

**วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา**  
**THE OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND CONTROL 5<sup>th</sup> NAKHON RATCHASIMA**

**บรรณาธิการ**

นางสาวสุชญญา มานิตย์ศิริกุล สม. Suchanya Manitsirikul M.PH.

**ที่ปรึกษา**

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.พันธุ์ทิพย์ रामสูต สด. Pantyp Ramasoota Doctor of Public Health  
นพ.วิชัย ชัตติยวิทยากุล พบ., สม. Vichai Kuttiyawithayakoon M.D., M.P.H.  
นพ.ชวนพิศ สุทธินนท์ พบ. Chuanpit Suttinont M.D.  
ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ ปร.ด.(เวชศาสตร์เขตร้อน) Tassanee Silawan Ph.D.(Trop Med)  
ดร.เพ็ญศรี รักรวงศ์ ปร.ด.(การพยาบาล) Pensri Rukwong Ph.D.(Nursing)  
นพ.สมชาย ตั้งสุภาชัย พบ. Somchai Tungsupachai M.D.

**กองบรรณาธิการ**

นพ.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร พบ. Teerawat Valaisathien M.D.  
นางสาวศรีสมร กมลเพชร วท.ม.(บริหารสาธารณสุข) Srisamorn Kamonped M.Sc. PH  
นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์ พบ. Thanapong Jinvong M.D.  
นางสาวธนวัน แสงพิศุทธ์ วท.ม.(วิทยาการระบาด) Thanawan Saengpisut M.Sc.(Epidemiology)  
นางวาณี สุขพงษ์ไทย พบ.ม.(นโยบายสาธารณะ และการบริหารโครงการ) Vanee Sukpongthai MPa.(Public Policy and Project Administration)  
นายสุรชัย ศิลาวรรณ วท.ม.(วิทยาการระบาด) Surachai Silawan M.Sc.(Epidemiology)  
นายไพโรจน์ พรหมพันใจ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) Pairoj Prompunjai M.Sc.(Public Health)  
นางกาญจนา ยิ่งขาว สม. Kanjana Yangkao M.PH.  
นางนันทนา แต่ประเสริฐ สส.ม.(ชีวสถิติ) Nantana Taeprasert M.PH.(Biostatistic)  
นายอภิรัตน์ โสกำปัง สด.ม.(สังคมศาสตร์การแพทย์) Apirat Sokampang M.A.(Medical and Health Social Science)

**ผู้ช่วยบรรณาธิการ**

นางเปรมปรีดี ชวานะนรเศรษฐ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) Prempree Chawanoraset M.Sc.(Public Health)  
นางดวงจันทร์ จันทร์เมือง วท.ม.(เภสัชศาสตร์) Doungjun Chanmuang M.Sc.(Pharmacy)

**ฝ่ายจัดการ**

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

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง เผยแพร่ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพ และการพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ศึกษาได้จากคำแนะนำสำหรับผู้เขียนซึ่งอยู่ด้านหลังของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ทุกฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงานการวิจัย ถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำ และบทความที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 แล้วไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการอื่น ๆ ได้

**ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง**

สุชัญญา มานิตย์ศิริกุล

งานพัฒนางานวิจัย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

**ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา**

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

# สารบัญ / Content

ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน - กันยายน 2553

## รายงานการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโรงพยาบาลเอกชน ในเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดนครราชสีมา ปี 2552  
The Model Development of Dengue Hemorrhagic Fever's Prevention and Control through Knowledge Management Process's Application in Universal Coverage Private Hospital at Nakhon Ratchasima Province, 2009  
บัณฑิต วรรณประพันธ์ ..... 5
2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา  
Factors Influencing Quality of Life among HIV-Infected/AIDS Patients at Community Hospitals in Nakhon Ratchasima Province  
หทัยรัตน์ โคตรสมพงษ์ ..... 25
3. ประเมินผลการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกเทศบาลเมืองปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2551  
Evaluation of Dengue Hemorrhagic Fever Prevention campaign in Pakchong Municipal, Nakhon Ratchasima Province, 2008.  
อภิรัตน์ โสกำปัง ..... 43
4. สถานการณ์ปัญหาและสาเหตุการจมน้ำในเด็กอายุ 0 - 14 ปีจังหวัดนครราชสีมา  
Situation and Causes Of Drowning among Children Aged 0-14 years Nakhon Ratchasima Province  
ประดิษฐ์ ทองจุ่น ..... 56
5. การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2552  
Public Health Management of Tambon Administrative Organization in Children Developing Center in Public Health 14, 2009  
สุชัยญา มานิตย์ศิริกุล ..... 69

## ท้ายเล่ม

- คำแนะนำสำหรับผู้เขียน..... 78



# การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโรงพยาบาลเอกชน ในเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดนครราชสีมา ปี 2552

## The Model Development of Dengue Hemorrhagic Fever's Prevention and Control through Knowledge Management Process's Application in Universal Coverage Private Hospital at Nakhon Ratchasima Province, 2009

บัณฑิต วรรณประพันธ์\*ส.ม.

Bundit Wannaprapan M.P.H.

อุไรวรรณ จาริก\*\* ส.ม.

Uraiwan Jarik M.P.H.

สันติ ชินพันธ์\*\* ส.บ.

Sunti Chinapan B.P.H.

\*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา

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

\*\*โรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล

Korat Memorial Hospital

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกก่อนพัฒนารูปแบบเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก และเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก โดยประยุกต์การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียลและชุมชนที่รับผิดชอบ กลุ่มตัวอย่างได้แก่บุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชนแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอกและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน 15 ชุมชนจำนวนทั้งสิ้น 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมินมาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบสำรวจการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก แบบวัดปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก แบบประเมินความพึงพอใจในการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก โดยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2551 - กันยายน 2552 ผลการวิจัยพบว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก มีการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกบางองค์ประกอบ แต่ยังไม่เป็นระบบ และไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกยังไม่สอดคล้องกับตัวชี้วัดมาตรฐานรูปแบบการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกที่พัฒนาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ที่สำคัญได้แก่ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้บริหารและบุคลากรโดยการสร้างความตระหนัก ความเข้าใจ การประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายการจัดการความรู้ และศึกษาสภาพการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกก่อนการพัฒนารูปแบบ ขั้นตอนที่ 2 จัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ แต่งตั้งคณะกรรมการและขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการจัดการความรู้ สร้างและเชื่อมโยงเครือข่ายความรู้ จากการนำรูปแบบการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกที่พัฒนาไปทดลองใช้ เป็นเวลา 6 เดือนโดยดำเนินการตามกระบวนการจัดการความรู้ พบว่ากลุ่มจัดการความรู้ทั้ง 3 กลุ่ม ได้แลกเปลี่ยนทักษะ ประสบการณ์และองค์ความรู้โรคไข้เลือดออกในการปฏิบัติงาน และมีแนวปฏิบัติจำนวนทั้งหมด 7 เรื่อง ผู้บริหาร บุคลากรและประธานอาสาสมัครสาธารณสุข มีความพึงพอใจต่อการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับมาก การประเมินความสำเร็จในการจัดการความรู้ โดยรวมอยู่

