่างๆ ส่วนใหญ่เห็นว่ามีความประโยชน์และมีความสำคัญ แต่ยังมีรายงานที่มากเกินไป ข้อมูลของรายงานมีความซ้ำซ้อนกัน มีขั้นตอนการจัดทำรายงานมาก และคุณภาพของรายงานไม่เพียงพอ

โดยสรุปแล้วระบบเดิมดี แต่ควรมีการปรับปรุงให้คุณภาพข้อมูลของแต่ละรายงานให้ดีขึ้น พัฒนาโปรแกรมที่มีอยู่แล้วให้ทันสมัย เพิ่มโปรแกรมช่วยการดึงข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล ให้ใช้งานได้สะดวก ลดขั้นตอนลดความซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงานเพิ่มการอบรมและสนับสนุนคู่มือการปฏิบัติงานใหม่ๆ ให้ตรงตามความต้องการและปัญหาของพื้นที่อย่างพอเพียง ในระยะต่อไปควรจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศทางระบาดวิทยาที่เป็นมาตรฐานสามารถเชื่อมโยงกับข้อมูลสาธารณสุขอื่นๆ ที่ทั่วกันได้ทั่วประเทศ

## Abstract

The aims of this study were to find the usefulness of epidemiological information that implement in the Provincial Public Health Office (PHO), District Public Health Office (DHO) and the hospital. 28 reporters were purposively selected from disease control unit in PHO, DHO and the hospital. Data were collected by researchers. Guideline questionnaires (frequency, important of data from reports and limitation and barriers) were used for interviews. A analysis data was frequencies and percentages.

Three important issues were found. The first was 2 application software were used in public health unit in region 13<sup>th</sup> One was Epidem that used in Chaiyaphum province. Another was Vepiprow that used in Nakhonratchasima, Burirum and Surin province. The second was the relation of disease surveillance database from Epidemiological department and database from Strategic policy and planing department. It could not linked together. The last issue was the requirement of data from reports. Most of them was told that it was still usefulness and important. But it was a redundancy, many of steps, and have a little of quality.

Improvements in quality data in each public health surveillance reports. Developments in already applications software have more efficiency by reductions in reporting steps, increasing convenience, decreasing repeated work. All public health level should be add extractor and analysis data software. Training and Supplement relevant new instruction should be add. Further, epidemiological information database should be improve to national standard. It should be link through out country with another public health data.

## บทนำ

ปัจจุบันมีการระบาดของโรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้นมากมายหลายโรค ไม่ว่าจะเป็นโรคประจำถิ่น โรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ รวมถึงอุบัติภัยที่มีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการจัดการ และจัดเก็บข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ให้มีข้อมูลข่าวสารระดับพื้นที่มากมายหลายระบบ ที่อาจจะสามารถเชื่อมโยงกับศูนย์เฝ้าระวังเตือนภัยของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคได้

ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่เกี่ยวกับงานป้องกันควบคุมโรคในระดับจังหวัดในส่วนที่สำนักระบาดวิทยารับผิดชอบ<sup>(1)</sup> จัดเก็บในรูปแบบรายงาน (รง.) ต่างๆ ดังนี้ รง.506 (บัตรรายงานผู้ป่วย) รง.507 (บัตรเปลี่ยนแปลงการรายงานผู้ป่วย) รง.506/1 (แบบรายงานสำหรับผู้ป่วย HIV positive) รง.506/2 (บัตรรายงานผู้ป่วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม) รง.IS (แบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ - Injury Surveillance) สำนักระบาดวิทยามีโปรแกรมในการจัดเก็บ วิเคราะห์ และพิมพ์รายงานสรุป ได้แก่โปรแกรม 506 สำหรับ รง.506 รง.507 ซึ่งจังหวัดใช้อยู่หลายโปรแกรม หลายรุ่น (เช่น Epidem Vepiprow, DSS และ TPN เป็นต้น) แต่ส่วนใหญ่ใช้โปรแกรม Epidem โปรแกรม 506/1 หรือ โปรแกรมเอดส์ สำหรับ รง.506/1 โปรแกรม 506/2 หรือโปรแกรม Env Occ สำหรับ รง.506/2 และโปรแกรม IS (Injury Surveillance) สำหรับรายงานอุบัติเหตุ

ในส่วนจังหวัดในเขตสาธารณสุขที่ 13 คือ นครราชสีมา ใช้โปรแกรม Epidem ส่วนชัยภูมิ สุรินทร์ และบุรีรัมย์ ใช้โปรแกรม Vepiprow ในการประมวลผลข้อมูล เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา<sup>(2)</sup> ซึ่งพัฒนาโปรแกรมโดย คุณพงษ์ศักดิ์ บุญทัต จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ซึ่งรวมระบบเฝ้าระวังโปรแกรม 506 และโปรแกรม 506/2 มาไว้เป็นโปรแกรม fopro เดียวกัน โปรแกรม Vepiprow เป็นโปรแกรมที่ใช้ในงานระบาดวิทยาที่พัฒนาจากโปรแกรม Foxpro 2.0 จนถึงปัจจุบันปรับปรุงโดยใช้ Visual foxpro 7.0 โดยนำข้อดีของโปรแกรม TPN มารวมกัน เพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งาน เกิดความรวดเร็ว ถูกต้อง สะดวกในการปฏิบัติงานมากขึ้น เพื่อให้การเฝ้าระวังเตือนภัย สามารถปฏิบัติงานได้รวดเร็ว และเกิดประโยชน์กับเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค มีการวิเคราะห์ติดตาม สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และนำมาใช้ในการวางแผน การเฝ้าระวังควบคุมโรค ภัยสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาการดำเนินงานการใช้โปรแกรมจัดเก็บข้อมูลทางระบาดวิทยาและการใช้ประโยชน์ของข้อมูล ตัวแปรจากรายงานที่มาจากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ใช้วิธีสุ่มสัมภาษณ์แบบเจาะจง ผู้ทำรายงานหรือผู้เกี่ยวข้องศึกษาในกลุ่มงานควบคุมโรค ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 10 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 10 แห่ง และโรงพยาบาล ทัวไป 4 แห่ง ใน 4 จังหวัด รวมทั้งหมด 28 แห่ง เขียนโครงการและเครื่องมือเก็บข้อมูลในเดือน ธันวาคม 2548 จากนั้น วิเคราะห์ สรุปผลการศึกษา และจัดทำรายงาน การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่และร้อยละ

## ผลการศึกษา

**ระบบการรายงานโรค** เป็นมาตรการที่สำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันควบคุมโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ โปรแกรมที่ใช้ในการประมวลผล ระบบข้อมูล และการรายงาน มีรายละเอียดดังนี้

## 1. โปรแกรมที่ใช้ในการประมวลผล รง.506 และ 507

มีเพียงจังหวัดนครราชสีมา ที่ยังคงใช้โปรแกรม Epidem ส่วนจังหวัดชัยภูมิ บุรีรัมย์ และ สุรินทร์ ใช้โปรแกรม Vepiprow รายงาน 506 และ 507 ระบบข้อมูลและโปรแกรมที่เกี่ยวข้องในทุกกระดับ ฐานข้อมูลด้านการเฝ้าระวังโรค จะเกี่ยวข้องกันระหว่างสำนักโรคบาติวิทยา (สนร.) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระบบข้อมูลและโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับ บัตรรายงานผู้ป่วย (รง.506/507)

ระดับ	หน่วยงาน	ฐานข้อมูล	โปรแกรม	ปัญหา
ประเทศ	สนร.	รง.506/507	Epidem	1. รหัสโรค สนร.ใช้รหัสโรค เป็นเลข 2 หลักแต่ สนย.ใช้ ICD10 และรหัสโรคไม่ตรงกับที่ สนร.ใช้
	สนย.	12 แฟ้ม 18 แฟ้ม	HCIS	1. ฐานข้อมูล สนร. เกี่ยวข้องกับ 18 แฟ้ม คือแฟ้มด้านการเฝ้าระวังโรค Surveillance และโรค Chronic ซึ่งไม่มีในระดับ โรงพยาบาล
เขต	สคร.	รง.506/507	Epidem	1. ได้รับข้อมูลจากจังหวัดทุกสัปดาห์ ยกเว้นจังหวัดบุรีรัมย์ เพราะมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานข้อมูล
จังหวัด	สสจ.	รง.506/507	Vepiprow	1. ความซ้ำซ้อนความล่าช้า ไม่ครบถ้วนของข้อมูล
		12 แฟ้ม 18 แฟ้ม ในจังหวัดสุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ Epidem ในจังหวัด นครราชสีมา	Vepiprow	2. โปรแกรมไม่ประมวลรายงานแยก ไทย - ต่างชาติ
	รพศ./รพท.	ฐานข้อมูล รพ. 12 แฟ้ม	รพ.	1. มีโปรแกรมของโรงพยาบาล ที่จังหวัดตนเอง 2. ไม่มีตัวแปร วันเริ่มป่วย
อำเภอ	สสอ.	รง.506/507 18 แฟ้ม	Epidem/ Vepiprow/ HCIS	1. มีการเก็บ/จัดส่งข้อมูล รง.506 และข้อมูล CUP และ PCU. 2. บางแห่งรวบรวมข้อมูล ไม่ทันเวลา บุคลากรน้อย
อำเภอ	รพช.	ฐานข้อมูล รพ. 12 แฟ้ม	รพ.	1. การเก็บ/จัดส่งข้อมูล รง.506 และข้อมูล CUP และ PCU 2. เหมือน รพศ./รพท.
ตำบล	สอ.	รง.506/507 18 แฟ้ม	Epidem / Vepiprow/ HCIS	1. งานมาก บุคลากรน้อย บางแห่งไม่ส่งรายงาน/ส่งไม่ทันเวลา 2. รหัสโรค สนร. และ สนย.ไม่ตรงกัน

รายงาน 506/2 โปรแกรมที่ใช้ในจังหวัดชัยภูมิ บุรีรัมย์ และ สุรินทร์ ส่วนนครราชสีมา ยังไม่ได้อบรม การใช้งาน รายงาน 506/2 แต่โปรแกรม Vepiprow จะรวมรง.506 และ506/2 ไว้ด้วยกัน ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการรายงาน รายงาน IS ทำเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บในระดับจังหวัด ทุกจังหวัดในเขต 13

โปรแกรมที่ใช้ในการประมวลผล ระดับสถานื่อนามัยทุกแห่งใช้โปรแกรมเก็บรวบรวมข้อมูลการให้บริการด้วย โปรแกรม HCIS (ซึ่งพัฒนาโดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.7) ) ซึ่งสามารถให้รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยออกเป็นรายงาน รง.506 และออกไฟล์ข้อมูลเพื่อเชื่อมโยงเข้ากับโปรแกรมระดับอำเภอ และจังหวัดในเขต 13 ได้โดยรับข้อมูลได้ตามระบบ แต่บางโรงพยาบาล ก็ส่งข้อมูลทางแผ่น Diskette โดยต้องส่งข้อมูลทุกสัปดาห์ ถ้าอำเภอมีปัญหาเรื่องใด ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบข้อมูล ลงไปติดตามแก้ไขให้ที่อำเภอโดยเป็นการสอนงาน (On the job training) เพื่อให้คุณภาพงานระบาดวิทยาดีขึ้น จากการสุ่มสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ และผู้เกี่ยวข้อง รวบรวมปัญหาและข้อคิดเห็น ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ปัญหาและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความต้องการใช้ข้อมูลจาก รง.506 รง.507 รง.506/1 รง.506/2 และ รง.IS

ปัญหา รง.506 และ รง.507	ข้อเสนอแนะ รง.506 และ รง.507
<p>1. โปรแกรม Vepiprow/Epidem</p> <p>1.1 การป้อนข้อมูล ป้อนข้อมูลข้ามปีไม่ได้ ป้อนข้อมูลข้ามพื้นที่ไม่ได้ ป้อนข้อมูลข้ามเลขลำดับ EO ไม่ได้ ป้อนข้อมูลต่างอำเภอที่อยู่ CUP เดียวกันไม่ได้ ป้อนข้อมูลซ้ำซ้อนกับโปรแกรม HCIS ของ สนย./โปรแกรม อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>1.2 แต่ละสถานบริการใช้โปรแกรมคนละเรื่องคนละแบบ ปัจจุบันไม่สามารถเชื่อมข้อมูลระดับชุมชน ไปจังหวัดให้เหมือนๆ กันได้ ผลงานในเรื่องระบาดวิทยาและฐานข้อมูลต่างคนต่างทำ คนละแบบ ระบาดวิทยาในระดับภูมิภาค จึงยังคงต้องการแก้ไขปรับปรุงพัฒนาอีก</p> <p>1.3 Epidem ควรพัฒนาให้รองรับ HCIS สอ. จะได้ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ ที่ต้องมานั่งทำงานซ้ำซ้อนเสียเวลาพิมพ์รหัสคนละรหัส</p> <p>1.4 วิธีใช้โปรแกรม ผู้ใช้ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจวิธีใช้ โปรแกรมเพราะเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานบ่อย ไม่มีคู่มือ ไม่ได้รับการอบรมวิธีใช้ เช่นไม่ทราบวิธีส่งข้อมูลที่ซ้ำกัน จึงส่งมาทั้งหมด</p>	<p>1.1 พัฒนาโปรแกรมให้มีระบบตรวจสอบความซ้ำซ้อน และความผิดพลาดของข้อมูล บังคับให้มีการป้อนข้อมูลทุกช่องที่เป็นข้อมูลสำคัญ มีคำอธิบายตัวแปร มีโปรแกรมแปลงข้อมูลจากโปรแกรมในระดับ สอ./รพช./รพศ. มาเป็นฐานข้อมูล รง.506 สามารถป้อนข้อมูลผ่าน Web Base ได้เลย</p> <p>1.2 ส่วนกลางเป็นผู้เขียนและส่งโปรแกรมให้หน่วยงานต่างๆ ไม่ว่าจะระดับจังหวัด หรืออำเภอ โดยโปรแกรมที่เขียนต้องสามารถเชื่อมต่อกันกับโปรแกรมเวชระเบียน</p> <p>1.3 สสอ. คนน้อย ถ้าหากทำโปรแกรมรวมกันได้และส่งต่อข้อมูลกันได้แล้ว มารวมกับข้อมูล สอ. รพช. และ สสอ. จะทำให้ข้อมูลครบถ้วนมากยิ่งขึ้น</p> <p>1.4 ควรจัดให้มีการอบรมการใช้โปรแกรมเป็นระยะๆ และมีคู่มือการใช้โปรแกรมเพียงพอกับเจ้าหน้าที่ มีการติดตามงานจากส่วนกลางอย่างสม่ำเสมอ</p>
<p>2. ปัญหารายงานโรคอื่น ๆ</p> <p>2.1 รหัสโรค ไม่มีรหัสโรคเกิดใหม่บางโรค เช่น SARS, ไข้หวัดนก เป็นต้น มีรหัสโรคไม่ตรงกับแพทย์วินิจฉัย</p> <p>2.2 ที่อยู่ขณะเริ่มป่วยไม่ชัดเจน มักใส่ที่อยู่ตามบัตรประชาชน หรือบอกที่อยู่ไม่ครบ</p>	<p>ข้อเสนอแนะ</p> <p>2.1 สนร. ควรกำหนดรหัสโรคเกิดใหม่ และแจ้งทุกจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ</p> <p>2.2 ควรจัดอบรมเจ้าหน้าที่ สอ. และ รพ. ให้เขียน รง.506 ให้ถูกต้องตามนิยามและที่อยู่ขณะเริ่มป่วย</p>



<p>2.3 ความเชื่อมโยงของข้อมูลมีน้อย เช่น การเปลี่ยนแปลงโรคไม่ได้ประสานแจ้งใน รง.507 ให้ครบทุกระดับที่เกี่ยวข้อง/ความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานบริการทั้งรัฐและเอกชนในพื้นที่</p> <p>2.4 ข้อมูลล่าช้า รายงานส่งมาช้า บันทึกข้อมูลไม่ครบทุกตัวแปร ข้อมูลไม่ถูกต้องบางครั้งวินิจฉัยโรคไม่ตรงกับนิยาม</p> <p>2.5 ความซ้ำซ้อนของโรคที่ต้องรายงานในแต่ละระบบ เช่น ภูเก็ต (รง.506,IS,506/2) ฆ่าตัวตาย (รง.506,IS)</p> <p>2.6 ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ต้องไปประชุมแล้วรับรายงานจากสำนักต่างๆ เยอะมาก</p> <p>2.7 การรายงานยังไม่ครอบคลุม ครบถ้วนทุกโรค</p>	<p>2.3 ควรจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินการทางระบาดวิทยา เชิญผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับให้เป็นแนวทางเดียวกันและแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยในพื้นที่</p> <p>2.4 ควรให้ความสำคัญในเรื่องการจัดรับ-ส่งข้อมูล ตรวจสอบทุกวันและควรจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการวินิจฉัยโรคและการทำรายงาน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>2.5 ระบบรายงานโรคไม่ติดต่อ ควรเป็นแบบรายงานเดียวกัน เพื่อจะได้มีความเข้าใจเป็นหนึ่งเดียวในระบบรายงานและพัฒนาโปรแกรมเก็บข้อมูลให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน</p> <p>2.6 ขอให้ผู้บริหาร ให้ความสำคัญ กับงานระบาด</p> <p>2.7 ควรมีโปรแกรมดึงข้อมูล CD, NCD Env.Occ จาก รพ. และ สอ. มาใช้ได้เลย โดยไม่ต้องไปค้นที่บัตร OPD หรือเขียนรายงานเพิ่มเติมอีก และควรรวบรวมรง.506/1 รง.506/2 และพัฒนา ระบบตรวจสอบข้อมูล</p>
--	--

รายงานผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด คัดกรองในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ในส่วนของสถานีอนามัยจะมีแพทย์ลงไปช่วยคัดกรองเดือนละครั้ง เครื่องมือในการตรวจคัดกรองมีเพียงพอ พบปัญหาจากการบันทึกข้อมูลเพราะใช้โปรแกรม Excel ทำให้เชื่อมต่อกับโปรแกรมอื่นยาก ตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูลไม่ได้ ทำให้ไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควร นอกจากนั้นมีรายละเอียดในการบันทึกข้อมูลมาก เป็นการเพิ่มภาระงานให้เจ้าหน้าที่