ในระดับมาก และรูปแบบการจัดการความรู้มีความเหมาะสมในระดับมาก ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการ  
ความรู้โรคไข้เลือดออกได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร เทคโนโลยี การสื่อสารที่ชัดเจน วัฒนธรรมในการจัดการ  
ความรู้ของผู้บริหาร การมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรร่วมกับชุมชน และแนวทางหรือมาตรการในการจัดการความรู้  
โรคไข้เลือดออก

โดยสรุป รูปแบบการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพเหมาะสม ผู้บริหาร บุคลากร  
และประธานอาสาสมัครสาธารณสุข มีความพึงพอใจและประเมินความสำเร็จของการจัดการความรู้อยู่ในระดับมาก  
จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันควบคุมโรคอื่น ๆ ต่อไป

## Abstract

The objectives of this research were : to examine conditions of *Dengue Haemorrhagic Fever's knowledge management (DHFKM)* before developing *DHFKM* model for the Universal Coverage Hospital (*UCH*), to develop *DHFKM* model for the *UCH*, and to investigate factors affecting success in *DHFKM* for the *UCH*. The research was conducted by using participatory action research at Korat Memorial Hospital and communities. The sample consisted of 40 participants included that administrators staff and chief of public health volunteer in community (*CPHV*) at Korat memorial hospital in Nakhon Ratchasima Province. The instruments used for gathering data were; a evaluation of DHF standardize; a questionnaire on appropriateness of the knowledge management model ; a scale on factors affecting success in knowledge management ; and a scale on satisfaction with knowledge management during December 2008 – September 2009. The results indicated that before developing the *DHFKM* model, had operated activities of *DHFKM* in some elements but the management was not systematic and there was not a clear model and did not relate to DHF standardize. The developed *DHFKM* model for *UCH* consisted of 3 stages : the stage of preparing the administrator and staff by making awareness, understanding and making co-operation, meeting for understanding of the objectives, goal of *DHFKM*, and study of *DHFKM* before developing the model. The second stage ; making action plan, making the vision, mission, goal, objectives and setting the committee. The third stage ; building the new knowledge and building the knowledge network. After the developed *DHFKM* model was employed to try out in *UCH* for 4 months by operation based on the knowledge management process; the results showed that totally 7 titles of the skill, experience, and body of knowledge in work performance were obtained from 3 groups. The administrators, staff and *CPHV* had satisfaction at high level. Success in *DHFKM* was high level; and they agreed *DHFKM* model was appropriate at high level. The factors of success in *DHFKM* for *UCH* included: supports from administrators, clearing system of information technology, knowledge management culture of the administrators staff and *CPHV*.

\*\*\*\*\*

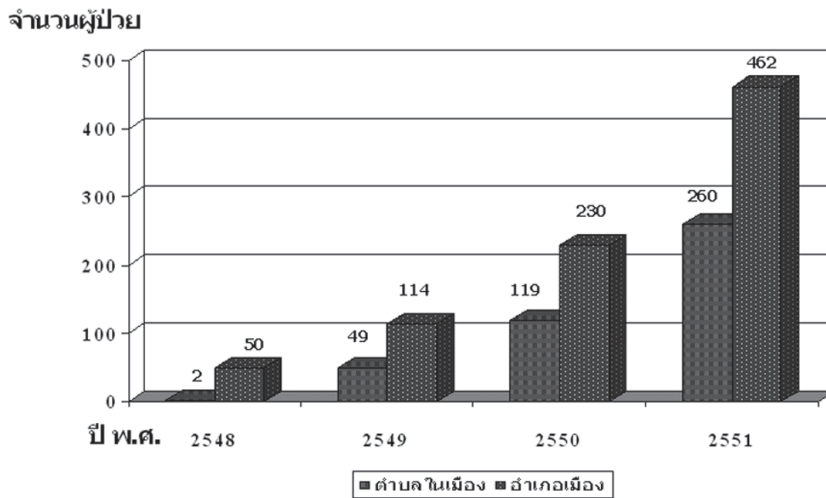
In conclusion, the *DHFKM* model was appropriately efficient. The administrator and the *UCH* were rated in success and on satisfaction at a high level. This model could be able to use for the prevention and control of other diseases.

## บทนำ

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านที่สามารถให้บริการแบบผสมผสานในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งบริการภายในและภายนอกสถานบริการ โรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล เป็นสถานบริการเอกชนซึ่งเป็นเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีพื้นที่รับผิดชอบระดับชุมชนระหว่าง 10 - 15 ชุมชน และมีภารกิจสำคัญคือสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านตามแนวทางมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในมิติของมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยความทันเวลาของการรับแจ้งผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ความครบถ้วนของการสอบสวนผู้ป่วยรายแรก (Index Case) ความพร้อมของทีมควบคุมโรค ความทันเวลาของการควบคุมแหล่งแพร่โรค ความครบถ้วนของการควบคุมแหล่งแพร่โรค<sup>(1)</sup> ทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อให้การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมีมาตรฐานจากการประเมินมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล พบว่าการรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกภายใน 24 ชั่วโมงจากสถานบริการอื่น ทั้งเอกชนและรัฐบาลมีความล่าช้าจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 28.57) การสอบสวนผู้ป่วยรายแรก (Index case) ดำเนินการโดยทีม Primary Care Unit มีความล่าช้าในบางราย ซึ่งเป็นผลจากความล่าช้าในการรายงานผู้ป่วย การควบคุมแหล่งแพร่โรค ยังไม่มีความครอบคลุมในด้านการพ่นสารเคมีในรัศมี 100 เมตรรอบบ้านผู้ป่วยจำนวน 2 ครั้งในระยะเวลาห่างกัน 7 วัน การสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในหลังคาเรือน (House Index :HI) โรงเรือนและวัด (Containers Index :CI) การสรุปรายงานกิจกรรมการควบคุมโรค และการสุ่มประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (House Index :HI) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพบว่า ชุมชนมีค่า HI > 10 จำนวน 3 ชุมชน (ร้อยละ 20) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ควรมีกิจกรรมการกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุก 7 วัน เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อในทุกชุมชน ในด้านสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดนครราชสีมา ล่าสุดในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีอัตราป่วย 68.04 ต่อแสนประชากร ถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่พบว่าการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกเมื่อพิจารณา พื้นที่อำเภอที่มีการระบาดของโรค พบว่าการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกกระจายออกไปทุกพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตำบลในเมือง อำเภอเมือง พบว่าระหว่างปี 2548 - 2551 ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน 50 ราย 114 ราย 230 ราย และ 462 ราย ตามลำดับ<sup>(2)</sup> ดังภาพประกอบ

\*\*\*\*\*

## จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปี 2548-2551



ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2551

จากสภาพปัญหาดังกล่าว หากไม่มีระบบการดำเนินงานที่ชัดเจนย่อมส่งผลให้เกิดการระบาดขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง ทั้งนี้การดำเนินงานเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างภาครัฐกับเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลเอกชนนั้นมีการกิจต้องดำเนินการป้องกันควบคุมโรคร่วมกับประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบตามขอบเขตการแบ่งพื้นที่ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยดำเนินการตามรูปแบบที่เหมาะสมสอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข จากผลการวิจัยของ กานต์สุดา มาชะศิริานนท์<sup>(3)</sup> เกี่ยวกับระบบการจัดการความรู้สำหรับองค์กรภาคเอกชนพบว่า ระบบการจัดการความรู้สำหรับองค์กรภาคเอกชนประกอบด้วยผู้นำและหรือผู้บริหารองค์กร วิสัยทัศน์การจัดการความรู้ พันธกิจการจัดการความรู้ นโยบายการจัดการความรู้ เป้าหมายการจัดการความรู้ เทคโนโลยี บุคลากรที่ใช้ความรู้ ทีมผู้ชำนาญการ และระบบการจัดการความรู้สำหรับองค์กรเอกชน ทั้งนี้จากผลการประเมินและผลการศึกษาดังกล่าว แสดงถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานบริการภาคเอกชน ให้บุคลากรในโรงพยาบาลและชุมชนทราบสภาพปัญหา สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกำหนดแนวทางหรือมาตรการในการดำเนินงาน ตลอดจนร่วมวางแผนปฏิบัติการ การประเมินผลการปฏิบัติงานและสรุปบทเรียนจากปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในชุมชน เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้มีระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลเอกชนในเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการความรู้ (Knowledge Management Model) เพื่อนำไปพัฒนาการจัดการความรู้ในองค์กรให้เหมาะสมกับการบริหาร การจัดการ และวัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลฯ เพื่อสามารถใช้ความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ



## คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลเอกชนและชุมชนที่รับผิดชอบ มีลักษณะอย่างไร
2. การจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลเอกชนและชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ ก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ มีลักษณะอย่างไร
3. รูปแบบของการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลเอกชนโดยการจัดการความรู้ที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพควรเป็นอย่างไร
4. ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยกระบวนการจัดการความรู้ของโรงพยาบาลเอกชน

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป  
เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้ของโรงพยาบาลเอกชนในเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดนครราชสีมา
2. วัตถุประสงค์เฉพาะ
  - 2.1 เพื่อศึกษามาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกและการจัดการความรู้ของบุคลากรและชุมชน โรงพยาบาลเอกชน ก่อนพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้
  - 2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการจัดการความรู้ โรงพยาบาลเอกชน
  - 2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยกระบวนการจัดการความรู้ โรงพยาบาลเอกชน

## นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

1. กระบวนการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติงานป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้<sup>(4)</sup> ได้แก่ การร่วมกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ การแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการความรู้ การจำแนกความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาทักษะ ประสบการณ์ และความรู้ใหม่ การจัดเก็บความรู้ การประยุกต์ใช้ทักษะ ประสบการณ์และความรู้ การสร้างเครือข่ายความรู้ และการประเมินผล
2. มาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ปี 2552 ของสำนักโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้แก่ ความทันเวลาของการได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ความครบถ้วนของการสอบสวนผู้ป่วยรายแรก (Index Case) ของทุกเหตุการณ์ ความพร้อมของทีมควบคุมโรค ความทันเวลาในการควบคุมแหล่งแพร่โรค และความครอบคลุมในการควบคุมแหล่งแพร่โรค

## วัสดุและวิธีการศึกษา

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่โรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งอยู่ในเครือข่ายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหาร คณะบุคลากร  
ของโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนในชุมชนซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ  
จำนวน 15 ชุมชน รวมทั้งสิ้น 150 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ คณะกรรมการบริหาร บุคลากรผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกัน  
ควบคุมโรคไข้เลือดออกในแผนก Primary Care Unit, ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข  
ใน 15 ชุมชน รวมจำนวนทั้งสิ้น 40 คน

#### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การเตรียมบุคลากร โดยการทำความเข้าใจผู้บริหารและคณะกรรมการบริหาร การสร้างทีม  
และแกนนำวิจัย โดยแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล  
การศึกษามาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกและสภาพของการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก  
ก่อนพัฒนารูปแบบ

ระยะที่ 2 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและสร้างวิสัยทัศน์ ดำเนินการสร้างความเชื่อถือและกระบวนการ  
การมีส่วนร่วม การสร้างวิสัยทัศน์การจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก การร่วมกันสร้างพันธกิจ นโยบาย เป้าหมาย  
วัตถุประสงค์การจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก การสร้างความเข้าใจกิจกรรมพัฒนาการจัดการความรู้  
โรคไข้เลือดออกกับทีมบุคลากร ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระยะที่ 3 การจัดทำแผน/พัฒนาศักยภาพทีมบุคลากรและประธานอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการจัดทำ  
แผนกิจกรรมพัฒนาการจัดการความรู้และพัฒนาระบบข้อมูลโรคไข้เลือดออกใน Primary Care Unit การทบทวน  
และสรุปบทเรียนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน การร่วมกำหนด  
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ระยะที่ 4 การนำแผนไปปฏิบัติและพัฒนางาน โดยการส่งเสริมการแสวงหาความรู้โรคไข้เลือดออก การสรุป  
ทบทวนแผนกิจกรรมพัฒนาการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกด้วยเทคนิคประเมินผลหลังการปฏิบัติ (After  
Action Review:AAR) การทดลองใช้กิจกรรมในกระบวนการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก การสรุปบทเรียน  
สะท้อนผล และทบทวนแผนการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก การนำระบบและรูปแบบการจัดการ  
ความรู้โรคไข้เลือดออกมาปรับใช้ การดำเนินการยกระดับความรู้และการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก  
ในประเด็นอื่นจนเกิดองค์ความรู้ โดยการประชุมเสนอรายงานกลุ่ม อภิปรายร่วมกัน

ระยะที่ 5 ประเมินผลกระบวนการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก

#### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 4 ชุด ได้แก่

1. แบบประเมินมาตรฐานการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ปี 2552 สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2. แบบสำรวจการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล

3. แบบวัดปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล

4. แบบประเมินความสำเร็จและความพึงพอใจ การจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกโรงพยาบาล  
โคราชเมโมเรียล

\*\*\*\*\*

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในข้อ 2-4 เป็นข้อคำถามเพื่อส่งเสริมให้เกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้สำหรับป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งคำถามทั้งหมดกำหนดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ และใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย <sup>(5),(6)</sup> ดังนี้

ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
1	1.00 – 1.49	น้อยที่สุด (much below average)
2	1.50 – 2.49	น้อย (below average)
3	2.50 – 3.49	ปานกลาง (fair / average)
4	3.50 – 4.49	มาก (above average)
5	4.50 – 5.00	มากที่สุด (much above average)

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การประสานงานโครงการวิจัยกับผู้อำนวยการและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลโคราช เมโมเรียลโดยหนังสือราชการ
2. การประชุมชี้แจงโครงการวิจัยแก่ บุคลากร ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมการดำเนินงานและการประเมินผล
3. การปฏิบัติการในกิจกรรมตามขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบประเมินมาตรฐาน การเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบสำรวจการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก แบบวัดปัจจัยที่ส่งผล ต่อความสำเร็จการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก แบบประเมินความพึงพอใจการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก จากบุคลากรโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียลและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขใน 15 ชุมชน โดยดำเนินการ ด้วยตนเองและขอความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่แผนก Primary Care Unit
4. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาเทียบกับเกณฑ์การแปลความหมาย