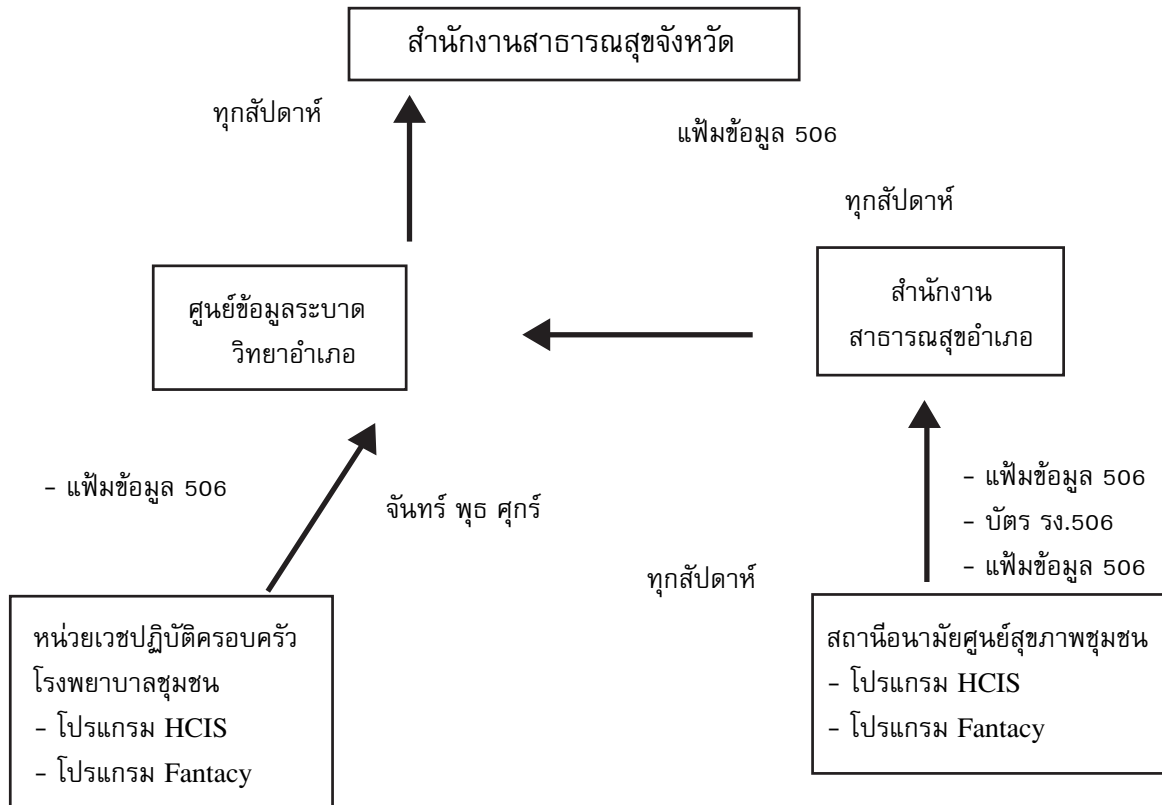
รายงานวันโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่ควรให้ทางอำเภอรายงานข้อมูลในคอมพิวเตอร์เพราะทำให้ความจุของคอมพิวเตอร์ไม่พอ เพราะมีโปรแกรมรายงานที่คอมพิวเตอร์หลายโปรแกรม และควรให้ทางอำเภอบันทึกข้อมูลด้วยมือแล้วส่งเป็นกระดาษมาที่จังหวัดเพื่อบันทึกข้อมูลต่อไป เนื่องจากมีรายงานโรคในกลุ่มนี้น้อย

## 2. ระบบข้อมูลในสถานีอนามัย

การปฏิรูประบบราชการส่งผลให้สถานีอนามัยต้องปรับบทบาทเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนปรับปรุงทั้งการให้บริการและระบบข้อมูลแล้ว รายงานบางแห่งมีแพทย์ เกสซิกอร์ ทันตแพทย์ พยาบาล ออกมาให้บริการ จัดทำแฟ้มข้อมูลเพิ่มมากมาย เช่น แฟ้มครัวเรือน การจัดทำรายงาน 0110 รง.5 และพัฒนาโปรแกรมใช้เพื่อเสริมให้การดำเนินงานในสถานีอนามัยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

### ตัวอย่างการไหลเวียนระบบข้อมูลระบาดวิทยา

ระบบข้อมูลในสถานื่อนามัยในเขต 13 มีใช้ 2 โปรแกรมหลักๆ คือ ใช้โปรแกรม HCIS (Health Center Information System) ซึ่งใช้ในสถานื่อนามัยทั่วๆ ไปในประเทศไทย ซึ่งจัดทำโดย สำนักยุทธศาสตร์นโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข และโปรแกรม FANTACY ซึ่งพัฒนาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดชัยภูมิ และใช้เฉพาะในจังหวัดชัยภูมิ รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รง.506 ที่ส่งจากโปรแกรมทั้ง 2 มี 2 รูปแบบ คือ ส่งเป็นแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และบัตรรายงาน 506 ซึ่งทั้ง 2 มีเมนูเลือกสำหรับจัดทำรายงาน 506 ระบบการจัดส่งจะเป็นดังรูป



### ปัญหาอุปสรรคที่พบจากระบบข้อมูลในสถานื่อนามัย

เนื่องจากในปัจจุบันในสถานื่อนามัยทุกแห่งใช้คอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือช่วยในการประมวลผลข้อมูล ทั้งข้อมูลการรักษา การบริหารเวชภัณฑ์ และรายงานต่างๆ รวมทั้งรายงานทางด้านระบาดวิทยา ปัญหาที่เกิดขึ้นหากไม่สามารถแก้ไข หรือแก้ไขได้ช้า มีผลกระทบต่อระบบรายงานซึ่งต้องดำเนินการต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อให้การส่งข้อมูลทันเวลาตามที่มาตรฐานกำหนดไว้ ปัญหาที่พบ ดังนี้ คือ

#### 1. ด้านฮาร์ดแวร์ (Hard ware)

เครื่องมือไม่เพียงพอ ในบางสถานื่อนามัยคอมพิวเตอร์ 1 เครื่อง สนับสนุนงานทุกงานเกิดปัญหา เครื่องไม่พอใช้คุณสมบัติของเครื่องไม่สนับสนุนการทำงานของโปรแกรม เครื่องทำงานช้า เครื่องเสียบ่อย

#### 2. ด้านโปรแกรม (Soft ware)

2.1 โปรแกรมไม่มีเมนูส่งข้อมูลออกเป็นแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

2.2 โปรแกรมที่แปลงรหัสโรคระหว่างรหัส ICD-10 และรหัสโรคในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ยังให้ผลที่ผิดพลาด ในบางโรคที่การรายงานในระบบรายงานเฝ้าระวังต้องการเงื่อนไขเพิ่มเติม เช่น ตาแดง (รหัสโรคเฝ้าระวัง 17 รหัส ICD-10 A09) ซึ่งในโปรแกรมของสถานื่อนามัยจะรวมทุกสาเหตุทั้งตาแดงจากการระคายเคือง และตาแดงจากการติดเชื้อ (ซึ่งต้องรายงาน) ผลจากโปรแกรมในสถานื่อนามัย รายงานทั้งหมด อัจจาระร่วง (รหัสโรคเฝ้าระวังคือ 02 รหัส ICD-10 คือ A09) ในโปรแกรมของสถานื่อนามัยจะไม่ถูกรายงานเมื่อผู้บันทึกข้อมูลไม่ระบุอาการเป็นอูจจาระร่วงติดเชื้อ ICD-10 คือ A09

2.3 โปรแกรม HCIS ไม่สามารถส่งข้อมูลออกเป็นแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้ ต้องมาเขียนโปรแกรม ส่วนต่อเพิ่มเติมเองในแต่ละแห่ง ซึ่งส่วนสำคัญคือ การแปลงข้อมูลจากระบบ ICD-10 เป็นรหัสข้อมูลโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ซึ่งยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ขึ้นกับโปรแกรมเมอร์แต่ละคนที่มีความเข้าใจการให้รหัส ICD-10 และรหัสโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาแตกต่างกัน

2.4 โปรแกรมที่เขียนต้องการทรัพยากรมากมาย แตกต่างกันไป บางโปรแกรมต้องการคุณสมบัติสูง บางโปรแกรมต้องการขนาดปานกลาง

2.5 โปรแกรมที่ใช้งานในสถานีนอนาัยมีมากมายหลากหลายโปรแกรมที่สนับสนุนงาน และระบบรายงานในสถานีนอนาัย แต่ละโปรแกรมบางครั้งต้องการการใช้งานกับเครื่องที่ต่างกัน และการใช้งานขัดแย้งกัน เช่น โปรแกรม HCIS จะมีความขัดแย้งด้านทรัพยากร (โปรแกรมปฏิบัติการและหน่วยความจำ ฯลฯ กับโปรแกรมจัดทำแผนที่ ชื่อ Arc view เป็นต้น)

2.6 โปรแกรมไม่เปิดโอกาสให้เขียนส่วนขยายเพิ่มเติมโดยผู้ใช้งานในระดับพื้นที่มากนักโดยเฉพาะโปรแกรมที่เขียนขึ้นจากโปรแกรมเมอร์ในส่วนกลาง ดังนั้น หากระบบเฝ้าระวังมีโปรแกรมใหม่ หรือต้องการรายงานที่มากกว่าเดิม ไม่สามารถทำได้

### สรุปและอภิปรายผล :

จากการศึกษา สรุปได้ว่าปัญหาเกิดขึ้นทั้งในส่วนของผู้ใช้โปรแกรมที่ไม่สะดวก ในการปฏิบัติงาน ระบบข้อมูลและการรายงาน ความล่าช้า ความครบถ้วนถูกต้องของการรายงาน ความซับซ้อนของการรายงานด้านต่างๆ ที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงาน การขาดทักษะหรือความรู้ในงานที่ได้รับมอบหมายเนื่องจากเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ และอัตรากำลังไม่เพียงพอ กับงานหรือภารกิจที่ได้รับมอบหมาย

มีข้อสังเกตได้ว่า ผู้รับผิดชอบในการรายงานและใช้โปรแกรมที่ประกอบกับรายงานต่างๆ ทางระบาดวิทยา ถ้ามีการเปลี่ยนหน้าที่บ่อยหรือมารับผิดชอบงานใหม่และไม่ได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดทักษะในงานที่รับผิดชอบมาก่อน หรือไม่มีคู่มือในการปฏิบัติงาน จะประสบปัญหาด้านต่างๆ ตามมาหลายด้าน<sup>(3)</sup> เช่น ทำรายงานไม่ถูกต้อง ไม่ทราบหลักเกณฑ์หรือนิยามที่เกี่ยวข้องใช้โปรแกรมได้ไม่ดีเท่าที่ควร แก้ไขปัญหาต่างๆ ที่พบไม่ได้ เป็นต้น

สำหรับหลักเกณฑ์ในการรายงาน รง.506 และ รง. 507 นั้น ปกติถ้าเป็นผู้ป่วยโรคติดต่อสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังหรือ แม้จะเป็นการวินิจฉัยโรคที่สงสัยในเบื้องต้น (Suspected case) จะต้องรายงานทันทีด้วย รง.506 ก่อนเพื่อความรวดเร็วในการสอบสวนโรค ดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคในระบบส่วนนี้ต้องการความรวดเร็วในการรายงาน ซึ่งปัจจุบันสามารถพัฒนาระบบเครือข่ายการรับส่งข้อมูลรายงานให้รวดเร็วได้ถึงวันต่อวัน หรือทันทีที่บันทึกผลการวินิจฉัยโรคเสร็จ (ขึ้นอยู่กับความพร้อมของระบบ intranet และ internet ของแต่ละหน่วยงาน) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโรคหรือผู้ป่วยได้รับการยืนยันการป่วย (Confirmed case) จึงส่งรายงาน รง. 507 ตามมาภายหลัง ซึ่งรายงาน รง.506 ในส่วนที่แก้ไขใหม่จากข้อมูล รง.507 นี้ ส่วนใหญ่จะล่าช้าเพราะกว่าจะยืนยันโรคใช้เวลาหลายวันหรือเป็นเดือน จึงใช้ในการวางแผนหรือสรุปวิเคราะห์งานประจำเดือนหรือปีมากกว่า ดังนั้น รง. 506 จึงมีทั้งระบบเฝ้าระวังและวางแผนอยู่ในตัวขึ้นกับว่ารายงานเร็วหรือช้า จากการศึกษานี้ มีข้อสังเกตว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบ หลักเกณฑ์จึงไม่รายงาน Suspected case แต่รอเป็น Confirmed case ก่อนจึงรายงาน ทำให้การรายงานล่าช้า สอบสวนโรคช้า จึงควบคุมโรคล่าช้า

ในส่วนของการรวบรวมรายงานในระดับแหล่งข้อมูล คือสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ซึ่งมีสถานีนอนาัย โรงพยาบาล และคลินิกในระบบสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ยังไม่อาจปรับปรุงความเร็วของข้อมูลได้ทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ เนื่องจากความไม่เอื้ออำนวยของคอมพิวเตอร์ โปรแกรมบันทึกและประมวลผลข้อมูล ระบบเครือข่ายการจัดส่งข้อมูลผู้ปฏิบัติงาน และที่สำคัญคือการพัฒนาหรือวิธีบริหารจัดการทรัพยากรด้านต่างๆ ส่วนใหญ่เริ่มจากระดับบนลงสู่ระดับล่าง หรือจากระดับสรุปวิเคราะห์รายงาน ลงสู่ระดับเก็บข้อมูลลงรายงาน ในขณะที่ข้อมูลและงานส่วนใหญ่มาจากระดับล่าง ขึ้นสู่ระดับบน ซึ่งสวนทางกัน ดังนั้นความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาของข้อมูล จึงผิดพลาดไปได้มาก ถ้าไม่มีการติดตาม นิเทศงาน ประเมินผล และสนับสนุนทรัพยากรให้เหมาะสมและพร้อมเพียงในทุกระดับ

## ข้อเสนอแนะ

โดยสรุปแล้วระบบเดิมดี แต่ควรมีการปรับปรุงให้คุณภาพข้อมูลของแต่ละรายงานให้ดีขึ้น พัฒนาโปรแกรมที่มีอยู่แล้วให้ทันสมัย เพิ่มโปรแกรมช่วยการดึง วิเคราะห์ข้อมูล ให้ใช้งานได้สะดวก ลดขั้นตอนลดความซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงานเพิ่มการอบรมและสนับสนุนคู่มือการปฏิบัติงานใหม่ๆให้ตรงตามความต้องการและปัญหาของพื้นที่อย่างพอเพียง ในระยะต่อไป ควรจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศทางระบาดวิทยาที่เป็นมาตรฐาน สามารถเชื่อมโยงกับข้อมูลสาธารณสุขอื่นๆทั่วกันได้ทั้งประเทศ

### ข้อเสนอแนะในระดับหน่วยบริหารระบบเฝ้าระวัง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ)

1. ควรเร่งรัดการรายงานของเครือข่ายเฝ้าระวังทุกระดับ เพื่อให้มีการรายงานที่ครอบคลุม และมีความทันเวลาต่อการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์มากขึ้น
2. ควรมีการเฝ้าติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อแก้ไขปัญหาการรายงาน
3. ควรมีการจัดทำสรุปสถานการณ์โรคที่สำคัญอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละครั้งเพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังเตือนภัย และเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่
4. ควรเน้นเครือข่ายให้มีการแจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญอย่างรวดเร็ว โดยไม่ต้องรอผลยืนยันการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
5. ควรมีการจัดทำทะเบียนการรับส่งข้อมูล รายงานและสำเนาเอกสารต่างๆ ให้สมบูรณ์

### ข้อเสนอแนะในระดับหน่วยรายงาน (โรงพยาบาลและสถานีอนามัย)

1. ควรมีการจัดทำสรุปรายงานสถานการณ์โรคเพิ่มขึ้น โดยอาจจัดทำเป็นสรุปสถานการณ์เบื้องต้น เพื่อให้รู้สถานการณ์พื้นที่ในเขตรับผิดชอบ
2. ควรมีการจัดทำทะเบียนการรับส่งรายงานให้สมบูรณ์ และมีการส่งรายงานด้วยความถี่เพิ่มขึ้น โดยไม่ต้องรอรวบรวมส่งในคราวเดียวกัน ถึงแม้จำนวนรายงานจะไม่มาก

## เอกสารอ้างอิง

1. สิริพร ชาตะปัทมะ และคณะ . สรุปผลการสำรวจความสำรวจต้องการในการใช้ข้อมูลสารสนเทศทางระบาดวิทยาในการป้องกันควบคุมโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด . กรุงเทพมหานคร. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข . , เอกสารอัดสำเนา . 2547.
2. พงษ์ศักดิ์ บุญทัต . การใช้โปรแกรม Vepiprow ในการประมวลผลข้อมูลทางระบาดวิทยา. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. เอกสารอัดสำเนา . 2548 .
3. กลุ่มข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักกระบาดวิทยา . สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายงานระบาดวิทยา ระดับเขต ปี 2547 . กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .กรุงเทพมหานคร. , เอกสารอัดสำเนา . 2547

# การรับรู้และปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของสถานประกอบการร้านอาหาร/ภัตตาคารที่มีระบบปรับอากาศในพื้นที่เขตตรวจสาธารณสุขที่ 13

Perception and Practice of Own air-conditioned Resturants to Follow the Tenth Declation of the Own of Ministry of Public Health Act 2545 (Benealth) the Act of Legislation to Protect Non-smoking Health 2535 in Public Health Area 13

ประดิษฐ์	ทองจุ่น	วท.บ. (สุขศึกษา)	Pradith	Tongjun	B.Sc. (Health Education)
เบญจมาศ	อุรรัตน์	ประกาศนียบัตรพยาบาล และผดุงครรภ์ชั้นสูง	Benjamas	Unrat	Cert. In Nursing Sciences
อมร	ถกลจิตร	ป.พนักงานอนามัย	Amorn	Tagonjit	Cert . Health Worker
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา			Office of Disease Prevention and Control 5 <sup>th</sup> Nakhon Ratchasima		

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ การรับรู้และการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2535 ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของสถานประกอบการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประกอบการร้านอาหาร/ภัตตาคารที่มีระบบปรับอากาศในพื้นที่เขตตรวจสาธารณสุขที่ 13 ทั้งหมดจำนวน 87 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า สถานประกอบการร้านอาหาร /ภัตตาคาร ที่มีระบบปรับอากาศในเขตตรวจสาธารณสุขที่ 13 มีการปฏิบัติในการจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ที่ถูกต้อง ร้อยละ 87.4 ผู้ประกอบการมีการรับรู้เกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 ภายใต้ พรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในระดับดี ร้อยละ 60.9 และมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ในระดับมาก ร้อยละ 65.5 และการจัดสถานที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ถูกต้อง ร้อยละ 87.4

การวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า สถานประกอบการร้านอาหาร /ภัตตาคาร ในเขตพื้นที่เขตตรวจสาธารณสุขที่ 13 ส่วนใหญ่มีการจัดเขตปลอดบุหรี่ได้อย่างถูกต้องอย่างไรก็ตามความเข้าใจในรายละเอียดของกฎระเบียบ ข้อบังคับของกฎหมายยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ซึ่งจะต้องดำเนินการเพื่อให้เกิดการรับรู้และเข้าใจถูกต้องต่อไป

## Abstract

The purpose of this research was to survey the knowledge the perception and the laws following in a cigarettes free zone correctly of the business places. The sample group were the food business places/restuarants. The airconditioning system available in the 13<sup>th</sup> public health in spection area. There are 87 food business places with the air-conditioning available. The data were collected by inquiry form, data analyzed with the descriptive statistically

The results found that the food business places/restaurants with the air-conditioning system available in the 13<sup>th</sup> public health inspection area correctly followed by cigarettes free zone setting

accounted 87.4%, perception of No. 10 under the Non-smoking Health Prevention Acts of B.E. 2535 were a good level (65.5 %) and knowledge about dangerous from smoking were high level (60.9 %)

From this research it was found that the most of the food business places/restaurants with the air-conditioning system available in the 13<sup>th</sup> public health inspection area correctly set a cigarettes free zone The understanding about the regulation details and the legal enforcement were still low level so It must be improved.