### ผลการศึกษา

#### ขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาสภาพการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกก่อนพัฒนารูปแบบ

1. มาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล พบว่า การรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกภายใน 24 ชั่วโมงจากสถานบริการอื่นทั้งเอกชนและรัฐบาล มีความล่าช้าจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 28.57) การสอบสวนผู้ป่วยรายแรก (Index case) ดำเนินการโดยทีม Primary Care Unit ของโรงพยาบาลฯ มีความล่าช้าในบางรายซึ่งเป็นผลจากการรายงานผู้ป่วยล่าช้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อความครบถ้วน ของการควบคุมแหล่งแพร่โรคในด้านการพ่นสารเคมีในรัศมี 100 เมตรรอบบ้านผู้ป่วยจำนวน 2 ครั้งในระยะเวลา ห่างกัน 7 วัน การสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในหลังคาเรือน (House Index :HI) โรงเรือนและวัด (Containers Index :CI) การสุปรายงานกิจกรรมการควบคุมโรค และการสุ่มประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (House Index :HI) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลฯในระดับชุมชนพบว่า ชุมชนมีค่า HI > 10 จำนวน 3 ชุมชน (ร้อยละ 20) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ควรมีกิจกรรมการกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอทุก 7 วัน เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อในทุกชุมชน ดังตารางที่ 1

\*\*\*\*\*

**ตารางที่ 1 ผลการประเมินมาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล**

ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน
1. ความทันเวลาของการได้รับแจ้งเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก	การรับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกภายใน 24 ชั่วโมง จากสถานบริการอื่นทั้งเอกชนและรัฐบาล มีความล่าช้าจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 28.57) จากจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน 7 ราย
2. ความครบถ้วนของการสอบสวนผู้ป่วยรายแรก (Index Case) ของทุกเหตุการณ์	การสอบสวนผู้ป่วยรายแรก (Index case) ดำเนินการโดยทีม Primary Care Unit ของโรงพยาบาลฯ ครบถ้วนทุกราย แต่มีความล่าช้าในบางรายซึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากการรายงานผู้ป่วยประกอบกับความรู้ความเข้าใจในระบาดวิทยา ของโรคไข้เลือดออกยังไม่ถูกต้อง
3. ความพร้อมของทีมควบคุมโรค	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออก ร่วมกับเทศบาลนครนครราชสีมาจัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกชัดเจน
4. ความทันเวลาในการควบคุมแหล่งแพร่โรค	การควบคุมแหล่งแพร่โรคภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากวันที่ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาล ดำเนินการโดยเทศบาลนครนครราชสีมา ครบถ้วนทุกราย
5. ความครอบคลุมในการควบคุมแหล่งแพร่โรค	ควบคุมแหล่งแพร่โรคยังไม่ครอบคลุมในด้านการพันสารเคมีในรัศมี 100 เมตรรอบบ้านผู้ป่วยจำนวน 2 ครั้งในระยะเวลาห่างกัน 7 วัน การสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในหลังคาเรือน (House Index :HI) โรงเรียนและวัด (Containers Index :CI) การสรุปรายงานกิจกรรมการควบคุมโรค

2. ก่อนการพัฒนากระบวนการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกระบวนการจัดการความรู้สำหรับบุคลากรในแผนก Primary Care Unit ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ใน 15 ชุมชนของโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล พบว่าบุคลากรและประธานอาสาสมัครสาธารณสุข เคยได้ยึ่นการจัดการความรู้ไม่ทราบกระบวนการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ ไม่ทราบประโยชน์ของการจัดการความรู้ ตลอดจนการเริ่มต้นกระบวนการจัดการความรู้ แต่มีการใช้ความรู้โรคไข้เลือดออกในลักษณะประสบการณ์ ทักษะภายในตัวบุคคล ในด้านการประสานงาน การควบคุมลูกน้ำยุงลาย การให้สุขศึกษา การควบคุมโรค ส่วนในการประยุกต์ใช้ความรู้จากงานวิจัยยังมีน้อย เนื่องจากมีภาระงานมากและบุคลากรที่รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมีจำกัด ประกอบกับรับผิดชอบหลายหน้าที่ และพบว่าการดำเนินการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกในระดับมาก ในด้านการใช้ความคิดประสบการณ์ ทักษะ และความชำนาญในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ยังไม่ถูกเผยแพร่หรือบันทึกสู่ภายนอก (Tacit Knowledge) การใช้ความรู้ภายในและภายนอกบุคคล การใช้คู่มือ ตำรา ระเบียบ กฎเกณฑ์และความรู้อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก (Explicit Knowledge) ดังตารางที่ 2

\*\*\*\*\*

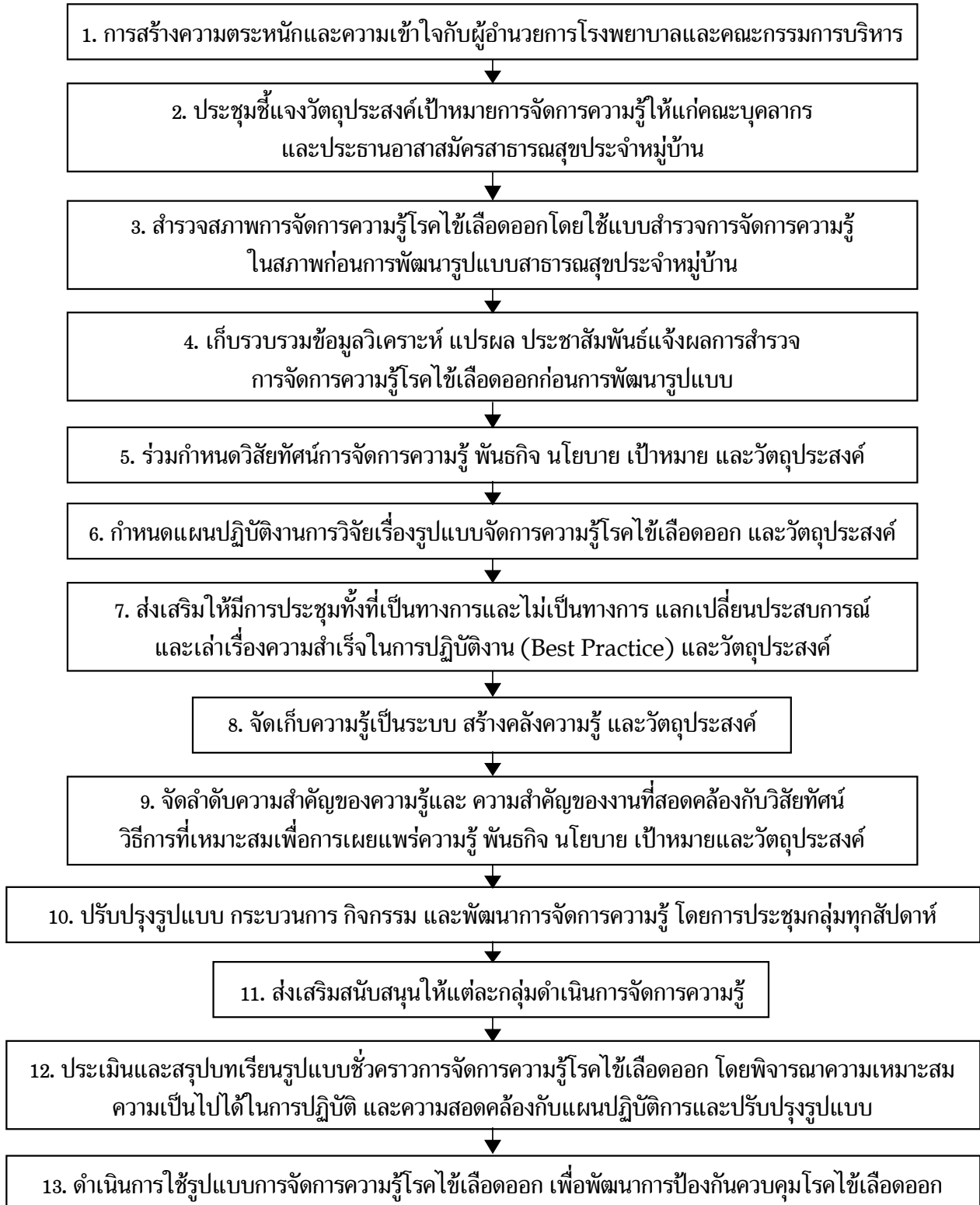
**ตารางที่ 2 ผลการศึกษาสภาพการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกของบุคลากร และประธานอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน ก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบ**

เรื่องที่พิจารณา	ระดับความคิดเห็น		
	mean	S.D.	การแปลผล
1. การใช้ความคิดประสบการณ์ ทักษะ และความชำนาญในการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ยังไม่ถูกเผยแพร่ หรือบันทึกสู่ภายนอก (Tacit Knowledge)	3.87	0.92	มาก
2. การใช้คู่มือ ตำรา ระเบียบ กฎเกณฑ์และความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ กับโรคไข้เลือดออก (Explicit Knowledge) เป็นเชิงเอกสาร	3.75	0.84	มาก
3. มีการเปลี่ยนแปลงความรู้โรคไข้เลือดออกเชิงประสบการณ์ เพื่อนำไปสู่แนวปฏิบัติสำหรับการควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.02	0.78	ปานกลาง
4. การบูรณาการหรือการผนวกความรู้โรคไข้เลือดออก เชิงเอกสารเข้าด้วยกัน	3.14	0.68	ปานกลาง
5. โรงพยาบาลโคราชเมโมเรียลมีการแลกเปลี่ยนความรู้ โรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับใด			
5.1 ในแผนกเดียวกัน	2.42	1.24	น้อย
5.2 ต่างแผนกกัน	2.48	0.98	น้อย
5.3 โรงพยาบาลกับชุมชน	2.30	1.02	น้อย
5.4 ระหว่างชุมชน	2.46	1.14	น้อย
6. บุคลากรในโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียลและประธานอาสาสมัคร สาธารณสุขมีกระบวนการจัดการความรู้ร่วมกันในระดับใด			
6.1 การแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก	3.41	0.86	ปานกลาง
6.2 การสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก	3.12	0.58	ปานกลาง
6.3 การเก็บรักษาองค์ความรู้	3.14	0.69	ปานกลาง
6.4 การเผยแพร่องค์ความรู้	2.49	0.84	น้อย
6.5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรโรงพยาบาลกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ	2.43	1.23	น้อย
7. หน่วยงานของท่านได้ให้บริการความรู้ในรูปแบบการให้คำแนะนำ ปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับใด	2.29	0.76	น้อย
8. หน่วยงานของท่านได้ให้บริการความรู้ในรูปแบบการให้อบรม / สัมมนา / ฝึกฝนทักษะที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับใด	2.69	0.87	ปานกลาง
9. มีการตรวจสอบ และประเมินคุณค่าความรู้โรคไข้เลือดออก โดยผู้เชี่ยวชาญ	3.13	0.96	ปานกลาง
10. มีการเผยแพร่ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออกในรูปแบบ ของการจัดนิทรรศการในโรงพยาบาลและชุมชน	3.41	0.89	ปานกลาง

\*\*\*\*\*

**ขั้นตอนที่ 2** ผลการพัฒนาแบบของการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล ประกอบด้วยการสร้างรูปแบบชั่วคราว การทดลองใช้รูปแบบการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกและปรับปรุงรูปแบบ พบว่า รูปแบบที่เหมาะสมของการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล มี 13 ขั้นตอน ดังนี้

### ภาพรูปแบบการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล



จากการใช้รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกระบวนการจัดการความรู้ พบว่ามีกระบวนการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกที่เป็นระบบ มีระบบการจัดการข้อมูลโรคไข้เลือดออกสอดคล้องกับมาตรฐาน การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของกระทรวงสาธารณสุข การประชาสัมพันธ์โรคไข้เลือดออกมีทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจน ได้ทักษะประสบการณ์ และองค์ความรู้ สำหรับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนและโรงพยาบาล โดยมีประเด็นในด้าน Tacit Knowledge และ Explicit knowledge ที่เป็นประโยชน์สำหรับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกดังตารางที่ 3 และ 4 และได้ระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปบทเรียนจากการปฏิบัติงานและการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนและโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 แผนปฏิบัติการการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล

วันเดือนปี	กิจกรรม	สรุปประเด็นจากการประชุมกลุ่ม
23-24 มี.ค.2552	สร้างวิสัยทัศน์และสร้างทีมจัดการความรู้	1. มีประธาน เลขา และสมาชิกกลุ่มที่เข้าใจบทบาทหน้าที่ 2. มีแผนการปฏิบัติงาน 3. สมาชิกกลุ่มมีการจำแนกความรู้ของตนเองและสามารถอธิบายได้ในกิจกรรมครั้งที่ 2
2 เม.ย.2552	การจำแนกความรู้โรคไข้เลือดออก	1. การรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 2. การป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยเน้นกระบวนการทางกายภาพและชีวภาพ เช่น การใช้ปูนแดง การใช้จอบลือกใส่ในตุ่มน้ำเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลายมาวางไข่ การสำรวจค้ำด้ชนี้ลูกน้ำยุงลายทุก 3 วันในชุมชนและทุก 7 วันในโรงพยาบาล 3. การควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเน้นการประสานงานที่รวดเร็ว ชัดเจน ภายใน 24 ชั่วโมง และให้มีความครอบคลุมโดยการพ่นสารเคมี 2 รอบ ห่างกัน 7 วัน พร้อมทั้งสรุปรายงานกิจกรรม
22 เม.ย.2552	การจัดการ จัดเก็บและใช้ความรู้โรคไข้เลือดออก	1. ควรมีเอกสาร ตำราวิชาการหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องอยู่ในห้องสมุดของโรงพยาบาลเพื่อการค้นคว้าของบุคลากรและชุมชน 2. การรับการสนับสนุนความรู้โรคไข้เลือดออกจากหน่วยงานหรือองค์กรที่มีผู้เชี่ยวชาญในรูปแบบการสนับสนุนวิชาการ การนิเทศงาน หรือประเมินผลตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข 3. รวบรวมแนวทางหรือมาตรการดำเนินงานเป็นหมวดหมู่โดยจัดเก็บเป็นชุดเอกสารหรือ File โดยสามารถนำมาใช้ได้สะดวก