## บทนำ

บุหรี่ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น หากยังไม่มีมาตรการในการควบคุมที่มีประสิทธิภาพดีพอ บุหรี่จะทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และต่อชีวิตของประชาชน โดยจะเป็นภาระต่อรัฐบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เป็นจำนวนมาก ซึ่งการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อตนเอง และบุคคลใกล้ชิด ในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารเคมีต่างๆ มากกว่า 4,000 ชนิด และไม่ต่ำกว่า 42 ชนิด จัดเป็นสารก่อมะเร็ง (Carcinogens) ซึ่งก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ โรคมะเร็งของอวัยวะต่างๆ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ปีละ 4.2 ล้านคน หรือชั่วโมงละ 480 คน คาดว่าอีก 30 ปีข้างหน้าอาจเพิ่มเป็น 10 ล้านคน/ปีในจำนวนนี้ ร้อยละ 80 เป็นผู้อาศัยในประเทศที่ประชากรมีรายได้น้อยและปานกลาง ในปี 2544 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป จำนวน 51.3 ล้านคน พบมีผู้สูบบุหรี่จำนวน 12 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้สูบบุหรี่ประจำหรือสูบบุหรี่ทุกวันประมาณ 10.6 ล้านคน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด ร้อยละ 23.3 เพิ่มขึ้นจากปี 2542 ร้อยละ 5.4 (ปี 2542 ร้อยละ 22.1)<sup>(1)</sup> บุหรี่จึงยังคงเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วน หรืออยู่ในภาวะวิกฤต หากยังไม่มีมาตรการในการชะลอหรือลดการบริโภคบุหรี่ลง จะส่งผลกระทบต่อทรัพยากรมนุษย์และชีวิตของประชากรในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา จากสภาพปัญหาดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ได้รณรงค์เผยแพร่ความรู้เพื่อให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งผลักดันพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และได้มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับต่างๆ ภายใต้ พ.ร.บ.ดังกล่าวติดตามมา ประเทศไทยจึงได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่มีกฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่ที่ดีประเทศหนึ่งในโลก อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิภาพค่อนข้างน้อย<sup>(2)</sup> ซึ่งที่ผ่านมามีการบังคับใช้กฎหมายยังไม่เกิดผลในทางปฏิบัติที่เข้มงวดและจริงจัง และการกำหนดสถานที่ให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ ยังไม่ระบุชัดเจน จึงทำให้ประสิทธิภาพของการดำเนินงานไม่บรรลุผลอย่างเต็มที่ นับตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2545 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 เรื่องกำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และกำหนดบริเวณหรือพื้นที่ของสถานที่ดังกล่าวเป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตปลอดบุหรี่ ซึ่งมีผลให้สถานที่หลายแห่งต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่ และเมื่อวันที่ 24 กันยายน 2548 ได้มีการประกาศบังคับใช้กฎหมายเรื่องการห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบที่จุดขาย

ดังนั้น เพื่อทราบถึงสถานการณ์การรับรู้และการยอมรับ รวมทั้งการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว ของผู้ประกอบการสถานบริการสาธารณะ โดยเฉพาะในผู้ประกอบการร้านอาหารที่มีระบบปรับอากาศในพื้นที่สาธารณสุขเขต 13 กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา จึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาตามประเด็นดังกล่าวต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ 2535 ของผู้ประกอบการในพื้นที่เขตตรวจสาธารณสุขเขต 13
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของผู้ประกอบการในพื้นที่เขตตรวจสาธารณสุขเขต 13
3. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ของผู้ประกอบการ

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจในผู้ประกอบการร้านอาหาร ที่มีระบบปรับอากาศที่ตั้งอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ปี พ.ศ.2549

## นิยามศัพท์ในการวิจัย

1. ผู้ประกอบการ หมายถึง เจ้าของ ผู้จัดการ ผู้ควบคุม หรือผู้รับผิดชอบดำเนินการของสถานประกอบการร้านอาหาร/ภัตตาคาร ที่ติดตั้งระบบปรับอากาศ
2. สถานประกอบการ หมายถึง สถานประกอบการร้านอาหาร/ภัตตาคารที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าไปใช้บริการ โดยติดตั้งระบบปรับอากาศ
3. ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ หมายถึง ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ทั้งทางตรงและทางอ้อม
4. การรับรู้เกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 ภายใต้ พรบ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 หมายถึง การแปลความจากการได้รับทราบ และให้ความหมายที่ถูกต้องเกี่ยวกับประกาศกระทรวงฯ
5. การปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 ภายใต้พรบ.ฯ หมายถึง การจัดสถานที่ในบริเวณสถานประกอบการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ที่มีระบบปรับอากาศให้เป็นเขตปลอดบุหรี่อย่างถูกต้อง

## วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey study) เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ การรับรู้ และปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ของสถานประกอบการร้านอาหาร/ภัตตาคาร ที่มีระบบปรับอากาศในพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 13

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านอาหาร/ภัตตาคารที่มีระบบปรับอากาศในพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 13 ซึ่งประกอบด้วยเจ้าของร้าน ผู้จัดการ ผู้รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายจากเจ้าของร้านการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือประสานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 จังหวัดในพื้นที่เขตสาธารณสุขที่ 13 เพื่อขอจำนวนและรายชื่อร้านอาหาร/ภัตตาคารที่มีระบบปรับอากาศ และร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดในการสำรวจสถานประกอบการร้านอาหาร/ภัตตาคารทั้งหมดจำนวน 87 ร้าน และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำข้อมูลร้านอาหาร/ภัตตาคารดังกล่าวเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามเนื้อหาแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การรับรู้ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ การหาคุณภาพของเครื่องมือโดยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ช่วยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ก่อนนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะคล้ายกัน จำนวน 30 ร้าน และนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbachs Alpha Coefficient) ในส่วนของความรู้และการรับรู้ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้เท่ากับ 0.75 และ 0.79 ตามลำดับ

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสำรวจสภาพของร้าน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการอ่าน ผู้วิจัยจะอ่านคำถามให้ฟังและให้ตอบคำถามเป็นข้อๆ โดยผู้วิจัยจะทำหน้าที่กรอกข้อมูลลงในแบบสอบถาม

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย

การศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ครั้งนี้ได้รวบรวมข้อมูลจากการสำรวจสถานบริการร้านอาหาร/ภัตตาคารในพื้นที่เขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันโรคที่ 5 นครราชสีมา จำนวน 87 แห่ง ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย 5 ส่วนตามลำดับดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทางประชากร

สถานะผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นเจ้าของร้าน/ผู้จัดการ ร้อยละ 86.2 เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.2 อายุต่ำกว่า 46 ปี ร้อยละ 73.5 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.8 จบการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 56.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของร้านต่ำกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 86.2 ระยะเวลาที่เปิดกิจการน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 71.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้ประกอบการจำแนกตามข้อมูลพื้นฐานทางประชากร

ข้อมูลพื้นฐานทางประชากร	จำนวน (n=87)	ร้อยละ
สถานะของผู้ประกอบการ		
- เจ้าของร้าน/ผู้จัดการ/ผู้รับผิดชอบ	75	86.2
- อื่นๆ (พนักงาน)	12	13.8
เพศ		
- ชาย	39	44.8
- หญิง	48	55.2
อายุ		
- ต่ำกว่า 46 ปี	64	73.5
- 46 ปี ขึ้นไป	23	26.5
สถานภาพสมรส		
- โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	28	32.0
- คู่	59	68.0
การศึกษา		
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	38	43.6
- ปริญญาตรีและสูงกว่า	49	56.4
รายได้สุทธิเฉลี่ยต่อเดือนของร้าน		
- ต่ำกว่า 50,000 บาท	75	86.2
- 50,000 บาท ขึ้นไป	12	13.8
ระยะเวลาที่เปิดกิจการ		
- น้อยกว่า 10 ปี	62	71.2
- 10 ปีขึ้นไป	25	28.8



## ส่วนที่ 2 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข ตาม พรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

กลุ่มผู้ประกอบการเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 83.9 โดยได้รับข้อมูลข่าวสารทางวิทยุ/โทรทัศน์ มากที่สุดร้อยละ 83.9 รองลงมาคือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเอกสารคู่มือ ร้อยละ 69.0 และ 41.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวน และร้อยละของผู้ประกอบการจำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขตามพรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกาศกระทรวงฯ และพรบ.ฯ	จำนวน (n=87)	ร้อยละ
- เคยได้รับ	73	83.9
- ไม่เคยได้รับ	14	16.1
ช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ทางวิทยุ/โทรทัศน์	73	83.9
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	60	69.0
- เอกสาร/หนังสือพิมพ์/คู่มือ	36	41.4

## ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่

ความรู้เกี่ยวกับอันตรายการได้รับควันบุหรี่จากข้อคำถาม 14 ข้อ พบว่ามีความรู้กระจายตั้งแต่ 4-14 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.6 โดยจำแนกความรู้เป็น 2 ระดับคือระดับมาก (11-14 คะแนน) ร้อยละ 65.5 และระดับความรู้น้อย (4-10 คะแนน) ร้อยละ 34.5 เมื่อวิเคราะห์ความรู้เป็นรายข้อ พบว่าข้อความที่กลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจผิด ได้แก่ การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายสดชื่น ผ่อนคลายไม่เหน็ดเหนื่อย ร้อยละ 80.5 ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดได้มากกว่าคนที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 82.8 คนที่สูบบุหรี่แล้วเลิกสูบจะทำให้อายุสั้นลง ร้อยละ 80.5 โรคนั้นเลือดในสมองตีบและแตกเกิดจากการหยุดสูบบุหรี่อย่างกะทันหัน ร้อยละ 65.5 ส่วนความรู้ที่ถูกต้องคือ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถ้าสูดเอาพิษจากควันบุหรี่เข้าไปจะทำให้เกิดอันตรายเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.6 ควันบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 93.1 สารในควันบุหรี่ทำให้คนติดบุหรี่ คือนิโคติน ร้อยละ 89.7 ตารางที่ 3-4

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของผู้ประกอบการจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่

ระดับความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่	จำนวน (n=87)	ร้อยละ
- มาก (11 - 14 คะแนน)	57	65.5
- น้อย ( 4 - 10 คะแนน)	30	34.5
<b>รวม</b>	<b>87</b>	<b>100.0</b>
$\bar{X} = 10.6$		

**ตารางที่ 4** ร้อยละของผู้ประกอบการจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่เป็นรายข้อ

ข้อความ	ตอบถูก	ตอบผิด
1. ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถ้าสูดเอาพิษจากควันบุหรี่เข้าไปจะทำให้เกิดอันตรายเช่นเดียวกับผู้สูบบุหรี่	96.6	3.4
2. ควันบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	93.1	6.9
3. หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่จากผู้ใกล้ชิดที่สูบบุหรี่บุตรที่คลอดออกมาอาจมีความผิดปกติทางระบบประสาท	100.0	0.0
4. สารในควันบุหรี่ที่ทำให้คนติดบุหรี่คือนิโคติน	89.7	10.3
5. ควันบุหรี่ทำให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคภูมิแพ้ โรคหืดมีอาการกำเริบฉับพลันได้	94.3	5.7
6. ในควันบุหรี่ยังมีสารกัมมันตรังสีที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งเฉื่อยปอดอยู่ด้วย	72.4	27.6
7. สารที่เป็นพิษอยู่ในควันบุหรี่ยังมีอยู่เพียง 2 ชนิดเท่านั้น คือ นิโคตินกับคาร์บอนมอนนอกไซด์	66.7	33.3
8. ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าคนอื่น	58.6	41.4
9. โรคถุงลมโป่งพองเป็นโรคที่ผู้สูบบุหรี่จะต้องเป็นทุกคนแต่ช้าหรือเร็วต่างกัน	85.1	14.9
10. การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายสดชื่น ผ่อนคลายไม่เหนื่อยง่าย	80.5	19.5
11. ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดได้มากกว่าคนที่สูบบุหรี่	82.8	17.2
12. คนที่สูบบุหรี่แล้วเลิกสูบจะทำให้อายุสั้นลง	80.5	19.5
13. ควันที่ปล่อยให้ลอยออกมาจากปลายบุหรี่มีสารพิษที่เป็นอันตรายน้อยกว่าควันที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าไป	59.8	40.2
14. โรคเส้นเลือดในสมองตีบและแตก เกิดจากการหยุดสูบบุหรี่อย่างกะทันหัน	65.5	34.5

**ส่วนที่ 4** การรับรู้เกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ. ศ. 2545 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

การรับรู้เกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 พบว่ามีคะแนนการรับรู้กระจายตั้งแต่ 3-16 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 12.9 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.3 โดยจำแนกการรับรู้เป็น 2 ระดับ คือ ระดับดี (13-16 คะแนน) ร้อยละ 60.9 และระดับไม่ดี (3-12 คะแนน) ร้อยละ 39.1 เมื่อพิจารณาการรับรู้เป็นรายข้อพบว่า ผู้ประกอบการมีการรับรู้ว่า ปัจจุบันมีกฎหมายบังคับใช้เพื่อคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ตามสถานที่ต่างๆ ร้อยละ 100.0 ในห้างสรรพสินค้าที่มีระบบปรับอากาศ ในโรงแรมไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 88.5 และมีข้อความที่ผู้ประกอบการเข้าใจผิดหรือมีการรับรู้ค่อนข้างต่ำ คือรถยนต์โดยสารประจำทางที่ไม่มีระบบปรับอากาศไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 21.8 ห้องสุขาสาธารณะไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 29.9 เครื่องหมายแสดงเขตปลอดบุหรี่ ทางร้านจะไม่สามารถออกแบบและทำขึ้นเองขนาดไหนแบบใดก็ได้ ร้อยละ 47.1 ตามตารางที่ 5-6

**ตารางที่ 5** จำนวน และร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2535 ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

การรับรู้เกี่ยวกับพรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และประกาศกระทรวงฯ พ.ศ.2547	จำนวน (n=87)	ร้อยละ
- ระดับดี (13 - 16 คะแนน)	53	60.9
- ระดับไม่ดี ( 3 -12 คะแนน)	34	39.1
<b>รวม</b>	<b>87</b>	<b>100.0</b>
$\bar{X} = 12.9$ $S.D.=2.3$		

**ตารางที่ 6** จำนวน และร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่

ข้อความ	รู้	ไม่รู้
1. ปัจจุบันมีกฎหมายห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบทางสื่อต่างๆ	100.0	0.0
2. ร้านอาหารของท่านถูกกำหนดให้เป็นสถานที่ที่มีการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545	100.0	0.0
3. ร้านอาหารที่มีระบบปรับอากาศแล้วไม่จัดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ มีระวางโทษปรับไม่เกิน 20,000 บาท	88.5	11.5
4. ที่พักผู้โดยสารเฉพาะบริเวณที่มีระบบปรับอากาศเป็นสถานที่ที่กฎหมายกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่	64.4	35.6
5. ร้านตัดผมที่มีระบบปรับอากาศเป็นสถานที่ที่กฎหมายกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่	88.5	11.5
6. ตู้โทรศัพท์สาธารณะเป็นสถานที่ที่กฎหมายกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่	67.8	32.2
7. คลินิกตรวจรักษาโรคของเอกชนที่ไม่มีระบบปรับอากาศเป็นสถานที่ที่กฎหมายกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่	80.5	19.5
8. ร้านอาหารที่มีระบบปรับอากาศไม่สามารถจัดเขตสูบบุหรี่ไว้ที่มุมใดมุมหนึ่งของบริเวณที่มีระบบปรับอากาศได้	55.2	44.8
9. ผู้ที่สูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะที่กำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ มีระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท	54.0	46.0
10. เครื่องหมายแสดงเขตปลอดบุหรี่ ทางร้านจะไม่สามารถออกแบบและทำขึ้นเองขนาดไหนแบบใดก็ได้	47.1	52.9
11. ถ้าไม่แสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ไว้ในที่เปิดเผยทางเข้าของร้านหรือบริเวณที่เห็นได้ชัดเจนต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 2,000 บาท	81.6	18.4
12. สถานที่ราชการขณะเปิดให้บริการไม่สามารถสูบบุหรี่ได้	79.3	20.7
13. รถยนต์โดยสารประจำทางที่ไม่มีระบบปรับอากาศไม่สามารถสูบบุหรี่ได้	21.8	78.2
14. ห้างสรรพสินค้าที่มีระบบปรับอากาศกฎหมายไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ได้	88.5	11.5
15. ห้องสุขาสาธารณะไม่สามารถสูบบุหรี่ได้	29.9	70.1
16. ผู้ที่ไปร่วมงานเลี้ยงฉลองแต่งงานในห้องจัดเลี้ยงที่มีระบบปรับอากาศในโรงแรมไม่สามารถให้สูบบุหรี่ได้	75.9	24.1

## ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในการจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่

ผลการศึกษา พบว่ามีร้านที่มีบริเวณระบบปรับอากาศทั้งหมดร้อยละ 23.0 และมีบริเวณทั้งที่มีระบบปรับอากาศและไม่ปรับอากาศ ร้อยละ 77.0 มีการปฏิบัติในการจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ที่ถูกต้อง ร้อยละ 87.4 มีการจัดให้สูชาสาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่ร้อยละ 65.5 พบมีการละเมิดกฎหมายในเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 55.2 โดยเมื่อมีผู้ละเมิดผู้ประกอบการได้ดำเนินการโดยแจ้งข้อกฎหมายและขอร้องให้หยุดสูบบุหรี่หรือเชิญออกไปสูบบุหรี่นอกร้านร้อยละ 34.5 ไม่ได้ดำเนินการใดๆ ร้อยละ 20.7 รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของผู้ประกอบการจำแนกตามการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2545 และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

ข้อความ	จำนวน (n=87)	ร้อยละ
ลักษณะของร้านอาหาร		
- มีระบบปรับอากาศทั้งหมด	20	23.0
- มีทั้งบริเวณที่มีระบบปรับอากาศและไม่มีการปรับอากาศ	67	77.0
การจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่		
- มีการจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ที่ถูกต้อง	76	77.0
- ไม่มีการจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่/ไม่ถูกต้อง	11	12.6
กำหนดให้สูชาสาธารณะเป็นเขตปลอดบุหรี่		
- ปฏิบัติ	57	65.5
- ไม่ปฏิบัติ	30	34.5
การละเมิดกฎหมายในเขตปลอดบุหรี่		
- มี	48	55.2
- ไม่มี	39	44.8
การดำเนินการเมื่อมีผู้ละเมิดทางกฎหมาย (n=48)		
- แจ้งข้อกฎหมายให้ทราบและขอร้องให้หยุดสูบบุหรี่	30	62.5
- ไม่ได้ดำเนินการใดๆ ( อื่นๆ )	18	37.5

## สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าพบว่า สถานประกอบการร้านอาหาร/ภัตตาคาร ที่มีระบบปรับอากาศในเขตตรวจสาธารณสุขที่ 13 จำนวน 87 แห่งมีการปฏิบัติในการจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ที่ถูกต้อง ร้อยละ 87.4 ผู้ประกอบการมีการรับรู้เกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 ภายใต้ พรบ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในระดับดี ร้อยละ 60.9 และมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่ในระดับมาก ร้อยละ 65.5 ซึ่งจะอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการได้รับควันบุหรี่และการรับรู้เกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 ภายใต้ พรบ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 พบว่าผู้ประกอบการมีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.9 และมีการรับรู้ในระดับมาก ร้อยละ 65.5 ซึ่งจากข้อมูลผู้ประกอบการส่วนใหญ่จบการศึกษาค่อนข้างสูงในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า การเคยได้รับข้อมูลข่าวสารสูงถึงร้อยละ 83.9 สอดคล้องกับผลการของนันทพรพรายน้ำ<sup>(3)</sup> ที่ทำการสำรวจการรับรู้ความพึงพอใจต่อ พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในกลุ่มผู้ประกอบการในเขตเทศบาลนครราชสีมา พบว่ามีการรับรู้การออกกฎหมาย ร้อยละ 70.3 และพึงพอใจที่จะปฏิบัติตาม ร้อยละ 74 และผลการศึกษาค้นคว้านี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ อีระ เบญจมาโยธิน<sup>(4)</sup> ที่ประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายยาสูบ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าผู้ประกอบการ

รับทราบเกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ร้อยละ 67.8 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนโยบายการดำเนินงานมีมาตรการด้านกฎหมายที่จะผลักดันให้มีกิจกรรมการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันทั้งประเทศสอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาในครั้งนั้นที่ผู้ประกอบการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ พ.ร.บ. ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 69.0 และจากทางวิทยุ/โทรทัศน์ สูงถึงร้อยละ 83.9

ในส่วนของการละเมิดของความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่เป็นรายข้อยังพบประเด็นที่ไม่ถูกต้องในสัดส่วนที่สูง ได้แก่ การสูบบุหรี่ทำให้ร่างกายสดชื่น ผ่อนคลายไม่เหน็ดเหนื่อย พบร้อยละ 80.5 ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่มีโอกาสเป็นมะเร็งปอดได้มากกว่าคนที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 82.8 คนที่สูบบุหรี่แล้วเลิกสูบจะทำให้อายุสั้นลง ร้อยละ 80.5 โรคเส้นเลือดในสมองตีบและแตกเกิดจากการหยุดสูบบุหรี่อย่างกะทันหัน ร้อยละ 65.5 ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับ พ.ร.บ. พบประเด็นควรนำมาปรับปรุงพัฒนางานได้แก่รถยนต์โดยสารประจำทางที่ไม่มีระบบปรับอากาศไม่สามารถสูบบุหรี่ได้พบเพียงร้อยละ 21.8 ห้องสุขาสถาปัตยกรรมไม่สามารถสูบบุหรี่ได้ ร้อยละ 29.9 เครื่องหมายแสดงเขตปลอดบุหรี่ ทางร้านจะไม่สามารถออกแบบและทำขึ้นเองขนาดไหนแบบใดก็ได้ พบร้อยละ 47.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน กฤษณเกียรติกร และคณะ<sup>(5)</sup> โครงการวิจัยสำรวจการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 48.77

การปฏิบัติในการจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ที่ถูกต้องพบร้อยละ 87.4 พบมีการละเมิดกฎหมาย โดยมีการสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ พบว่ามีสูงถึงร้อยละ 55.2 สำหรับการดำเนินการเมื่อมีผู้ฝ่าฝืนผู้ประกอบการจะแจ้งข้อกฎหมายให้ทราบและเชิญให้ออกไปสูบบุหรี่นอกร้านหรือบริเวณที่จัดให้ร้อยละ 34.5 และไม่ดำเนินการใดๆ เลย ร้อยละ 37.5 ลักษณะเช่นนี้สอดคล้องกับลักษณะบริบทของสังคมไทยที่มีการโอนอ่อนผ่อนตาม เช่น การศึกษาของ สวาท ชลพล<sup>(6)</sup> ได้ศึกษาความคิดเห็นของข้าราชการในหน่วยงานระดับจังหวัดลำปาง พบว่ามีผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในที่เขตปลอดบุหรี่ ต้องการให้ตักเตือนด้วยวาจาร้อยละ 46.7

## ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในสถานประกอบการร้านอาหาร/ภัตตาคารที่มีระบบปรับอากาศในเขตตรวจราชการที่ 13 ส่วนใหญ่มีการจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ที่ถูกต้อง แต่ผู้ประกอบการยังมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการได้รับควันบุหรี่ การรับรู้เกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10 พ.ศ. 2535 ภายใต้พระราชบัญญัติ คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในบางประเด็นยังไม่ถูกต้อง จึงควรเร่งรัดดำเนินการประชาสัมพันธ์และสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยเฉพาะกฎหมายที่เกี่ยวข้องสำหรับสถานประกอบการ
2. จัดให้มีการอบรมเจ้าของ ผู้ประกอบการให้มีความรู้ในด้านสถานที่กำหนดห้ามสูบบุหรี่และความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่
3. จากการที่ยังพบมีการละเมิดกฎหมายจึงควรมีการติดตาม ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจากเจ้าพนักงานของรัฐ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งสำหรับผู้ฝ่าฝืน พร้อมๆ กับการสร้างจิตสำนึกและความตระหนักในสิทธิของบุคคลอื่นรวมทั้งความตระหนักและปกป้องในสิทธิของตนเอง
4. ควรมีกิจกรรมต่อยอดจากที่ดำเนินการที่ผ่านมาเช่นมุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายความร่วมมือและการประสานงานระหว่างสถานประกอบการ โดยผ่านทางชมรมผู้ประกอบการและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด พร้อมทั้งรับรองมาตรฐานการจัดเขตปลอดบุหรี่ และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมชาย ตั้งสุภาชัย ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน 4 จังหวัด ของเขตตรวจราชการที่ 13 ที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ. 2546  
มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ :[Online-Serial] Available E mail. www.ashthailand.or.th
2. สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส)และมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ [Online Serial] Available  
E mail. www. Ashthailand.or.th. 2546
3. นิ่มนวล พรายน้ำ การสำรวจการรับรู้ ความพึงพอใจ ต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535  
ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 10/2545 เขตเทศบาลนคร นครราชสีมา สำนักงานป้องกัน  
ควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา 2549
4. อีระ เบญจมาโยธิน การประเมินผลการบังคับใช้กฎหมายยาสูบ จังหวัดสมุทรปราการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1  
กรุงเทพ
5. อรพิน ฤกษ์เกษียร และ คณะโครงการวิจัยสำรวจการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย  
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
6. สวาท ชลพล. ความคิดเห็นของข้าราชการในหน่วยงานระดับจังหวัดลำปางต่อการจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ใน  
สถานที่ทำงาน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสังวัตสังคมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล

# ลักษณะประชากรก่อนและหลังการติดเชื้อไวรัสเอ็ดส์และผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ โรงพยาบาลปากคาด จังหวัดหนองคาย ปี 2547-2549

Demographic Characteristics of HIV Infected and AIDS Patients Before and After HIV Infection and Evaluation of Antiretroviral Drug in Pakkhad Hospital, Nongkai

จรรยา สุรารักษ์ พ.บ.

Charoon Suraruk MD.

โรงพยาบาลปากคาด จังหวัดหนองคาย

Pakkhad Hospital, Nongkai Province

## บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์ ก่อนและหลังการติดเชื้อไวรัสเอ็ดส์ที่มารับบริการที่คลินิกรักษาผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอ็ดส์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ 2547 - 31 ธันวาคม พ.ศ 2549 และยินยอมเปิดเผย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ค้นข้อมูลและแบบบันทึกผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาร้อยละและค่าเฉลี่ย พบว่ามีกลุ่มศึกษาทั้งหมด 34 ราย กลุ่มอายุพบมากที่สุดอายุ 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.53 อัตราส่วน เพศชายต่อเพศหญิง 1.1 ต่อ 1 พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 76.47 ก่อนจะติดเชื้อไวรัสเอ็ดส์มีอาชีพรับจ้างทั่วไปทำงานต่างจังหวัด เช่น กทม. คิดเป็นร้อยละ 70.59 หลังติดเชื้อไวรัส จะเดินทางกลับมาภูมิลำเนาตนเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.18 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ติดเชื้อไวรัสเอ็ดส์ คือ การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคูครอง คิดเป็นร้อยละ 63.42 และหญิงขายบริการคิดเป็นร้อยละ 31.71 โดยคูครองที่มีเพศสัมพันธ์ เคยมีสามี/ภรรยามาก่อน คิดเป็นร้อยละ 70.60 ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ 30 ราย มีความสม่ำเสมอในการรักษาร้อยละ 96.66 มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา 3 ราย คือ ตับอักเสบรุนแรง 1 ราย แก้มตอ 2 ราย ระดับ CD<sub>4</sub> หลังได้ยาครบ 1ปีมีค่าเพิ่มขึ้น

## Abstract

The objective of this retrospective study was to identify the demographic characteristics patient before and after HIV infection included side effect of antiretroviral drug treatment in pakkhad hospital during january, 2004 and December 2006 the 34 disclosed samples were recruited and interviewed, physical examination, clinical laboratory testing descriptive percentage and average for data analysis majority of age were 30-34 year 23.53 % proportion of male 1.1:1, as general worker 76.47 % , used to work at metropolis and bangkok 70.59, more back home after HIV infected 91.18 % sexual practices without condom used with partners 63.32 % , with prostitute 31.71 % sexual experience more than one partners 70.60 % . side effect for antiretroviral medical treatment occurred among 3 cases of 30, adherence 96.66 % severe hepatitis 1 case, lipodystrophy 2 cases, CD<sub>4</sub> were increase after take 1 year treatment.

## บทนำ

โรคเอ็ดส์ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งในปัจจุบัน นอกจากจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเองแล้ว ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ปัจจุบัน โรคนี้ไม่มียารักษาให้หายขาดหรือวัคซีนป้องกันโรคที่ได้ผล แต่มีการให้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ เพื่อลดปริมาณของเชื้อไวรัสในกระแสเลือด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันสูงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในประเทศไทยมีการใช้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ตั้งแต่ปี 2535<sup>(1)</sup> โดยเริ่มตั้งแต่การใช้ยาต้านไวรัสชนิดเดียว ต่อมามีการใช้ยา 2 ชนิด และปรับปรุงใช้ยาแบบ 3 ชนิด ในเม็ดเดียวกัน เช่น GPO vir การให้บริการยา

ต้านไวรัสเป็นระบบดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อทุกคนควรได้รับคำแนะนำได้มารับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจวัดระดับ  $CD_4$  เป็นระยะเข้าใจผลของการใช้ยา ความจำเป็นที่ต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญ คือ การให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจยอมรับการติดเชื้อ เอช ไอ วี

โรงพยาบาลปากคาด เป็นโรงพยาบาลชุมชน เริ่มมีการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน ได้จัดตั้งคลินิกรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำงานร่วมกัน ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลผู้ประสานงาน นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ และพยาบาล PCU เยี่ยมบ้าน ซึ่งมีกิจกรรมการตรวจรักษา จ่ายยา ให้สุขศึกษา ให้คำปรึกษา จ่ายถุงยางอนามัย ตรวจเลือด โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่แพร่เชื้อโรคให้คนอื่น

งานวิจัยนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาลักษณะของประชากร การเปลี่ยนแปลงด้านอาชีพ ที่อยู่อาศัยก่อน-หลังทราบผลการติดเชื้อ และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้มีการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางควบคุมป้องกันโรคเอชไอวีและพัฒนาคลินิกรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะของประชากร ได้แก่ กลุ่มอายุ เพศ อาชีพ การศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลง ลักษณะของประชากร ก่อน-หลังทราบผลการติดเชื้อโรคเอชไอวี
3. เพื่อศึกษาผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ทั้งเรื่องการเปลี่ยนแปลงด้าน  $CD_4$  และผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี

### วัสดุและวิธีการศึกษา

ระยะเวลา 1 มกราคม 2547 - 31 ธันวาคม 2549

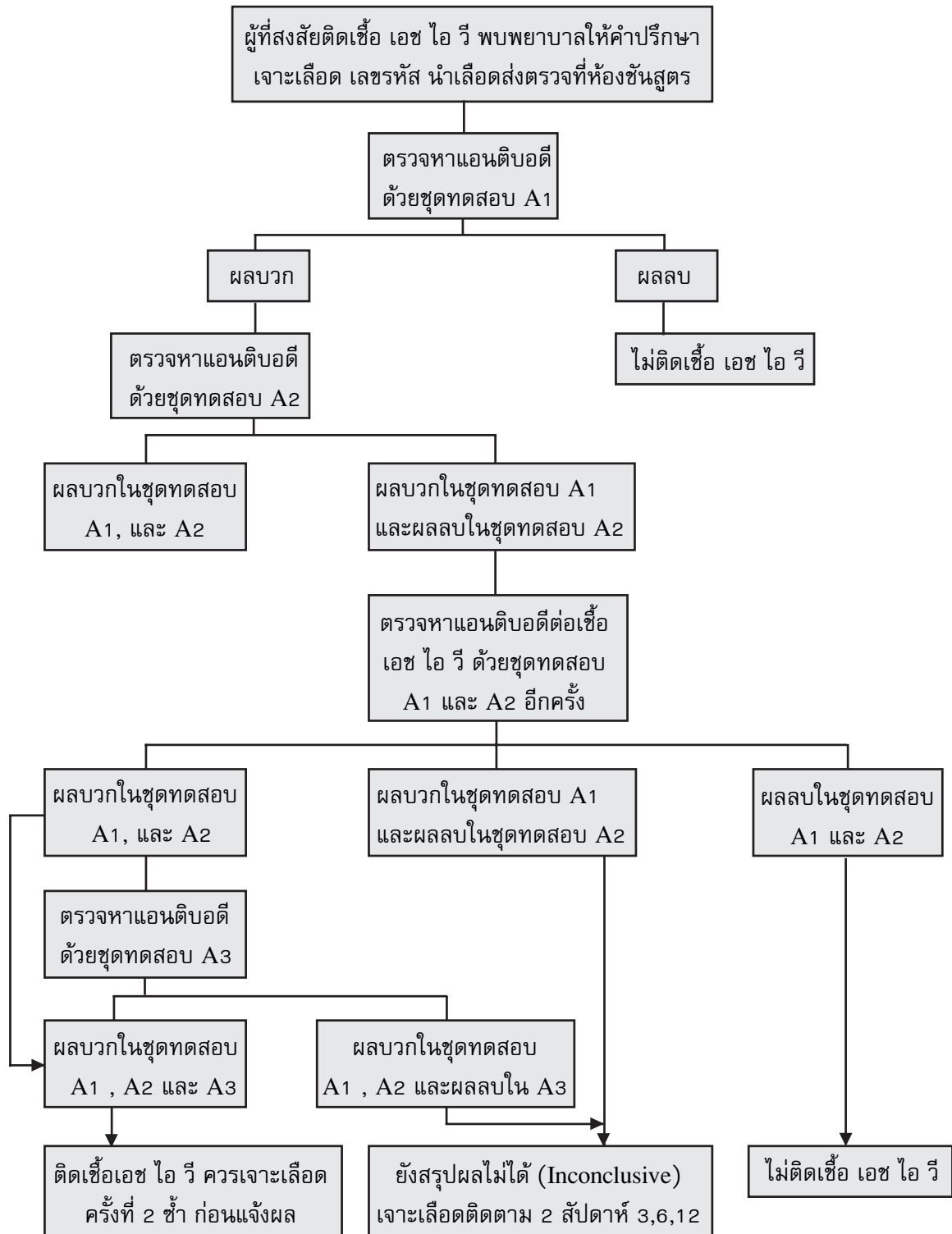
#### รูปแบบการศึกษา

ศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง Retrospective study โดยหาข้อมูลจากแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี OPD Card และแบบสัมภาษณ์ ที่จัดทำขึ้นโดยได้รับการทดลองใช้ประกอบด้วย ข้อมูลด้านประชากร และผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ตามลักษณะของผู้ป่วย ในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ที่อยู่ ก่อน-หลังติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, ความถี่, ร้อยละ และค่าเฉลี่ย



## แนวทางการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในผู้ใหญ่หรือเด็ก ที่มีอายุมากกว่า 18 เดือน

### โรงพยาบาลปากคาด<sup>(1)</sup>



A1 = วิธี Determine ใช้เวลาอ่านผลประมาณ 15 นาที

A2 = วิธี Serodia หลักการ GPA ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

A3 = วิธี Immunocomb หลักการ EIA ใช้เวลา 30 นาที

## ผลการศึกษา

### 1. ลักษณะทางประชากรของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี

จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีจำนวน 34 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด กลุ่มอายุ 30-34 ปีพบร้อยละ 23.53 โดยผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดคือ 5 ปี อายุมากที่สุดคือ 52 ปี เป็นสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ 1.1 ต่อ 1 สถานภาพสมรสพบสถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 41.28 รองลงมาโสดร้อยละ 32.25 การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.54 รองลงมาคือชั้นมัธยมศึกษา ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1,2,3 และ 4 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี จำแนกตามกลุ่มอายุ (34 ราย)

กลุ่มอายุ	จำนวน	ร้อยละ
0-4	0	0.00
5-9	5	14.71
10-14	1	2.94
15-19	0	0.00
20-24	0	0.00
25-29	7	20.60
30-34	8	23.53
35-39	6	17.64
40-44	4	17.64
45-49	1	2.94
50+	2	5.88
<b>รวม</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี จำแนกตามเพศ (34 ราย)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	18	52.94
หญิง	16	42.06
<b>รวม</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี จำแนกตามสถานภาพสมรส (34 ราย)

สถานภาพสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	11	32.25
มีคู่	5	14.71
แยกกันอยู่	4	11.76
สมรส	14	41.28
คู่หย่าร้าง	0	0.00
<b>รวม</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>

**ตารางที่ 4** แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามระดับการศึกษา (34 ราย)

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3	8.52
ประถมศึกษา	25	73.54
มัธยมศึกษา	5	14.70
อนุปริญญา	1	2.94
ปริญญาตรี	0	0.00
<b>รวม</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>

## 2. การเปลี่ยนแปลงลักษณะทางประชากร ก่อน-หลังทราบผลการติดเชื้อโรคเอดส์

**ตารางที่ 5** แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามอาชีพ ก่อน-หลังทราบ ผลการติดเชื้อไวรัสเอดส์ (34 ราย)

อาชีพ	ก่อนติดเชื้อโรคเอดส์		หลังติดเชื้อโรคเอดส์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้างทั่วไป	26	76.47	26	76.47
เกษตรกรกรรม	0	0.00	1	2.94
รับราชการ	0	0.00	0	0.00
นักเรียน	5	14.71	5	14.71
ค้าขาย	3	8.52	2	5.88
<b>รวม</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 5 จะพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 76.47 ซึ่งไม่แตกต่างกับทั้งก่อนและหลังทราบผลการติดเชื้อโรคเอดส์ รองลงมาเป็นอาชีพนักเรียนและค้าขายตามลำดับ

**ตารางที่ 6** แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามที่อยู่อาศัยก่อน-หลังทราบผลการติดเชื้อโรคเอดส์

ที่อยู่อาศัย	ก่อนติดเชื้อโรคเอดส์		หลังติดเชื้อโรคเอดส์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- ต่างจังหวัด เช่น กทม. สระแก้ว, สระบุรี	24	70.59	3	8.82
- ภูมิลำเนาเดิมอยู่ร่วมกับ บิดามารดา, ญาติ	10	29.41	31	91.81
<b>รวม</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 6 จะทราบการเปลี่ยนแปลงด้านที่อยู่อาศัยก่อนและหลังทราบผลการติดเชื้อโรคเอดส์จะแตกต่างกัน คือ ก่อนจะติดเชื้อโรคเอดส์ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.59 จะมีที่อยู่อาศัยที่ต่างจังหวัด เช่น กทม.สระแก้ว, สระบุรี แต่ภายหลังติดเชื้อโรคเอดส์จะมีที่อยู่อาศัยที่ภูมิลำเนาเดิมกับบิดามารดา, ญาติ ร้อยละ 91.81

**ตารางที่ 7** แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี จำแนกตามบิดา, มารดา, ญาติ ทราบว่าติดเชื้อโรคนเอชไอวี (34 ราย)

คนในครอบครัวทราบติดเชื้อโรคนเอชไอวี	จำนวน	ร้อยละ
ทราบ	34	100.00
ไม่ทราบ	0	0.00
<b>รวม</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 7 จะพบว่าคนในครอบครัวอาจจะเป็นบิดา, มารดา, พี่, น้อง จะทราบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีติดเชื้อโรคนเอชไอวีร้อยละ 100 เมื่อทราบแล้วส่วนใหญ่ร้อยละ 85.29 จะให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีอาศัยอยู่รวมบ้านหลังเดียวกัน แต่จะแยกของใช้ส่วนตัวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีไว้ต่างหาก มีเพียงร้อยละ 14.71 เท่านั้น ที่ให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีแยกบ้านอยู่ต่างหาก และไม่มีครอบครัวใดเลย ที่ไม่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี ดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี จำแนกตามการปฏิบัติตัวของครอบครัวหรือทราบว่าติดเชื้อโรคนเอชไอวี (34 ราย)

การปฏิบัติตัวของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
- ดูแลแต่แยกบ้านให้ผู้ป่วยอยู่ต่างหาก	5	14.71
- ดูแลให้อยู่รวมบ้านเดียวกัน แต่แยกของใช้ผู้ป่วยต่างหาก	29	85.29
- ไม่ให้การดูแล	0	0.00
<b>รวม</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>

**ตารางที่ 9** แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ติดเชื้อ (34 ราย) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ปัจจัยเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
- เพศสัมพันธ์	27	72.97
- แม่สู่ลูก	6	16.22
- เข็มฉีดยา	3	8.11
- สักยันต์	1	2.70
<b>รวม</b>	<b>37</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 9 พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อและป่วยด้วยโรคนเอชไอวี คือ การมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 72.97 รองลงมาคือแม่สู่ลูกร้อยละ 16.22 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์นั้นพบว่า ก่อนจะทราบว่าติดเชื้อโรคนเอชไอวี มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีร้อยละ 63.42 คือมีกับสามี/ภรรยาของตนเอง โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย รองลงมาคือ หญิงขายบริการโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 31.71 ดังตารางที่ 10

**ตารางที่ 10** แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี จำแนกตามพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนจะ  
ทราบผลการติดเชื้อโรคเอดส์ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
- หญิงขายบริการโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย	13	31.71
- สามี/ภรรยาตนเองโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย	26	63.42
- รักร่วมเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย	2	4.87
<b>รวม</b>	<b>41</b>	<b>100.00</b>

**ตารางที่ 11** แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี จำแนกตามจำนวนคู่นอน ก่อนจะทราบว่าติดเชื้อ  
โรคเอดส์ (34 ราย)

จำนวนคู่นอน	จำนวน	ร้อยละ
- 2 คน	11	32.40
- 1 คน	10	29.40
- มากกว่า 3 คน	7	20.60
- ไม่มีคู่นอน	6	17.60
<b>รวม</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 11 จะพบว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี มีจำนวนคู่นอนก่อนติดเชื้อโรคเอดส์ 1 คน ร้อยละ 29.40  
2 คน ร้อยละ 32.40 มากกว่า 3 คน (สูงสุด 10 คน) ร้อยละ 20.60 และปรากฏว่าคู่นอนที่ตนเองมีนั้น ส่วนใหญ่ร้อยละ  
70.60 จะผ่านการมีสามี/ภรณยามาก่อน มีเพียงร้อยละ 11.80 เท่านั้น ที่ไม่เคยมีสามี/ภรณยามาก่อน ดังตารางที่ 12

**ตารางที่ 12** จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี จำแนกตามคู่นอนที่เคยหรือไม่เคยมีสามี/ภรณยามาก่อน  
(34 ราย)

คู่นอน	จำนวน	ร้อยละ
- เคยมีสามี/ภรณยามาก่อน	24	70.60
- ไม่มีคู่นอน	6	17.60
- ไม่เคยมีสามี/ภรณยามาก่อน	4	11.80
<b>รวม</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>

**ตารางที่ 13** แสดงจำนวนและร้อยละของอาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มาพบแพทย์ครั้งแรก  
(34 ราย) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

อาการและอาการแสดง	จำนวน	ร้อยละ
1. แสดงอาการ	22	64.71
- ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 1 เดือน	14	20.29 (N69)
- ไอเรื้อรังมากกว่า 2 เดือน	14	20.29 (N69)
- ผื่นคันทั้งตัว	13	18.84 (N69)
- น้ำหนักลด	12	17.39 (N69)
- ฝ้าขาวที่ปาก	11	15.94 (N69)
- ถ่ายเหลวเรื้อรัง	5	9.25 (N69)
2. ไม่แสดงอาการ	12	35.29

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีที่มาพบแพทย์ครั้งแรกส่วนใหญ่ร้อยละ 64.71 จะมีอาการและอาการแสดงมาก่อน จึงมาพบแพทย์โดยอาการแสดงก่อนส่วนใหญ่ได้แก่ ไข้เรื้อรัง ไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 20.29 และไอเรื้อรัง ร้อยละ 20.29 ส่วนที่ไม่แสดงอาการ ร้อยละ 35.29 มาพบแพทย์ส่วนใหญ่จะมีสามี/ภรรยาป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์แล้วได้รับการแนะนำมาตรวจเลือดจึงพบว่าป่วยด้วยโรคเอดส์

### 3. ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

ในกลุ่มศึกษาทั้งหมด 34 ราย มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์การรับยาต้านไวรัสเอชไอวี 30 ราย โดยสูตรยาที่ได้ครั้งแรกส่วนใหญ่ร้อยละ 100.00 (30 ราย) ได้รับยาสูตรยา Stavudine (d4T), Lamivudine (3TC), Nevirapine (NVP) ซึ่งเป็นยา 3 ชนิด ในเม็ดเดียวกัน เรียกชื่อว่า GPO vir เมื่อครบ 1 ปี พบว่าความสม่ำเสมอในการรักษาคิดเป็นร้อยละ 96.66 (29 ราย) ซึ่งการกินยาต้านไวรัสจะให้ได้ผลดีในระยะยาวเพื่อที่จะลด Morbidity และ Mortality ต้องมี Adherence อย่างน้อย 90-95 % มีเพียง 1 ราย ที่กินยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากเดินทางไปพบภรรยาที่ต่างจังหวัดผลข้างเคียงจากการใช้ยา GPO vir มีจำนวน 3 ราย ทำให้ต้องเปลี่ยนสูตรยา คือ ตับอักเสบ (Hepatitis) ซึ่งเป็นข้างเคียงจาก Nevirapine จำนวน 1 ราย เปลี่ยนเป็นสูตรยา Stavudine (d4T), Lamivudine (3TC), Efavirenz แก้มตอบ (Lipodystrophy) ซึ่งเป็นผลข้างเคียงระยะยาวของ Stavudine (d4T) จำนวน 2 ราย เปลี่ยนเป็นสูตรยา AZT, Lamivudine, Nevirapine ดังรายละเอียดตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาต้านไวรัส GPO vir (30 ราย)

ผลข้างเคียง	จำนวน	ร้อยละ
- ไม่มีผลข้างเคียง	27	90.00
- มีผลข้างเคียง คือ	3	10.00
1. ตับอักเสบ Hepatitis	1	-
2. แก้มตอบ Lipodystrophy	2	-

การเปลี่ยนแปลงระดับ CD<sub>4</sub> ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีก่อน-หลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ครบ 1 ปี พบว่าระดับ CD<sub>4</sub> ก่อนได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เฉลี่ย 57.09 เซลล์/ไมโครลิตร (พิสัย 3-200) หลังได้ยาต้านไวรัส ครบ 1 ปี จะมีระดับ CD<sub>4</sub> เพิ่มขึ้นทุกราย โดยมีค่าเฉลี่ยเป็น 235.09 เซลล์/ไมโครลิตร (พิสัย 70-682)

### วิจารณ์ผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มศึกษาทั้งหมด 34 ราย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.53 การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.54 (ตารางที่ 4) อาชีพรับจ้างทั้งก่อนและหลังติดเชื้อโรคเอดส์ ร้อยละ 76.47 (ตารางที่ 5) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่เคยทำมาแล้ว<sup>(2),(3)</sup> แต่ที่แตกต่างกับรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ณ 31 ธันวาคม 2549 คือ สัดส่วนเพศชายมากกว่า 1.1 ต่อ 1 (ตารางที่ 2) ซึ่งเกิดจากกลุ่มศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนน้อยก็ว่าได้ ก่อนทราบผลการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี จะมีที่ทำงานที่ต่างจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 70.59 และหลังทราบผลการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีจะเดินทางกลับภูมิลำเนาของตนเอง ร้อยละ 91.18 (ตารางที่ 6) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ติดเชื้อโรคเอดส์มากที่สุด คือ การมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 72.97 (ตารางที่ 9) โดยเพศสัมพันธ์ที่มีก่อนจะทราบติดเชื้อโรคเอดส์ เป็นการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุดกับคูครอง (สามี/ภรรยา) ร้อยละ 63.42 และหญิงขายบริการ ร้อยละ 31.71 (ตารางที่ 10) ซึ่งสอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมา<sup>(3)</sup> ที่พบว่า มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายก่อนจะติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ส่วนใหญ่กับคูครอง ร้อยละ 72.5 แฟนคูรักร้อยละ 19.2 ซึ่งการศึกษานี้ได้บอกถึงลงไปอีกว่า คูครองที่มีเพศสัมพันธ์นั้น เคยมีสามี/ภรรยามาก่อน ร้อยละ 70.60 (ตารางที่ 12) ซึ่งไม่ทราบว่าสามี/ภรรยาที่มีมาก่อนนั้น ติดเชื้อ เอช ไอ วี หรือติดเชื้อโรคเอดส์ หรือไม่ ซึ่งผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอชไอวีบางคน มีคูนอนมากกว่า 10 คน ก่อนจะทราบว่าตนเองติดเชื้อโรคเอดส์

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกอย่างคือแม่สู่ลูกคิดเป็นร้อยละ 16.22 (6 ราย) (ตารางที่ 9) ซึ่งในจำนวน 6 รายดังกล่าว เป็นคนไข้เด็กที่มีมารดาติดเชื้อ HIV ที่มารดามีประวัติการคลอดและฝากครรภ์ที่ต่างจังหวัด เมื่อทราบว่าติดเชื้อไวรัส

เอช ไอ วี จะเดินทางกลับมาอยู่ภูมิลำเนาตนเอง (อำเภอปากคาด) อยู่ร่วมกับญาติ ปู่ ย่า ตายาย ซึ่งเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 3 ดังนั้นระบบฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปากคาด จะต้องมีการให้คำปรึกษาการตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์ทุกราย และให้การรักษาตามแนวทางการรักษาหญิงตั้งครรภ์ ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ของกระทรวงสาธารณสุขทุกราย เพื่อลดอัตราป่วยไม่เกินเป้าหมาย

ร้อยละ 100 ของคนในครอบครัว (ตารางที่ 7) จะทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อและป่วยด้วยโรคเอชไอวี ซึ่งอาจรู้จักจากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีมาขอใบรับรองแพทย์เพื่อประกอบการขอเงินช่วยเหลือด้านสวัสดิการจากกองทุนเอชไอวีของหมู่บ้าน ทำให้คนในครอบครัว หรือชุมชนรู้ว่าป่วย ซึ่งบางคนก็ไม่ยอมเปิดเผยตัวเอง อาจกลัวว่าจะมีผลกระทบต่อลูก บิดามารดาตนเองก็เป็นได้

อาการและอาการแสดงครั้งแรกที่มาพบแพทย์ ส่วนใหญ่ได้แก่ไข้เรื้อรังไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 20.29 ไอเรื้อรังร้อยละ 20.29 (ตารางที่ 14) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>(3)</sup>

กลุ่มที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด 30 ราย ส่วนใหญ่ครั้งแรกร้อยละ 100 จะรับยาต้านไวรัสชนิด GPO vir หลังใช้ยาต้านไวรัสครบ 1 ปี ประเมินความสม่ำเสมอในการรักษาพบว่ามีความสม่ำเสมอในการรักษาคิดเป็นร้อยละ 96.66 (29 ราย) มีเพียง 1 ราย ที่รักษาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากต้องเดินทางไปต่างจังหวัด ซึ่งการกินยาต้านไวรัสจะให้ได้ผลดีในระยะยาวเพื่อลด Morbidity และ Mortality ด้วยมี Adherence อย่างน้อย 90-95 % ดังนั้นที่มสทสาขวิชชาชีพควรมีการค้นหาสาเหตุ ติดตามคนไข้ที่ขาดนัดทันที และเน้นให้คนไข้กินยาตรงเวลาไม่ควรขาดยา แม้แต่เมื่อเดี๋ยวมีจะนั้น อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อยาได้ จะมีผลข้างเคียง 3 ราย ได้แก่ Severe Hepatitis 1 ราย Lipodystrophy 2 ราย ซึ่งได้รับการเปลี่ยนสูตรยาให้แล้ว (ตารางที่ 15) ยังไม่พบว่ามีผลข้างเคียง ในเรื่อง Lactic acidosis หรือ Neuropathy ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก รพ.ปากคาด เพิ่งเริ่มมีการจ่ายยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ไม่นาน จึงยังตรวจไม่พบก็เป็นได้ แต่การเปลี่ยนแปลงของระดับ CD<sub>4</sub> หลังกินยาครบ 1 ปี จำนวน 22 ราย พบว่ามีค่าเฉลี่ยของ CD<sub>4</sub> ที่เพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 235.09 เซลล์/ไมโครลิตร ซึ่งสอดคล้องการศึกษาในเรื่องที่ผ่านมา<sup>(4)</sup> อาจจะเป็นเนื่องจากความสม่ำเสมอของการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

## สรุป

ลักษณะของประชากรของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยทั้งหมด 34 ราย ส่วนใหญ่มีอายุ 30-34 ปี อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.1 ต่อ 1 การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา อาชีพรับจ้างทั่วไปปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี คือ การมีเพศสัมพันธ์ โดยก่อนจะติดเชื้อไวรัสเอชไอวี เป็นการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด กับคู่นอน และหญิงขายบริการรองลงมา โดยที่คู่นอนนั้น ส่วนใหญ่เคยมีสามี/ภรรยามาก่อน หลังติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างอาศัยอยู่กับบิดามารดาที่ภูมิลำเนาตนเอง และครอบครัวก็ไม่รังเกียจให้อาศัยอยู่ร่วมบ้านหลังเดียวกันแต่แยกห้องใช้ส่วนตัวให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี มีผลการเพิ่มขึ้น โดยระดับ CD<sub>4</sub> หลังกินยาครบ 1 ปี ซึ่งในคลินิกศึกษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี ควรมีการให้คำปรึกษา ให้กำลังใจผู้ป่วย ติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดทันที เพื่อป้องกันการล้มเหลวและการดื้อยาของคนไข้รายนี้ต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

1. ในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี ควรเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ไม่แพร่เชื้อโรคให้คนอื่น โดยพัฒนาคลินิกรักษาผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอชไอวีด้านวิชาการ, อุปกรณ์
2. ที่มสทสาขวิชชาชีพ ที่ทำงานในคลินิกรักษาผู้ติดเชื้อ ควรได้รับการพัฒนาความรู้และมีระบบการให้คำปรึกษาในการรักษาโรค ระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับแพทย์ รพ.ชุมชน
3. ควรมีการศึกษาต่อไปถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีกินยาสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ไพโรจน์ รัตนเจริญธรรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากคาด ที่อนุญาตให้เผยแพร่รายงานการศึกษานี้ และขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอชไอวี โรงพยาบาลปากคาด และผู้ติดเชื้อทุกคน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการทำการศึกษานี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สัตยชัย ชาสมบัติ, ชีวพันธ์ เลิศพิชัยสุวัฒน์, พรทิพย์ ยุกตะนนท์ แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ป่วยเอชไอวี ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ร.ส.พ.กรุงเทพฯ, 2546 : 61.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ ในประเทศไทย รายงาน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2549 ; หน้า 1-3.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข . โครงการศึกษากระบวนการให้บริการตามนโยบายดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผลกระทบระยะยาวทางพฤติกรรมสังคม เศรษฐกิจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระยะที่ 1 ; หน้า 5-8.
4. ลลิตา ชานนท์ . การประเมินผลโดยการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส เอช ไอ วี ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี จังหวัดกาญจนบุรี ปี 2547-2549 วารสารวิชาการสาธารณสุข 2549 ; 15 : 632-636.



# การประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อส่งเสริมการตรวจ เต้านมด้วยตนเองของแกนนำสตรี และการสร้างเครือข่าย ในกลุ่มสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป ตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

The Application of Pender's Health Promotion Model for Core Group Women in Promoting Breast Self - Examination and Network Construction among Women Aged Thirty Years and Over in Taladsai Sub-District, Pratay District, Nakhonratchasima Province

วนิดา ทองดีนอก\* ส.ม. Wanida Thongdeenok M.P.H.