**ตารางที่ 3** แผนปฏิบัติการการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล (ต่อ)

วันเดือนปี	กิจกรรม	สรุปประเด็นจากการประชุมกลุ่ม
5 พ.ค.2552	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1. มีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเชิงทักษะ ประสบการณ์ และความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วย การดูแลรักษาผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้าน การดำเนินงาน ในชุมชนเป็นประจำ ทุก 1 เดือน 2. ศึกษาดูงานหน่วยงาน/องค์กร/ชุมชนที่ปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกดีเด่นเพื่อมาประยุกต์ใช้ 3. ควรมีกิจกรรมการรับกรณีพิเศษ ติดตามงานจาก หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบทิศทาง หรือมาตรการในการดำเนินงานใหม่ๆ
22 พ.ค.2552	การเผยแพร่ความรู้	สรุปผลการดำเนินงานในด้านมาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก การดำเนินงานโดยชุมชน ทางบอร์ดประชาสัมพันธ์หรือ website ของโรงพยาบาล หรือวิทยุชุมชน
9 มิ.ย. 2552	การสร้างเครือข่ายความรู้	แต่ละชุมชนต้องประชุมร่วมกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และเชิญโรงเรียน วัด องค์กรอื่นๆเข้าร่วมด้วยเพื่อร่วม ดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายโรคไข้เลือดออก
29 มิ.ย. 2552 10 ก.ค. 2552 และ 24 ก.ค. 2552	การติดตามประเมินผล	1. PCU ปฏิบัติงานตามกรอบมาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในด้านความทันเวลา ของการรับแจ้งว่ามีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ความครบถ้วน ของการสอบสวนผู้ป่วยรายแรก ความพร้อมของทีม ควบคุมโรค ความทันเวลาในการควบคุมแหล่งแพร่โรค ความครอบคลุมในการควบคุมแหล่งแพร่โรค โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนทุก 1 เดือน 2. ชุมชนทุกแห่งดำเนินการสำรวจและกำจัดลูกน้ำ ยุงลาย ทุก 3 วันโดยเน้นกระบวนการด้านกายภาพ และชีวภาพ พร้อมทั้งระบบรายงานผลการปฏิบัติงาน ไปโรงพยาบาล 3. PCU วิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานเพื่อพิจารณาจุดแข็ง จุดอ่อนและหาแนวทางที่มีประสิทธิภาพ 4. กำหนดเป็นวาระที่ต้องติดตามผลการดำเนินงาน ในที่ประชุมของโรงพยาบาล



**ตารางที่ 3** แผนปฏิบัติการการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล

วันเดือนปี	กิจกรรม	สรุปประเด็นจากการประชุมกลุ่ม
7 ส.ค. 2552	การสรุปผลและรายงาน	มีระบบรายงานที่ชัดเจน 1. ความสอดคล้องกับแนวทาง/มาตรการการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของกระทรวงสาธารณสุข 2. ตัวชี้วัดของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3. การสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล 4. การควบคุมโรคโดยกิจกรรมการพ่นสารเคมี 5. สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี

**ตารางที่ 4** ทักษะ ประสบการณ์ และองค์ความรู้สำหรับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนและโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล

กระบวนการจัดการความรู้	ประเด็นที่ได้จากกลุ่ม
Tacit knowledge	1. การสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลายในหลังคาเรือนทุก 3 วัน โดยเจ้าของบ้านในแต่ละหลังคาเรือนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2. การสรุปผลการควบคุมลูกน้ำยุงลายในที่ประชุมประจำชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง 3. ต้องสอบสวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรายแรก (Index Case) ทุกราย โดยทีม Primary Care Unit ของโรงพยาบาลหลังจากได้รับรายงานโรค และสรุปรายงานการสอบสวนโรค 4. การประสานกิจกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกกับเทศบาลนครนครราชสีมา ในด้านการพ่นเคมี 2 รอบ ห่างกัน 7 วัน และครอบคลุมทั้งชุมชนทุกหลังคาเรือน โดยทีม Primary Care Unit ของโรงพยาบาลจะติดตามกำกับกิจกรรมการดำเนินงาน 5. การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกตามเกณฑ์มาตรฐาน Clinical Practice Guidelines โดยแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
Explicit knowledge	1. การประชุมวิชาการเพื่อทบทวนและฟื้นฟูศักยภาพบุคลากรรวมทั้งชุมชน ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกและโรคอื่นๆ 2. การจัดทำคู่มือ/แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล

**ขั้นตอนที่ 3** การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกพบว่า การดำเนินการในกระบวนการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกมีขั้นตอนที่เหมาะสม ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กรรมการบริหาร บุคลากรและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขให้ความสำคัญ สนับสนุน ในการสร้างระบบการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก มีกระบวนการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกภายในโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล อย่างเป็นระบบ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการ บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ นโยบาย เป้าหมาย พันธกิจ วัตถุประสงค์ และมีความสามัคคีร่วมมือร่วมใจในการดำเนินการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก มีคณะกรรมการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกในการดำเนินงาน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายนอกกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการในระดับมาก ดังตารางที่ 5

\*\*\*\*\*

**ตารางที่ 5 ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลโคราช  
เมโมเรียล**

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ	ระดับความคิดเห็น		
	mean	S.D.	การแปลผล
1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล กรรมการบริหาร บุคลากรและประธาน อาสาสมัครสาธารณสุข ให้ความสำคัญ สนับสนุนในการสร้างระบบ การจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก	4.13	0.86	มาก
2. การดำเนินการในกระบวนการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก มีขั้นตอนที่เหมาะสม	4.23	0.56	มาก
3. มีกระบวนการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกภายในโรงพยาบาล โคราชเมโมเรียล อย่างเป็นระบบ	4.43	0.79	มาก
4. มีการสื่อสารกับบุคลากรในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อให้รับทราบ และให้เข้าใจโดยทั่วไป	3.41	0.82	ปานกลาง
5. มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลหรือองค์ความรู้โรคไข้เลือดออก โดยการจัดกระดานข่าวประชาสัมพันธ์	3.37	1.18	ปานกลาง
6. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการ	4.29	0.49	มาก
7. บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ นโยบาย เป้าหมาย พันธกิจ และวัตถุประสงค์	4.53	0.58	มาก
8. บุคลากรและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสามัคคีร่วมมือ ร่วมใจในการดำเนินการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก	4.27	0.63	มาก
9. มีคณะกรรมการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกในการดำเนินงาน	4.25	0.50	มาก
10. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายนอกกลุ่มอย่างไม่เป็นทางการ	4.40	0.71	มาก