จุฬารณณ์ โสตะ\*\* ศศ.ด. Dr.Chulaporn Sota Ph.D

\*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประทาย Pratay District Public Health Office

\*\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Faculty of Public Health, Khon Kaen University

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มแกนนำสตรี และการสร้างเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำสตรี บ้านดอนอีลุ่ม ตำบลตลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา และบ้านหันห้วยทราย ตำบลหันห้วยทราย อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 40 คน คือ กลุ่มทดลองเป็นแกนนำสตรี 40 คน ในบ้านดอนอีลุ่ม ตำบลตลาดไทร และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นแกนนำสตรี บ้านหันห้วยทราย ตำบลหันห้วยทราย อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วยการจัดกิจกรรมให้ความรู้การนำเสนอตัวแบบ การประชุมกลุ่ม การสาธิต การฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง การให้สิ่งชักนำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ก่อนและหลังการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired sample t-test และ Independent sample t-test

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองแกนนำสตรีในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) และค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทางด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องของแกนนำสตรีในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) การสร้างเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีการสร้างเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีสมาชิกเครือข่าย จำนวน 200 คน สมาชิกในเครือข่ายมีความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านม และสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้อง รวมทั้งมีการช่วยเหลือด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และการให้คำแนะนำ คำปรึกษาซึ่งกันและกัน ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการดำเนินการสร้างเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาและการสร้างเครือข่าย ทำให้เกิดประโยชน์แก่กลุ่มเป้าหมายจำนวนมากและประหยัดทรัพยากร จึงควรได้รับการพิจารณานำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุข

## Abstract

This research is quasi - experimental design and the purpose of the research was studied the effects of Health Education Program that applied from “ The Pender’s Health Promotion Model” to promote Breast self-examination and network construction among core group women aged thirty years and over in Taladsai Sub-district, Praty District, Nakhonratchasima Province. The subject were 80 core group women in Don-e -loom village, Taladsai sub-district, and hun-houy-sai village, hun-houy-sai sub-district, Praty district, Nakhonratchasima province. They were divided two groups each group were 40 subjects that 40 core group women aged thirty years and over of Don-e -loom village, Taladsai sub-district were in experimental group and 40 core group women aged thirty years and over of hun-houy-sai village, hun-houy-sai sub-district were in comparative group. The subjects in experimental group were received program that applied from “The Pender’s Health Promotion Model” such as education about breast cancer and Breast self-examination, model observation learning, group discussion, breast self-examination practice and cues to action. The data were collected by questionnaires and data analyzed by STATA version 7. The statistic were used analyzed descriptive data such as percentage, distribution, arithmetic mean, standard deviation and comparative between group and internal group were used Paired sample t-test and Independent sample t-test.

The result were concluded as follows: After implementation, the experimental group had mean score of knowledge, perceived benefits of breast self-examination, perceived barriers of breast self-examination, perceived self- efficacy of breast self-examination and breast self-examination practice higher than before implementation and comparative group that they were statistical significantly at p-value < 0.001. In addition, the difference mean score of knowledge, perceived benefits of breast self-examination, perceived barriers of breast self-examination, perceived self- efficacy of breast self-examination and breast self-examination practice higher than comparison group that they were statistical significantly at p-value < 0.001. The network construction of breast self-examination: experimental group had 200 members in network, they had knowledge of breast cancer and breast self-examination practice, include they were advised data and information with breast self-examination together in member’s network but comparison group didn’t have the network construction. The promoting breast self-examination and network construction among core group women should be to apply in healthy work because it had saving and benefits.

## บทนำ

โรคมะเร็งเต้านม เป็นโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาของสตรีทั่วโลก โดยในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว พบอุบัติการณ์ของโรคนี้นับถึง 63 คน ต่อประชากรแสนคนต่อปี<sup>(1)</sup> ถึงแม้ว่ามะเร็งเต้านมจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสูญเสียและเกิดอัตราการตายที่สูง แต่เราสามารถตรวจหามะเร็งเต้านมได้ในระยะเริ่มแรกในขณะที่ยังไม่มีอาการของโรคเกิดขึ้น มะเร็งยังไม่แพร่กระจายและลุกลามไปอวัยวะอื่นๆ การรักษาจะเป็นการรักษาเฉพาะที่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาจะต่ำลง และผู้ป่วยอาจจะหายขาดจากโรคนี้นี้ได้<sup>(2)</sup> ร้อยละ 80 ของมะเร็งเต้านมสามารถพบได้โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast-Self Examination) ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการแนะนำให้ปฏิบัติมากที่สุดเนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก สามารถปฏิบัติได้ง่ายด้วยตนเองโดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษใดๆ ช่วยในการตรวจประหยัดเวลา และไม่สูญเสียค่าใช้จ่าย<sup>(3)</sup> ในประเทศไทย พบว่าสตรีไทยเกิดมะเร็งเต้านมเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งปากมดลูกจาก สถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมของสตรีเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2548 จำนวน 805, 627, 864, และ 679 คนตามลำดับ<sup>(4)</sup> กลุ่มอายุที่พบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านมสูงขึ้น คือ ผู้หญิงกลุ่มอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป<sup>(5)</sup> ในเขตพื้นที่สาธารณสุขเขต 13 ประกอบไปด้วย จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และ สุรินทร์ ในปี 2547

จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราการตายด้วยมะเร็งเต้านม 2.6 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราการตายสูงสุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นในเขตเดียวกันและสูงกว่าการตายด้วยมะเร็งปากมดลูก 0.6 ต่อแสนประชากร<sup>(6)</sup> ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะส่งเสริมให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นแนวทางในการวิจัยให้สตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้แกนนำสตรีและดำเนินการสร้างเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป ตำบลลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ ในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของแกนนำสตรีและการสร้างเครือข่ายในกลุ่มสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป ตำบลลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

## สมมติฐาน

1. ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน และค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องต่อไปนี้

- 1.1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- 1.2 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- 1.3 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- 1.4 การรับรู้ความสามารถตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
- 1.5 การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง

2. แกนนำสตรีกลุ่มทดลองมีการสร้างเครือข่ายในการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่สตรีอายุ 30- 60 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในบ้านดอนอีลุ่ม ตำบลลาดไทร และบ้านหันห้วยทราย ตำบลหันห้วยทราย อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือน ธันวาคม 2549 ถึงเดือน มีนาคม 2550

## วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-posttest Design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จะไม่ได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยทำการเก็บข้อมูล ก่อนและหลังการทดลอง

## ประชากร

ประชากรที่ทำการศึกษาค้นครั้งนี้ได้แก่ สตรีที่มีอายุ 30- 60 ปี ที่พักอาศัยในหมู่บ้าน บ้านดอนอีลุ่ม ตำบลลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา และบ้านหันห้วยทราย ตำบลหันห้วยทราย อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา

## ขนาดตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ คำนวณตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากรสองกลุ่ม

$$n / \text{กลุ่ม} = \frac{2\sigma^2(z_\alpha + z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน ต่อกลุ่ม

## ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองเป็นสตรีบ้านดอนอีลุ่ม ตำบลลาดไทร อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นสตรีบ้านหันห้วยทราย ตำบลหันห้วยทราย อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มสตรีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มละ 40 คน เกณฑ์ที่กำหนดคือ เป็นสตรีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ยินดีเป็นแกนนำสตรีในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอาศัยอยู่ในชุมชนตลอดระยะเวลาการวิจัย (ธันวาคม 2549 - มีนาคม 2550) และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบบันทึกการปฏิบัติงานของแกนนำสตรี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยมีกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ และการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การเสนอตัวแบบ การสาธิต และฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การให้สิ่งชักนำการกระทำ วัสดุ อุปกรณ์ ที่ใช้ประกอบการจัดกิจกรรมให้สุศึกษาตามโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมสุศึกษา โปสเตอร์ ภาพพลิก แผ่นพับ คู่มือการสอนเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบจำลองเต้านม รางวัล และแบบบันทึกการปฏิบัติงานของแกนนำสตรี

## การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของแกนนำสตรี และการสร้างเครือข่าย โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทางด้านพฤติกรรมกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้สถิติ Paired t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนการทดลอง และหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มทดลองมี อายุ 35-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 กลุ่ม เปรียบเทียบ อายุ 35 - 39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 สถานภาพสมรส แกนนำสตรีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมรสคู่ เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 87.50 และ 87.50 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และร้อยละ 65 ตามลำดับ ประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านมพบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 97.5 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 65 และร้อยละ 75 ตามลำดับ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 75 และร้อยละ 80 กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองคิดเป็นร้อยละ 52.50 และร้อยละ 80

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมกรตรวจเต้านมด้วยตนเอง แยกเป็นรายด้าน ดังนี้ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน เท่ากับ 4.18 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.80 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน เท่ากับ 0.08 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.27 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$  ; 95% CI = 3.20 - 4.99) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้อันเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{d}$	S.D.	t-value	df	p-value	95%CI
กลุ่มทดลอง	4.18	2.80	9.22	78	<0.001	3.20 ถึง 4.99
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.08	0.27				

**ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง**

พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน เท่ากับ 2.93 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.67 กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน เท่ากับ 0.03 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.16 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001 ; 95% CI : 1.73 ถึง 4.07) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{d}$	S.D.	t-value	df	p-value	95%CI
กลุ่มทดลอง	2.93	3.67	4.99	78	<0.001	1.73 ถึง 4.07
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.03	0.16				

**ด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง**

พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน เท่ากับ 6.1 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.02 กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน เท่ากับ 0.83 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 5.40 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001; 95% CI : 2.73 ถึง 7.82) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{d}$	S.D.	t-value	df	p-value	95%CI
กลุ่มทดลอง	6.1	6.02	4.13	78	<0.001	2.73 ถึง 7.82
กลุ่มเปรียบเทียบ	.83	5.40				

### ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน เท่ากับ 3.58 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.90 กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน เท่ากับ 0.03 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.16 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001; 95% CI: 2.30 ถึง 4.80) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองใน การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{d}$	S.D.	t-value	df	p-value	95%CI
กลุ่มทดลอง	3.58	3.90	5.76	78	<0.001	2.30 ถึง 4.80
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.03	0.16				

### ด้านการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน เท่ากับ 6.63 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.52 กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน เท่ากับ 0.03 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.59 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value <0.001 ; 95% CI : 5.17 ถึง 8.02) ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{d}$	S.D.	t-value	df	p-value	95%CI
กลุ่มทดลอง	6.63	4.52	9.24	78	<0.001	5.17 ถึง 8.02
กลุ่มเปรียบเทียบ	0.03	4.59				

### การสร้างเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า แกนนำสตรีในกลุ่มทดลองมีการสร้างเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีทั้งหมด 4 โซน มีสมาชิกเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทั้งหมด 200 คน และแกนนำสตรีได้ดำเนินการถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง แกนนำสตรีได้สอนตามคู่มือการสอนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการสอบถามแกนนำสตรีและการสุ่มเยี่ยมบ้านสมาชิกเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าสมาชิกเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้ความร่วมมือกับแกนนำสตรีเป็นอย่างดีและเต็มใจในการเป็นสมาชิกเครือข่าย เพราะเห็นว่าเกิดประโยชน์กับตนเองทำให้ตนเองสามารถเฝ้าระวัง ดูแลสุขภาพของตนเองได้ และสามารถแนะนำบุคคลใกล้เคียงคนอื่นๆ ได้ รวมทั้งไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมกิจกรรมการเป็นสมาชิกเครือข่าย เมื่อแกนนำสตรีสอนและให้ความรู้แล้ว สมาชิกเครือข่ายเกิดความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการฝึก

ตรวจเต้านมด้วยตนเองนั้น ทำให้เห็นว่าเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง เป็นเรื่องที่ไม่ยาก และจากการทดสอบ  
ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสมาชิกเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 200 คน  
พบว่า สมาชิกมีค่าเฉลี่ยคะแนน 13.22 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.71 คะแนนต่ำสุด 7 คะแนน  
คะแนนสูงสุด 15 คะแนน

## อภิปรายผล

### ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองแกนนำสตรีในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม  
และการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  
<0.001) และเมื่อพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านม  
ด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจ  
เต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1  
การเปลี่ยนแปลงความรู้เป็นผลมาจากการที่แกนนำสตรีเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง  
โดยมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ประกอบด้วย การบรรยายจากวิทยากร การประชุมกลุ่ม แจกโปสเตอร์ แผ่นพับ คู่มือ  
การสอนเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในการจัดประชุมกลุ่มสมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ และ  
ความคิดเห็นซึ่งกันและกันทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สดใส ศรีสะอาด ปี 2540<sup>(7)</sup> ได้  
ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 510 คน โดยใช้กรอบแนวคิด  
ในการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับ  
ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ พบว่าค่านิยม ทศนคติ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค  
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนการพิจารณาข้อมูลความรู้รายข้อซึ่งพบว่าแกนนำสตรีมีคะแนนความรู้น้อย  
ที่สุดในเรื่องอายุที่ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองเมื่ออายุ 20 ปี โดยตอบถูกเพียง ร้อยละ 55 นั้น อาจเนื่องมาจากกระทรวง  
สาธารณสุขได้มีการประชาสัมพันธ์มุ่งเน้นให้สตรีที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัด  
ทางด้านสาธารณสุข ทำให้แกนนำสตรีมีความเข้าใจและจำว่าอายุที่ควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ อายุ 35 ปี ขึ้นไป  
จึงควรเน้นย้ำให้มีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันว่าควรเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่ออายุ 20 ปี สตรี  
ทุกคนจะได้รับรู้และเกิดการตื่นตัว มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น ภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวง  
สาธารณสุขจะได้ประหยังบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีแนวโน้มสูงขึ้น อีกทั้งเป็นการให้ประชาชน  
ดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วยตนเอง

### การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองแกนนำสตรีในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจ  
เต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) และสูงกว่า  
กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value=0.03) และเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้  
ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นผลเนื่องมาจากแกนนำสตรีได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการตรวจ  
เต้านมด้วยตนเอง ซึ่งในการจัดกิจกรรมได้มีการนำเสนอตัวแบบที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอและตรวจพบ  
ความผิดปกติและได้ทำการรักษาเรียบร้อยแล้ว มาพูดคุยประสบการณ์ของตนเองให้กับแกนนำสตรีและมีการแลกเปลี่ยน  
ข้อคิดเห็น ชักถาม รวมทั้งวิทยากรได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมทำให้แกนนำสตรีมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วย  
ตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ วัลลดา เล้ากอบกุล  
ปี 2542<sup>(8)</sup> ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนโดยการ  
ประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ลีตวันต์ พัททังจันพัฒนา ปี 2544<sup>(9)</sup>  
ศึกษาผลของกิจกรรมให้ความรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนในคลินิกวัยทอง  
โรงพยาบาลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการกระตุ้นเตือนมาเป็น  
แนวทางในการกำหนดกิจกรรม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของ  
เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองแกนนำสตรีในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value=0.006) และกลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากแกนนำสตรีในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีการให้ความรู้ การนำเสนอตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง การร่วมกันคิดการระดมความคิด การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริงโดยมีวิทยากรและผู้ช่วยวิทยากรให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ทำให้แกนนำสตรีเห็นประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ สุรศักดิ์ อธิคมาพันธ์ ปี 2541<sup>(10)</sup> ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุระหว่าง 60-74 ปี โดยจัดโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์แนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการจัดกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุก่อนการทดลองมีการรับรู้อุปสรรคสูงชันกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการพิจารณาข้อพบว่า แกนนำสตรี ร้อยละ 42.50 ยังไม่แน่ใจในเรื่องทักษะของการตรวจเต้านมด้วยตนเองการสร้างเสริมทักษะนั้นต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลา 12 สัปดาห์ จึงอาจมีแกนนำสตรีบางคนไม่แน่ใจในทักษะการตรวจเต้านมของตนเอง การดำเนินงาน จึงควรต้องติดตามอย่างต่อเนื่องโดยการออกเยี่ยมบ้านให้ต่อเนื่องซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ติดตามออกเยี่ยมบ้านในช่วงการวิจัย 12 สัปดาห์แล้ว และจะต้องติดตามต่อเนื่องต่อไป รวมทั้งการเสริมทักษะด้วยการปฏิบัติให้ทุกครั้งที่มีการออกเยี่ยมบ้าน

### การรับรู้ความสามารถตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองแกนนำสตรีในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) และกลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน ( $p$ -value<0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากแกนนำสตรีในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีการให้ความรู้ การเสนอตัวแบบ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริงโดยมีวิทยากรและผู้ช่วยวิทยากรให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด มีการออกติดตามเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้คำแนะนำให้กำลังใจทำให้แกนนำสตรีเกิดความมั่นใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จงกล ศักดิ์ตระกูล ปี 2543<sup>(11)</sup> ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีการสาธิตและการฝึกปฏิบัติในกิจกรรมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการที่แกนนำสตรีมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นผลมาจาก การให้ความรู้ การนำเสนอตัวแบบ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ

### การปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองแกนนำสตรีในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<0.001) และกลุ่มทดลองมีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ( $p$ -value<0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเนื่องมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมของแกนนำสตรีในกลุ่มทดลอง ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับความรู้ จากการบรรยาย การแจกโปสเตอร์ แผ่นพับ การประชุมกลุ่ม มีการจัดกิจกรรมการสาธิต การฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง การให้รางวัล มีการกระตุ้นเตือนจากเพื่อนในกลุ่ม การเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยให้กำลังใจให้คำปรึกษาและมีการลงบันทึกในแบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรารัตน์ อัมมอดม ปี 2548<sup>(12)</sup> ได้ศึกษาการประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์



เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องในผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านสำราญ ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัด  
ขอนแก่น พบว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ การนำเสนอตัวแบบ การประชุมกลุ่ม การฝึกปฏิบัติออกกำลังกายและการให้  
สิ่งชักนำส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายที่ถูกต้องสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการพิจารณารายข้อซึ่งพบว่า แกนนำสตรี ร้อยละ 25.50 ยังตรวจเต้านมด้วยตนเองหน้ากระจกเงา  
โดยการดูเต้านมและหัวนมเป็นบางครั้ง และตรวจคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้เป็นบางครั้ง ควรต้องมีการเน้นให้ตรวจ  
เต้านมให้ครบทุกท่าและให้ความสำคัญในทุกท่า ไม่เพียงแต่การตรวจคลำในท่านอนราบและขณะอาบน้ำเท่านั้นที่สำคัญ  
ซึ่งส่วนใหญ่แกนนำสตรีจะจำเฉพาะการตรวจในท่านอนราบและขณะอาบน้ำเพราะคิดว่าเป็นท่าที่ยาก ส่วนการดูเต้านม  
หน้ากระจกเงาและการคลำบริเวณรักแร้เป็นการปฏิบัติที่ง่ายกว่า จึงมักข้ามขั้นตอนนี้ไปทำให้ตรวจไม่ครบทุกท่า และ  
ทุกขั้นตอน

### การสร้างเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการวิจัย พบว่าแกนนำสตรีในกลุ่มทดลองมีการสร้างเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ดีกว่ากลุ่ม  
เปรียบเทียบซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 และสมาชิกเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้ความร่วมมือกับแกนนำสตรี  
เป็นอย่างดี เนื่องจากการสร้างเครือข่ายภายในชุมชนเดียวกัน ไม่มีความแตกต่างทางด้าน ภาษา ศาสนา วัฒนธรรม  
จึงไม่ใช่อุปสรรคในการสื่อสารและการให้ข้อมูล ข่าวสาร ประกอบกับการเป็นสมาชิกเครือข่ายสมาชิก การตรวจเต้านม  
ด้วยตนเองไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ แต่จะได้ประโยชน์ที่ดีกับสุขภาพของสมาชิก และการสร้างเครือข่าย ก็เป็นกลวิธีหนึ่ง  
ที่ทำให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง และดูแลสุขภาพคนในชุมชนเดียวกัน ซึ่งส่งผลที่ดีต่อบุคคลเอง และส่ง  
ผลที่ดีในภาพรวมของสังคม สอดคล้องกับแนวความคิดของ เสรี พงศ์พิศ ปี 2548<sup>(13)</sup> ที่กล่าวว่า เครือข่ายเป็นเครื่องมือ  
หรือวิธีการทำงานร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ เป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดผลกระทบที่มากกว่าในระดับภูมิภาค ระดับชาติ และ  
ระดับนานาชาติ เพราะการทำงานแบบเครือข่ายเป็นการทำงานแบบประสานพลัง ทำให้เกิดความสามัคคี ให้กำลังใจกัน  
และช่วยกันในรูปแบบต่างๆ และจากการศึกษาวิจัยพบว่า สมาชิกเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถตรวจเต้านม  
ด้วยตนเองได้ถูกต้อง และมีความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสามัคคี มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมถึง  
เข้าใจบทบาทการเป็นสมาชิกเครือข่ายการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ประสาร วงศ์วัฒนดิถ  
ปี 2540<sup>(14)</sup> ได้ทำการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีที่แต่งงานแล้ว โดยนำแนวคิด  
เครือข่ายสังคมมาใช้ในการดำเนินตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง  
ที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องของการรับรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก  
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์  
และอุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก และสัดส่วนของการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรให้แกนนำสตรีถ่ายทอดความรู้และสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้แก่สมาชิกเครือข่ายการตรวจเต้านม  
ด้วยตนเอง ทำให้แกนนำสตรีได้ทบทวนความรู้ เกิดความมั่นใจ และมีความภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น และการสร้างเครือข่าย  
ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนโดยชุมชนเองทำให้ประหยัดทรัพยากร และเกิดประโยชน์คุ้มทุน
2. ควรใช้สื่อสุขภาพ ที่มีเนื้อหา และภาพประกอบที่ดึงดูดความสนใจ เป็นปัจจัยที่สำคัญ ปัจจัยหนึ่งทำให้กลุ่ม  
ทดลองมีความเข้าใจ มีความสนใจ และกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น
3. การทำให้เกิดทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นเรื่องที่ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพราะทักษะ  
การตรวจเต้านมด้วยตนเองต้องฝึกฝน มีขั้นตอนการปฏิบัติเป็นลำดับ และต้องปฏิบัติให้ครบทุกขั้นตอนจึงจะเกิดประโยชน์  
ดังนั้นจึงควรเน้นในเรื่องของทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้มากยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาให้มากขึ้นเพื่อติดตามความยั่งยืนของการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. ควรมีการวิจัยในกลุ่มสตรีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เพราะเป็นช่วงอายุที่ควรเริ่มทำการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และเพื่อเป็นการเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก
3. ควรนำวิธีการสร้างเครือข่ายไปใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพในด้านอื่นๆ เพราะเป็นวิธีการที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนโดยภาพรวมได้มากกว่ารวมทั้งเป็นการประหยัดทรัพยากรของภาครัฐและได้ประโยชน์คุ้มทุน

### เอกสารอ้างอิง

1. Globocan2000.Cancer incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0 [cited 2003 Aug 6].  
From [http; //www-dep.iarc.fr/cgi-bin/globosx1.exe?dtype=O&value=11&...](http://www-dep.iarc.fr/cgi-bin/globosx1.exe?dtype=O&value=11&...)
2. กิติ จินดาวิจักษณ์. มะเร็งเต้านม. กุลสตรี 2545 ; 762 (32) : 129 - 133.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดู สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย , 2539.
4. National Cancer Institute. Hospital - Based Cancer Registry 2002.Department of medical services, Ministry of Public health, Thailand.
5. Cancer Unit, Khon Kaen University. Statistical Report 1998-2002. Tumor Registry 1998-2002. Khon Kaen : Faculty of Medicine, Khon Kaen University.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.จำนวนผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุป่วย รายจังหวัด เขต 5 กับ อัตราป่วยต่อประชากร 1,000 คน พ.ศ. 2547 [อ้างเมื่อ 17 กรกฎาคม 2549].  
จาก <http://203.157.19.191/ill-out-ket47.xls>
7. สดใส ศรีสะอาด. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ วิทยานิพนธ์ปริญญา  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการศึกษาระดับปริญญาตรี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
มหิดล, 2540.
8. วัลลดา เล้ากอบกุล. การประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ  
สตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร มหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขภาพและการศึกษาระดับปริญญาตรี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
9. รุติวันต์ พิทักษ์จางวัฒนา. การประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการกระตุ้นเตือนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจ  
เต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนในคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลพลพหลพยุหเสนา จังหวัด  
กาญจนบุรี วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
10. สุรศักดิ์ อธิคมาพันธ์. การประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขภาพและการศึกษาระดับปริญญาตรี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
11. จงกล ศักดิ์ตระกูล. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง  
ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขภาพและการศึกษาระดับปริญญาตรี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
12. ศรวัลย์ อัมมอดม. การประยุกต์รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม  
การออกกำลังกายที่ถูกต้องในผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านสำราญ ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น  
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ.  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548

13. เสรี พงศ์พิศ. เครือข่ายยุทธวิธีเพื่อประชาคมเข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน, 2548
14. ประสาร วงศ์วัฒนดิถก. การสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี  
อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา.  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

# การพัฒนาแนวทางการบริการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชน ตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

Development Project to Prevention and Control Hypertension in People, Amphur Jompra, Surin

ปัญญา                      มานูจำ                      พ.บ.                      Panya                      Manujam                      M.D.  
โรงพยาบาลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์                      Jompra Hospital , Surin Province

## บทคัดย่อ

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเสี่ยงที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการบริการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ เป็นการศึกษาปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป เป้าหมาย 3,097 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548 โดยความร่วมมือของโรงพยาบาล เทศบาล อบต. ผู้นำชุมชน อสม. กลุ่มแม่บ้าน และประชาชนในพื้นที่ดำเนินการ 3 ด้าน คือ 1) การเฝ้าระวัง มี 2 รูปแบบ คือ การคัดกรองในชุมชนและในโรงพยาบาล 2) การป้องกัน ใช้การป้องกันแบบชุมชนมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC การอบรมเชิงปฏิบัติการและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 3) การควบคุม ใช้การดูแลแบบ Self Help Group ผลลัพธ์ที่ต้องการได้แก่ ความครอบคลุมกระบวนการคัดกรอง แผนงานโครงการจากชุมชน ความรู้และทัศนคติ พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และ อัตราการขาดนัดและการลดการใช้ยารักษา ผลการศึกษา การคัดกรองโดยการลงไปคัดกรองในชุมชนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่ในการเตรียมพื้นที่ ทำให้สามารถคัดกรองได้ราย 2,578 ราย ความครอบคลุมเป็น ร้อยละ 83.24 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ 5.04 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 74.39 จุดเด่น ได้แก่ กลุ่มเป้าหมายมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการคัดกรองภาวะสุขภาพ ปัญหาที่พบได้แก่ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคค่อนข้างน้อยประกอบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพทำให้ไม่สามารถรับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพตามเวลาเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานในชุมชนได้ การป้องกันโรคโดยชุมชนมีส่วนร่วมใน 15 หมู่บ้าน สามารถจัดทำโครงการโดยชุมชนจำนวน 22 โครงการ (ได้ดำเนินการ 9 โครงการ) จุดเด่นโครงการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนหากดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จะสามารถทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสุขภาพดีถ้วนหน้า ผลการดำเนินงานตามโครงการ พบว่า ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน หลังการอบรมเพิ่มขึ้น ( $p < 0.001$ ) และความดันโลหิต (BP) ลดลง ( $p < 0.05$ ) ปัญหาที่มีผลกระทบ คือ การประกอบอาชีพ เพราะเป็นฤดูเก็บเกี่ยวพืชผลทางการเกษตรทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามโครงการที่วางแผนไว้ได้ การพัฒนาแนวทางการบริการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลจอมพระ เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังตนเอง ภายใต้หุ้นส่วนของชุมชน เกิดการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติร่วมสร้างกระแสในชุมชนเพื่อนำไปสู่การกำหนดให้การดำเนินงานด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่ยั่งยืน สามารถสังเคราะห์องค์ความรู้จากประสบการณ์การดำเนินงานในชุมชน และพัฒนาเป็นศูนย์การเรียนรู้ต่อไป

## Abstract

The object of this operational research was to develop a program in prevention and control hypertension problems among people in Jompra District, Surin Province During 2005-2006, 3 Methods implements were 1. Surveillance Method: active screening in community and in hospital were done with co-operated of health volunteers, 2. Prevention Method: AIC process was done 3. Control Method: Self help group was done among patients in hypertension clinic. Main outcomes included coverage of screened people, prevention projects which initiated by community participation, improvement of knowledge and practice of people, improvement of health promotion behavior. The result are as the following. The coverage of screening for hypertension was 83.2 %, 9 projected were initiative and performed by villages. knowledge, attitude and practice of target population were increased ( $p < 0.001$ ) and blood pressure were decreased ( $p < 0.005$ ). So we

can conclude that self health group and people participation program can increased better knowlodge and results treatment outcome.

## บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นภาวะเสี่ยงที่สามารถป้องกันและควบคุมได้และภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่สุด ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นอัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว และภาวะไตล้มเหลว จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547<sup>(1)</sup> พบว่าปัญหาความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นโดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พบมีความดันโลหิตสูง เป็นชาย ร้อยละ 21.2 เป็นหญิงร้อยละ 20.3 และยังพบผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยในชาย ร้อยละ 78.6 และในหญิง ร้อยละ 63.8 และเข้ารับการรักษาอยู่เพียง ร้อยละ 16.9 และ 30.7 ชายหญิงตามลำดับ ภาวะความดันโลหิตสูงนอกจากจะทำให้เกิดผลต่อสุขภาพทำให้เกิดโรคต่างๆ มากมาย และยังทำให้ประชาชนในวัยทำงานมีคุณภาพชีวิตลดลง พิจารณาสีชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมเพิ่มขึ้นทั้งในชุมชนเมืองและชนบท สาเหตุเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิถีชีวิตของประชาชน ก่อให้เกิดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว คือ การออกกำลังกายน้อย การกินอาหารเค็ม บริโภคแอลกอฮอล์ บริโภคยาสูบ ความเครียด และวิถีชีวิตแบบนั่ง ๆ นอน ๆ

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ พบว่าประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจวัดระดับความดันโลหิตระดับประเทศ ร้อยละ 77.29 พบความชุกภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.17 ในเขต 13 จังหวัดนครราชสีมา พบความชุกสูงสุด ในจังหวัดสุรินทร์ ร้อยละ 5.76<sup>(2)</sup>

อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ มีประชากรทั้งหมด 61,566 ราย และมีประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 21,344 ราย ในปี 2544-2546 อัตราความชุกต่อแสนประชากรโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 2048.21, 2150.54, และ 2277.23 ตามลำดับในอดีตที่ผ่านมาได้มีการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงโดยการตรวจคัดกรองผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคอยู่ในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นเพียงการตั้งรับเท่านั้น ในปี พ.ศ. 2542 ได้เริ่มมีการออกตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงไปยังชุมชน แต่รูปแบบการคัดกรองรวมไม่ถึงคุณภาพการคัดกรองที่ได้ยังไม่ดีพอรวมทั้งรูปแบบการดำเนินการยังเน้นอยู่ในสถานพยาบาลเท่านั้น

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ จึงสนใจที่จะศึกษาว่าแนวทางการบริการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับพื้นที่จะเป็นอย่างไรเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ลดโอกาสการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคตต่อไป

## วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาแนวทางการบริการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาอัตราความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ทัศนคติพฤติกรรมสุขภาพและความพึงพอใจของประชาชน ตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อศึกษาการลดการใช้ยารักษาโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

## นิยามศัพท์

จากการคัดกรอง จำแนกกลุ่มเป้าหมายจากการคัดกรองเป็น 3 กลุ่มตามนิยาม คือ

**กลุ่มปกติ** หมายถึง กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 130-139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท

**ความหมาย :** เป็นระดับความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในสิบปี และเริ่มมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและอัมพาตโดยเฉพาะเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ร่วมด้วย

**กลุ่มเสี่ยง** หมายถึง กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

**ความหมาย** : สงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

**กลุ่มป่วย** หมายถึง กลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท

**ความหมาย** : ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงที่อันตราย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ทั้งหมดจำนวน 6,635 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ อายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 2,578 คน ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการ

### วัตถุประสงค์และการศึกษา

รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยศึกษาในประชาชนตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 2,578 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548 โดยการร่วมมือของโรงพยาบาล เทศบาล อบต. ผู้นำชุมชน อสม. กลุ่มแม่บ้าน และประชาชนในพื้นที่ดำเนินการ 3 ด้าน คือ 1) การเฝ้าระวัง มี 2 รูปแบบ คือ การคัดกรองในชุมชนและในโรงพยาบาล 2) การป้องกัน ใช้การป้องกันแบบชุมชนมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC การอบรมเชิงปฏิบัติการและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 3) การควบคุม ใช้การดูแลแบบ Self Help Group ผลลัพธ์ที่ต้องการ ได้แก่ ความครอบคลุมกระบวนการคัดกรอง แผนงานโครงการจากชุมชน ความรู้และทัศนคติ พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและอัตราการขาดนัด และการลดการใช้ยารักษา โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

**1. การเฝ้าระวัง** การเฝ้าระวังใช้การรวบรวมข้อมูลและการออกคัดกรอง การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบคัดกรองเพื่อการตรวจสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ สำหรับประชาชนตามโครงการหลอดเลือดตีบตีงืดสไต กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2,578 ราย รายละเอียดประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป โรคประจำตัว การรับประทานยา ข้อมูลโรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูลความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการวินิจฉัย/การมาตามนัด โดยดำเนินการคัดกรอง 2 รูปแบบ คือ 1) การคัดกรองในชุมชน ได้แก่ การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง การจัดกิจกรรมในกลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยแบ่งการคัดกรองเป็น 3 รูปแบบ คือ การคัดกรองแบบตั้งจุดคัดกรอง การคัดกรองแบบแบ่งคุ้ม และการคัดกรองแบบรายครัวเรือน 2) การดำเนินกิจกรรมในโรงพยาบาล ได้แก่ การจัดกิจกรรมในกลุ่มป่วยและกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

**2. การป้องกัน** ใช้การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนผ่านกิจกรรม โดยดำเนินการในชุมชน คือ

2.1 จัดทำป้ายประชาสัมพันธุ์ เพื่อแสดงถึงสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดในชุมชน ผู้ป่วยรายใหม่ รายเก่า และพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน โดยการสื่อสารความรู้ผ่านหอกระจายข่าว ประเมินผลจากการดำเนินงานของโครงการในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 139 ราย การดำเนินโครงการกระบวนการแก้ไขปัญหาในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC กิจกรรมที่ดำเนินการ ได้แก่ การจัดประชุมผู้นำชุมชน อสม. การคัดเลือกกลุ่มเสี่ยง และการจัดประชุมชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ AIC

**3. การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง** ทำการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Study) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 ราย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในกิจกรรมใช้การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผ่านการให้ความรู้ การปฏิบัติดูแลแบบ Self Help Group และดำเนินการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม

**4. การประเมินผลการดำเนินงาน** ทำการประเมินความพึงพอใจโครงการตามกระบวนการ Self Help Group เกี่ยวกับความรู้ที่ได้รับ และการนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล อธิบายผลการค้นหากลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการตรวจคัดกรองและ  
ภาวะสุขภาพ ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มที่เข้าร่วม  
ก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ ใช้ Pair Sample T- Test และอธิบายความแตกต่างของความดันโลหิต ใช้ Wilcoxon sign  
rank test ก่อนและหลังเข้ากระบวนการกลุ่ม Self Help Group ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

## ผลการศึกษา

จากการดำเนินงานพัฒนาแนวทางการบริการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน ตำบลจอมพระ  
จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษามีดังนี้

**1. การเฝ้าระวัง** จากการคัดกรองในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2,578 ราย พบกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
ร้อยละ 19.63 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 74.39 และกลุ่มปกติ ร้อยละ 5.88 พฤติกรรมเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ การออกกำลังกาย  
ไม่ได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 21.66 รองลงมา คือ การเติมเครื่องปรุงรสอาหาร ร้อยละ 21.36 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  
ร้อยละ 18.18 กินอาหารมัน ร้อยละ 16.87 เครียด ร้อยละ 11.97 และการสูบบุหรี่พบน้อยที่สุด ร้อยละ 10.06 เมื่อตรวจหา  
ดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับความดันโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 80.53 สูงกว่าปกติ  
ร้อยละ 12.25 และต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 7.22 ระดับความดันโลหิตต่ำกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg ร้อยละ 94.96  
ความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg ร้อยละ 5.04 และจากการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
รายใหม่ ร้อยละ 5.04 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของการคัดกรองของผู้ป่วยรายใหม่ พฤติกรรมเสี่ยงดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และ  
ผลการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ (กลุ่มตัวอย่าง  
2,578 ราย)

ผลการตรวจค้นหา	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. การคัดกรองหาผู้ป่วยรายใหม่</b>		
กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	506	19.63
กลุ่มเสี่ยง	1,918	74.39
กลุ่มปกติ	154	5.88
<b>2. พฤติกรรมเสี่ยง</b>		
สูบบุหรี่	269	10.06
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	486	18.18
กินอาหารมัน	451	16.87
เติมเครื่องปรุงรสอาหาร	571	21.36
ออกกำลังกายไม่ได้ตามเกณฑ์	579	21.66
เครียด	222	11.97
<b>3. ดัชนีมวลกาย</b>		
ต่ำ (< 18.5 กก./ม <sup>2</sup> )	186	7.22
ปกติ (18.5-24.9 กก./ม <sup>2</sup> )	2,076	80.53
สูง (> 25 กก./ม <sup>2</sup> )	316	12.25
<b>4. ระดับความดันโลหิต</b>		
สูงกว่า 140/90 mmHg	130	5.04
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg	2,448	94.96
<b>5. การวินิจฉัยผู้ป่วย</b>		
ปกติ	2,448	94.96
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่	130	5.04

**2. การป้องกัน** รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงประกอบไปด้วย การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผ่านหอกระจายข่าว การแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยใช้กระบวนการแก้ไขปัญหามิใช่ปัญหาในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC โดยผลการดำเนินงานมีดังนี้