**ขั้นตอนที่ 4** การศึกษาความพึงพอใจของการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล พบว่า ความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน 15 แห่ง อยู่ในระดับมาก ในด้านการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก สนับสนุนให้การปฏิบัติงานในหน้าที่ ของแต่ละแผนกและชุมชนเป็นระบบยิ่งขึ้น บุคลากรในแผนก Primary Care Unit, ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ มีการนำทักษะ/ ประสบการณ์/ และความรู้โรคไข้เลือดออกเดิมกับทักษะ/ ประสบการณ์/ และความรู้โรคไข้เลือดออกใหม่ มาบูรณาการกันเพื่อพัฒนางาน การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกร่วมกันภายในกลุ่ม เกิดการยอมรับในความรู้ความสามารถ และเพิ่มประสบการณ์ การประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อการปฏิบัติงาน ให้มีผลปฏิบัติงานเป็นเลิศ (Best Practices) รวบรวม การจัดข้อมูลความรู้โรคไข้เลือดออก และดำเนินการปรับปรุงจัดทำเป็นเอกสาร การจัดเก็บข้อมูลความรู้ โรคไข้เลือดออกเป็นระบบสามารถเรียกใช้ได้รวดเร็วทันเวลา การใช้ประโยชน์จากความรู้โรคไข้เลือดออก

ในองค์กรช่วยในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระหว่างการทำงาน การจัดกิจกรรมถ่ายทอด  
วิธีปฏิบัติที่ดีเยี่ยม (Best Practices) โดยแลกเปลี่ยนความรู้ ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม การประชุมกลุ่ม  
เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างสม่ำเสมอ ตามรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการศึกษาความพึงพอใจของการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก โรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล

เรื่องที่พิจารณา	ระดับความคิดเห็น		
	mean	S.D.	การแปลผล
1. การจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก สนับสนุนให้การปฏิบัติงาน ในหน้าที่ของแต่ละแผนกและชุมชนเป็นระบบยิ่งขึ้น	4.50	0.58	มาก
2. บุคลากรในแผนก Primary Care Unit, ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ	4.13	0.71	มาก
3. มีการนำทักษะ/ประสบการณ์/และความรู้โรคไข้เลือดออกเดิม กับทักษะ/ประสบการณ์/และความรู้โรคไข้เลือดออกใหม่ มาบูรณาการกันเพื่อพัฒนางาน	3.87	0.72	มาก
4. การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกร่วมกันภายในกลุ่ม เกิดการยอมรับในความรู้ความสามารถ และเพิ่มประสบการณ์	4.07	0.83	มาก
5. การประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ไข้เลือดออก เพื่อการปฏิบัติงาน ให้มีผลปฏิบัติงานเป็นเลิศ (Best Practices)	4.50	0.58	มาก
6. รวบรวมการจัดข้อมูลความรู้โรคไข้เลือดออก และดำเนินการ ปรับปรุงจัดทำเป็นเอกสาร	4.23	0.59	มาก
7. การจัดเก็บข้อมูลความรู้โรคไข้เลือดออกเป็นระบบสามารถเรียกใช้ ได้รวดเร็วทันเวลา	3.83	0.75	มาก
8. การใช้ประโยชน์จากความรู้โรคไข้เลือดออกในองค์กร ช่วยในการ ตัดสินใจและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระหว่างการทำงาน	4.29	0.49	มาก
9. การจัดกิจกรรมถ่ายทอดวิธีปฏิบัติที่ดีเยี่ยม (Best Practices) โดยแลกเปลี่ยนความรู้ ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม	4.25	0.50	มาก
10. การประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างสม่ำเสมอ	3.74	0.94	มาก

### สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลเอกชน  
ในเครือข่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดนครราชสีมา มีประเด็นที่นำมาอภิปรายผลดังนี้

1. รูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกระบวนการจัดการความรู้ของโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล  
ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาเป็นรูปแบบที่ผ่านการทดลองใช้เป็นเวลา 6 เดือน พบว่าเป็นรูปแบบการจัดการความรู้  
ที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล โดยประเมินได้จากหลายประเด็นประกอบกัน ได้แก่มีการดำเนินการจัดการ

ความรู้โรคไข้เลือดออกตามกระบวนการทั้ง 7 กระบวนการ คือการจำแนกความรู้ การสร้างความรู้ใหม่ การแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้ การจัดหาความรู้ การจัดเก็บความรู้ การประยุกต์ใช้ความรู้ และการเผยแพร่ความรู้ โดยบุคลากรในแผนก Primary Care Unit ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน 15 แห่ง รวมทั้งหมด 3 กลุ่ม ได้ทักษะ ประสบการณ์และองค์ความรู้โรคไข้เลือดออกที่นำมาใช้ประโยชน์ในด้าน Tacit Knowledge และ Explicit Knowledge จำนวน 5 และ 2 เรื่องตามลำดับ เกิดระบบการจัดการข้อมูล และการปฏิบัติงานโรคไข้เลือดออกสอดคล้องกับมาตรฐานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ของกระทรวงสาธารณสุข มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสรุปบทเรียน การเผยแพร่ความรู้ และประชาสัมพันธ์ การจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก มีการนำความรู้ที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก ไปใช้ในการปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก บุคลากรในแผนก Primary Care Unit ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน 15 แห่ง รวมทั้งหมด 3 กลุ่ม เห็นว่ารูปแบบ การจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกมีความเหมาะสมในระดับมาก มีความพึงพอใจในการจัดการความรู้ในระดับมาก และเห็นว่าการดำเนินการจัดการความรู้ประสบความสำเร็จในระดับมาก บุคลากรในแผนก Primary Care Unit ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและประธานอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน 15 แห่ง รวมทั้งหมด 3 กลุ่มมีความรู้ความเข้าใจ เห็นความสำเร็จของการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล มีความสนใจ กระตือรือร้นในการดำเนินการ จัดการความรู้โรคไข้เลือดออก ผลที่ปรากฏดังกล่าวน่าจะเนื่องมาจากผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้ เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการวิเคราะห์ และ สังเคราะห์จากกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ การจัดการความรู้<sup>(7),(8),(9)</sup> กรอบแนวคิดด้านพื้นฐานในการจัดการความรู้<sup>(10)</sup>

2. ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการจัดการความรู้พบว่า มีหลายปัจจัยหลักได้แก่ การใช้รูปแบบการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิผลและปัจจัยอื่น ๆ ที่จะนำมาอภิปรายได้แก่ การสนับสนุน ส่งเสริม จากผู้บริหารทุกระดับ ระบบข้อมูลโรคไข้เลือดออก การใช้มาตรการและแนวทางต่าง ๆ ในการดำเนินการ จัดการความรู้โรคไข้เลือดออกดังนี้

2.1 ด้านการได้รับการสนับสนุนส่งเสริมจากผู้อำนวยการและคณะกรรมการบริหารของโรงพยาบาล โคราชเมโมเรียล ซึ่งในการดำเนินการใด ๆ จำเป็นจะต้องสร้างความเข้าใจกับผู้บริหาร ให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญ ของเรื่องที่จะดำเนินการ โดยใช้เทคนิควิธีการในการนำเสนอ อธิบาย ชี้แจงให้ผู้บริหารเข้าใจและเห็นความสำคัญ ซึ่งเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้บริหารสนับสนุนส่งเสริมและนำมาซึ่งความร่วมมือ ร่วมใจของบุคลากรทุกฝ่าย ทำให้ดำเนินการได้ด้วยความราบรื่น มีพลังในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกานต์สุดา มาชะศิริานนท์<sup>(3)</sup> เกี่ยวกับระบบการจัดการความรู้สำหรับองค์กรภาคเอกชน ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบที่สำคัญซึ่งส่งผลต่อ ประสิทธิภาพการจัดการความรู้ คือผู้นำหรือผู้บริหารและการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง สม่่าเสมอ สอดคล้อง กับกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยควรเร่งรัดจัดกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ให้ต่อเนื่อง โดยเฉพาะการสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ และหน่วยบริหารในระดับจังหวัด อำเภอ ควรพัฒนา ทักษะในการติดตามควบคุม กำกับและประเมินผลของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบลให้สามารถจัดการ และแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกได้อย่างเหมาะสม<sup>(11)</sup>