2.1 การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ ได้มีการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ จำนวน 1 ป้าย เพื่อแสดงถึงสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นในชุมชน ผู้ป่วยรายใหม่ รายเก่า รวมไปถึงพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน โดยมีการนำป้ายไปติดไว้ในชุมชน เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในชุมชนได้รับทราบข้อมูล ดังภาพที่ 1

**ภาพที่ 1** ป้ายประชาสัมพันธ์สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง



2.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผ่านหอกระจายข่าวในการดำเนินงานได้คัดเลือกผู้อ่านความรู้จำนวน 3 ราย โดยเน้นเยาวชนในชุมชนทำการอ่านให้ความรู้ทุกวันตลอดเดือนกันยายน พ.ศ. 2547 ความรู้ที่จัดให้ได้แก่ 1) เคล็ด (แต่ไม่) ลับ คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องความดันโลหิตสูง 2) แผ่นพับ เรื่อง ความดันโลหิต คือ สัญญาณชีวิต และแผ่นพับ ลดเค็ม ลดความดัน (สคร.5 นครราชสีมา) 3) อัมพฤกษ์ อัมพาต ตระหนัก ลดเสี่ยง ลดโรค (สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย) และประเมินความรู้ ในประชาชน 15 หมู่บ้าน จำนวน 139 ราย จากการให้ความรู้ พบว่าประชาชนได้รับฟัง ร้อยละ 89.90 เห็นว่ามีประโยชน์มาก ร้อยละ 99.30 สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ เรื่องความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 92.10 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละการได้รับฟังข่าวสารความรู้ ประโยชน์ และความสามารถในการปฏิบัติ ตามคำแนะนำ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผ่านหอกระจายข่าว ของประชาชนตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ (กลุ่มตัวอย่าง 139 ราย)

หัวข้อประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. การได้ยิน/รับฟังข่าวสารความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง</b>		
ได้รับฟัง	125	89.90
ไม่ได้รับฟัง	14	10.10
<b>2. ประโยชน์จากการรับฟัง</b>		
เห็นว่ามีประโยชน์มาก	138	99.30
เห็นว่ามีประโยชน์น้อย	1	0.70
<b>3. ความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำ</b>		
ปฏิบัติตามได้	128	92.10
ปฏิบัติตามไม่ได้	11	7.90



2.3 การแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนโดยใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC มีการดำเนินกิจกรรม คือ การจัดประชุมผู้นำชุมชนและอส. การคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การจัดประชุมชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยกระบวนการ AIC ใน 15 หมู่บ้านหลังจากทำกิจกรรมได้เกิดโครงการขึ้น 22 โครงการ จาก 8 หมู่บ้านที่ทำกิจกรรมประชุมชุมชนแบบมีส่วนร่วม จะพบว่ากิจกรรมต่างๆ นั้น ส่วนใหญ่จะเน้นการจัดการความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การลดอาหารเค็ม - มัน การงดบุหรี่ - เหล้า การลดความเครียดและการสร้างสุขภาพให้แข็งแรง จึงได้จัดกลุ่มออกมาดังนี้

- การออกกำลังกาย	3	โครงการ
- การลดอาหารเค็ม - มัน	5	โครงการ
- การงดบุหรี่ - เหล้า	7	โครงการ
- การลดความเครียด	5	โครงการ
- การสร้างสุขภาพให้แข็งแรง	2	โครงการ

จากติดตามประเมินผลพบว่า มีโครงการที่ได้เริ่มดำเนินการ 9 โครงการ (ร้อยละ 40.9) โครงการที่ไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากอยู่ในช่วงเก็บเก็บเกี่ยวพืชผลทางการเกษตร

**3. การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง** ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 56 ราย จากทั้งหมด 161 รายสมัครใจเข้าร่วมกลุ่มเพื่อควบคุมโรคโดยใช้กระบวนการ Self Help Group เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชน ก่อน-หลังเข้ากระบวนการ พบว่าส่วนใหญ่ความรู้ของประชาชนก่อนดำเนินการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.7 ทักษะอยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.8 และพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 57.7 หลังจากการดำเนินการพัฒนาแนวทางการบริการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงแล้ว พบว่าความรู้ของประชาชนหลังดำเนินการส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.3 ระดับทักษะอยู่ในระดับดี ร้อยละ 94.2 และพฤติกรรมของประชาชนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.5 และเมื่อทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบ Pair-Sample T-Test พบว่าความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ก่อน-หลังการดำเนินการมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 3 และทำให้ผู้ป่วย 47 ราย (ร้อยละ 83.93) ลดยาได้ และยังพบว่าดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต (BP) ก่อนและหลังเข้ากระบวนการกลุ่ม Self Help Group มีความแตกต่างกัน ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 3 , 4 และ 5

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการ Self Help Group (กลุ่มตัวอย่าง 56 ราย)

หัวข้อประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
<b>1. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง</b>				
ก่อน	5.50	1.37	-6.325	0.001*
หลัง	8.16	1.16		
* คะแนนเต็ม 10 คะแนน				
<b>2. ทักษะ</b>				
ก่อน	17.00	2.94	-5.694	0.000*
หลัง	22.68	2.08		
* คะแนนเต็ม 30 คะแนน				
<b>3. พฤติกรรม</b>				
ก่อน	18.60	3.48	-6.030	0.000*
หลัง	23.30	2.11		
* คะแนนเต็ม 30 คะแนน				

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละของการลดการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้า  
กระบวนการ Self Help Group ของคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจอมพระ  
อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
<b>กลุ่มเข้าร่วมกระบวนการ Self Help Group</b>		
ลดรับประทานยาได้	47	83.93
ลดรับประทานยาไม่ได้	9	16.07
<b>รวม</b>	<b>56</b>	<b>100.00</b>

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละระดับความดันโลหิต (BP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อน-หลัง  
เข้ากระบวนการ Self Help Group คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจอมพระ  
อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

ความดันโลหิต (BP)	ก่อนดำเนินโครงการ		หลังดำเนินโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิต (BP) ปกติ (<160/90 mmHg)	27	48.21	39	69.64
ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ (160/90 mmHg)	29	51.79	17	30.36

**ตารางที่ 6** เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความดันโลหิต (BP) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อน-หลัง  
เข้ากระบวนการ Self Help Group คลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลจอมพระ  
อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

ความดันโลหิต (BP)	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)				
ก่อน	198.35	30.53	4.619	0.038*
หลัง	140.41	11.68		
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)				
ก่อน	92.18	14.65	4.846	0.040*
หลัง	65.27	10.24		

\* ใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon sign rank test p<0.05

4. การประเมินผลการดำเนินงานทำการประเมินความพึงพอใจโครงการ จากการสำรวจความพึงพอใจ  
ต่อผลสัมฤทธิ์ของโครงการพัฒนารูปแบบเพื่อปฏิบัติการบริการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พบว่าประชาชนพึงพอใจ  
ต่อความรู้ที่ได้รับซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ร้อยละ 51.2 มีความมั่นใจ  
ในระดับมากที่จะนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง ร้อยละ 40.7 (ตารางที่ 7)

**ตารางที่ 7** ร้อยละความพึงพอใจของประชาชนตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ต่อผลสัมฤทธิ์  
โครงการพัฒนารูปแบบเพื่อปฏิบัติการบริการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการ Self Help  
Group (กลุ่มตัวอย่าง 56 ราย)

ระดับความพึงพอใจ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ความรู้ที่จะได้รับส่งผลต่อการปฏิบัติตัว ในชีวิตประจำวันให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	22.1	51.2	25.5	1.2	0.0
2. ความมั่นใจกับความรู้ที่ได้รับ สามารถนำไปใช้ในการดูแลตัวเองได้อย่างดี	24.4	40.7	34.9	0.0	0.0

### วิจารณ์

การพัฒนาแนวทางการบริการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป เป้าหมาย 2,578 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม 2547-กันยายน 2548 โดยความร่วมมือของโรงพยาบาล เทศบาล อบต. ผู้นำชุมชน อสม. กลุ่มแม่บ้าน และประชาชนในพื้นที่ จากการค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ 5.04 ซึ่งพบใกล้เคียงกับการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ ของสำนักโรคไม่ติดต่อ ที่สำรวจในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ในปี 2547 (ข้อมูลมิถุนายน-กันยายน 2547) ที่พบร้อยละ 7.17 ในเขต 13 จังหวัดนครราชสีมา<sup>(2)</sup> เมื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยง พบว่าการออกกำลังกายไม่ได้ตามเกณฑ์ มีมากที่สุด ร้อยละ 21.66 รองลงมา คือ การเติมเครื่องปรุงรสอาหาร ร้อยละ 21.36 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 18.18 กินอาหารมัน ร้อยละ 16.87 เครียด ร้อยละ 11.97 และการสูบบุหรี่พบ น้อยที่สุด ร้อยละ 10.06 เมื่อตรวจหาดัชนีมวลกาย (BMI) และระดับความดันโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกาย สูงกว่าปกติ ร้อยละ 12.25 ความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg ร้อยละ 5.04 จากการศึกษาทำให้ทราบถึงผลดีของการพัฒนาแนวทางการดำเนินการคัดกรองประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีความสนใจและเห็นความสำคัญของการคัดกรองภาวะสุขภาพ แต่การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคค่อนข้างน้อยประกอบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพทำให้ไม่สามารถรับบริการตรวจคัดกรองสุขภาพตามเวลาเจ้าหน้าที่ออกปฏิบัติงานในชุมชนได้ จึงควรมีการปรับเวลาในการตรวจคัดกรองสุขภาพ ให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาพื้นที่ เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นอย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังมีจุดอ่อนทั้งในเชิงแนวทางการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล แต่มีความเหมาะสมในสภาพพื้นที่การศึกษา และเป็นอีกแนวทางหนึ่งของการจัดกิจกรรมเชิงรุกเพื่อเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ

การป้องกันแนวทางการป้องกันการระบาดของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) การจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ ได้มีการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ จำนวน 1 ป้าย เพื่อแสดงถึงสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นในชุมชน ผู้ป่วยรายใหม่ รายเก่า รวมไปถึงพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน โดยมีการนำป้ายไปติดไว้ในชุมชน เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในชุมชนได้รับทราบข้อมูล 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผ่านหอกระจายข่าว และประเมินความรู้ สำรวจความพึงพอใจเกี่ยวกับโครงการในประชาชน 15 หมู่บ้าน จากการให้ความรู้ พบว่าประชาชนได้รับฟัง ร้อยละ 89.9 เห็นว่ามีประโยชน์มาก ร้อยละ 99.3 สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำจากการได้รับข่าวสารความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92.1 การแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนโดยใช้กระบวนการแก้ไขปัญหาในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC มีการดำเนินกิจกรรม คือ การจัดประชุมผู้นำชุมชนและอสม. การคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การจัดประชุมชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดยกระบวนการ AIC ใน 15 หมู่บ้านหลังจากทำกิจกรรมได้เกิดโครงการขึ้น 22 โครงการ จาก 8 หมู่บ้านที่ทำกิจกรรมประชุมชุมชนแบบมีส่วนร่วม จะพบว่ากิจกรรมต่างๆ นั้น จัดอยู่ในการจัดการความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การลดอาหารเค็ม-มัน การงดบุหรี่-เหล้า การลดความเครียด และการสร้างสุขภาพให้แข็งแรง จากติดตามประเมินผล พบว่ามีโครงการที่ได้เริ่มดำเนินการ 9 โครงการ (ร้อยละ 40.9) โครงการที่ไม่ได้ดำเนินการสืบเนื่องจากอยู่ในช่วงเก็บเก็บเกี่ยวพืชผลทางการเกษตร เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชน พบว่าความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ก่อน-หลังการจัดกิจกรรมมีความแตกต่างกัน (p<0.05) จากผลการจัดโครงการสื่อสารความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงผ่านหอกระจายข่าว เป็นระยะเวลา 1 เดือน ได้ผลว่าการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวนั้น

เป็นช่องทาง การสื่อสารหนึ่งที่มีประโยชน์ในการให้ข่าวสารข้อมูลทางสาธารณสุข โดยจะทราบจากแบบประเมินความพึงพอใจของโครงการที่จะพบว่าได้รับข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงประชาชนในชุมชนทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 161 ราย ได้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม Self Help Group โดยโดยสมัครใจเข้าร่วมกลุ่มเพื่อควบคุมโรค จำนวน 56 ราย ทำให้ผู้ป่วย 47 ราย (ร้อยละ 83.93) หายยาได้ และยังพบว่าดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต (BP) ก่อนและหลังเข้ากระบวนการกลุ่ม Self Help Group มีความแตกต่างกัน ( $p < 0.05$ )

การประเมินผลการดำเนินงาน จากการดำเนินงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อความรู้ที่ได้รับ และสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองได้อยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 40.7)

“การพัฒนาแนวทางเพื่อปฏิบัติการบริการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์” เป็นกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังตนเอง ด้วยการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ภายใต้หุ้นส่วนห่วงใยที่ประกอบด้วยโรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขแกนนำและประชาชนเจ้าของสุขภาพ ที่ได้ร่วมกันบูรณาการแนวความคิดเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติภายใต้ข้อตกลงสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยการเชื่อมประสานสายใยความผูกพันจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีบทบาทเสริมแรงด้านวิชาการประมวลความรู้ ร่วมสร้างกระแสในชุมชนเพื่อนำไปสู่การกำหนดให้การดำเนินงานด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเป็นนโยบายสาธารณะร่วมดำเนินการให้ประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพดีห่างไกลโรคความดันโลหิตสูง ถือเป็นอีกหนึ่งนวัตกรรมในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานในชุมชนที่ยั่งยืน ด้วยการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค เป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนากิจกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อื่น สามารถสังเคราะห์องค์ความรู้จากประสบการณ์การดำเนินงานในชุมชน พัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้ให้กับเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้อื่นๆ ต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังที่เหมาะสมกับบริการของพื้นที่เนื่องจากผลการดำเนินงานมีการปรับเวลาในการตรวจคัดกรองสุขภาพให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาพื้นที่ เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
2. การแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องหลายปัจจัย ดังนั้นจึงควรศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อกระบวนการในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง
3. ประชาชนและหุ้นส่วนของการดำเนินงานสุขภาพมีความพร้อมสูงในการให้ความร่วมมือ และผลสำเร็จสูงจึงควรประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาแนวทางการบริการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ในการแก้ไขปัญหา
4. การดำเนินงานโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมยังเป็นการดำเนินงานในลักษณะของการชี้แนะ ชักนำจากเจ้าหน้าที่ ดังนั้นควรพัฒนาวิธีการในมิติใหม่ที่เป็นการพัฒนาแบบพึ่งพาตนเอง ชุมชนคิดเอง ทำเอง ดำเนินการเอง ด้วยทุนของตนเองทุกขั้นตอนตั้งแต่การวางแผนแม่บทไปจนถึงการดำเนินการ

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ทุกท่าน ขอขอบพระคุณ นายแพทย์จเด็จ ดิษฐ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ คุณบุญยืน แสงงาม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมพลบุรี ที่ได้ให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางในการศึกษาและวิธีการนำเสนอข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้นำชุมชนและอส. ทั้ง 15 หมู่บ้านตำบลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ และขอขอบคุณประชาชนตำบลจอมพระทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ด้วยดีตลอดมา

## เอกสารอ้างอิง

1. จรัส สุวรรณมาลา . ปฏิรูประบบการคลังไทย กระจายอำนาจสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น .กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย , 2538.
2. ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ . ความชุกของสถานะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อในประชากรไทย อายุ 15- 74 ปี เขตสาธารณสุขที่13 พ.ศ. 2547 . สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข , 2547.

# ทำยเล่ม

## คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อหรือโรคไม่ติดต่อตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเน้นเรื่องที่ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

## หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

### 1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผล วิจารณ์ ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผลปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

### 2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกระชับรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอธิบายต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงาน เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมีครบทุกบทความ

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ ความยาวไม่เกิน 150 คำ ในการเขียนบทคัดย่อมีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ ของการวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตของการวิจัย

วัตถุประสงค์และวิธีการวิธีการดำเนินงาน อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/การดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยพยายามเสนอหลักฐานและข้อมูล อย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการวิจัยหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

บทสรุป ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย อย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ สำหรับการวิจัยต่อไป

# ทำยเล่ม

## คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อหรือโรคไม่ติดต่อตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเน้นเรื่องที่ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

## หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

### 1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผล วิจารณ์ ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผลปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

### 2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกระชับรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอธิบายต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงาน เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมีครบทุกบทความ

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ ความยาวไม่เกิน 150 คำ ในการเขียนบทคัดย่อมีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตของการวิจัย

วัตถุประสงค์และวิธีการ/วิธีการดำเนินงาน อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยโดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยพยายามเสนอหลักฐานและข้อมูล อย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้

วิจารณ์ผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการวิจัยหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

บทสรุป ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ สำหรับการวิจัยต่อไป

## 5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณา ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณา ลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบ

### ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ถือว่าเป็นผลงานวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 หรือ กองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน



### เอกสารอ้างอิง

- 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
- 2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงภาษาไทย ให้ใช้ชื่อต้นของผู้เขียน ตามด้วยนามสกุล
- 4) เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษให้เขียนนามสกุลของผู้เขียนตามอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง
- 5) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

### 3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

#### 3.1 การอ้างวารสาร

##### ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร ปี ค.ศ. ; ปีที่พิมพ์ (Volume) : หน้า

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรกแล้วเติม et al.

##### ตัวอย่าง

Fischl MA, Dickinson Gm, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, children household contacts of adult with AIDS, JAMA 1987; 257: 640-644.

##### ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

##### ตัวอย่าง

ธีระ รามสูตร, นิวัติ มนต์วีรสวัต, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช, และคณะ. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยา คลินิกจากวงต่างชาวของผิวหนังผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย.

วารสารโรคติดต่อ 2527; 10 : 101 -102

#### 3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

##### ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ (ค.ศ.) : หน้า.

##### ตัวอย่าง

Joman K. Tuberculosis case - finding and chemotherapy, Geneva : Work Health Organization, 1979 : 211 - 215.

##### ข. การอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์,ปีที่พิมพ์: หน้า.

##### ตัวอย่าง

ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย, ใน : ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุนนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หาริณสุต, บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: รวมทรงศรน์, 2533 : 115 - 120,

### 4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์ดีดหน้าเดียวลงบนกระดาษสี ขนาด A4 (21.6 x 29.7 ซม.) หรือเพิ่มความรวดเร็วอาจส่งบทความซึ่งพิมพ์ในแผ่นเก็บข้อมูล สำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์มายังที่บรรณาธิการ

4.2 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหนา ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

4.4 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด ถึงบรรณาธิการวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ถนนราชสีมา-โชคชัย ต.หนองบัวศาลา อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000