2.2 กระบวนการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกลไก ในการขับเคลื่อนการจัดการความรู้ การจัดหาความรู้ การจัดเก็บความรู้ เป็นแหล่งร่วมการประชุม การแลกเปลี่ยน ความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงานและประสบการณ์ เป็นเครือข่ายความรู้และเชื่อมโยงความรู้และทำให้กลุ่มจัดการ ความรู้ดำเนินงานให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย นโยบาย และวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยมีคณะกรรมการ

ดำเนินงานจัดการความรู้ ติดตามการดำเนินงาน ตลอดจนการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทำให้  
การดำเนินงานจัดการความรู้ได้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกประการ สอดคล้องกับ การศึกษาของ  
วิทยา สวัสดิพัฒพงศ์<sup>(12)</sup> สรุปผลการศึกษาว่า กระบวนการจัดการความรู้ประกอบด้วย การกำหนด ความรู้ที่ต้องการ  
ใช้ในการแก้ไขปัญหา การประมวลหรือกลั่นกรองความรู้ทั้งจากผู้เชี่ยวชาญและจากตำรา หรือเอกสารวิชาการ  
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสมาชิกทีมงานที่ร่วมกันแก้ไขปัญหา การสร้างความรู้เพิ่ม และการประยุกต์ใช้ความรู้ให้  
สอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยดำเนินการสร้างเสริมความรู้และจัดบริการ  
สาธารณสุขให้เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย ผลการดำเนินงาน สามารถเพิ่มความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค  
ในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งลดปัญหาผู้ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลงได้มาก สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา  
สวัสดิพัฒพงศ์<sup>(13)</sup> สรุปผลการศึกษา จากการนำเสนอตัวอย่างการใช้กระบวนการจัดการความรู้เพื่อแก้ไขปัญหา  
การระบาดของอาการอักเสบภายในตา (Endophthalmitis) ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล กระบวนการจัดการ  
ความรู้ประกอบด้วย การกำหนดความรู้ ที่ต้องการใช้ในการแก้ปัญหาคือ การประมวลหรือกลั่นกรองความรู้  
ทั้งจากผู้เชี่ยวชาญและจากตำรา หรือเอกสารวิชาการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสมาชิกทีมงานที่ร่วมกันแก้ไขปัญหา  
โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อตามรอยว่าในขั้นตอนทั้งหมดของการดูแลรักษาผู้ป่วย มีขั้นตอนไหนที่ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อได้  
ซึ่งจากการดำเนินงานสามารถค้นหาสาเหตุและ/หรือปัจจัยเสี่ยงของการระบาดได้ และเมื่อผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง  
ทั้งหมดได้มีการทบทวนและแก้ไขแล้ว จากการติดตามและเฝ้าระวังในเวลาต่อมาก็ไม่พบปัญหาดังกล่าว  
เกิดขึ้นอีก กระบวนการจัดการความรู้ต่อมาเป็นการประมวลความรู้ที่ได้จากทีมงาน สอดคล้องกับการศึกษา  
ของวิทยา สวัสดิพัฒพงศ์<sup>(14)</sup> สรุปผลการศึกษาจากการนำเสนอตัวอย่างการใช้กระบวนการจัดการความรู้  
เพื่อควบคุมการระบาดของโรคโบทูลิซึมจากการกินหน่อไม้อัดเปียบ สำหรับการระบาดครั้งแรก ซึ่งบุคลากร  
สาธารณสุขยังมีความรู้และทักษะไม่มากนัก กระบวนการจัดการความรู้ประกอบด้วย การกำหนดความรู้  
ที่ต้องการใช้ในการแก้ไขปัญหา การประมวลหรือกลั่นกรองความรู้ทั้งจากผู้เชี่ยวชาญและจากตำรา หรือเอกสาร  
วิชาการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสมาชิกทีมงานที่ร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการดูแลรักษา  
ผู้ป่วย และตามรอยหรือสอบสวนถึงสาเหตุการระบาดของโรค จากการดำเนินงานสรุปได้ว่า หน่อไม้อัดเปียบ  
ที่อาจปนเปื้อนสารพิษโบทูลินัม น่าจะเป็นสาเหตุของการระบาดในครั้งแรก และยืนยันว่าเป็นสาเหตุจริง  
ในการระบาดครั้งต่อมา เนื่องจากตรวจพบสารพิษนี้ในตัวอย่างหน่อไม้ที่สงสัย อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยเสียชีวิต  
จากการหายใจล้มเหลว โดยพบเสียชีวิตในการระบาดครั้งแรก 1 รายจากผู้ป่วยทั้งหมด 6 ราย ส่วนการระบาดครั้งที่  
2 พบ 2 รายจากทั้งหมด 13 ราย และการระบาดครั้งที่ 3 พบ 2 รายจากทั้งหมด 10 ราย ส่วนการระบาดครั้งที่ 4  
ซึ่งพบผู้ป่วยจำนวนมากถึง 163 รายนั้น ทีมงานซึ่งมีความรู้และทักษะในการแก้ปัญหานี้สามารถให้การช่วยเหลือ  
ผู้ป่วยได้ดี ซึ่งในที่สุดไม่มีใครเสียชีวิต รวมทั้งสามารถดำเนินงานควบคุมโรคให้สงบได้อย่างรวดเร็ว

2.3 การใช้มาตรการหรือแนวทางต่าง ๆ ส่งเสริมให้เกิดเป็นปัจจัย ที่ส่งผลสำเร็จในการดำเนินการ  
จัดการความรู้โรคไข้เลือดออก มีดังนี้

2.3.1 ความไว้วางใจ พลังร่วมและการมีส่วนร่วมทำให้บุคลากรในแผนก Primary Care Unit  
ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน 15 ชุมชนเกิดความไว้วางใจซึ่งกัน  
และกัน ในการดำเนินการจัดการความรู้โรคไข้เลือดออก ตลอดจนเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตนเอง  
ที่ได้สร้างองค์ความรู้โรคไข้เลือดออกไว้ส่วนหนึ่ง ได้เก็บความรู้อย่างเป็นระบบไว้ในเอกสาร File ตลอดจน  
การได้เผยแพร่ความรู้ทางวิทยุชุมชน และเสียงตามสายในชุมชนเกิดความภาคภูมิใจ และศรัทธาในผู้บริหาร  
โรงพยาบาลที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมจริงใจต่อกัน และรู้จักสามัคคี และสอดคล้องกับแนวคิดของ Von Krogh<sup>(15)</sup>

\*\*\*\*\*

และเกศรา รักชาติ<sup>(10)</sup> ซึ่งให้ความสำคัญในแนวคิดพื้นฐานที่เป็นเครื่องมือและกลไกการจัดการความรู้ที่จำเป็นต้องอาศัยความไว้วางใจ พลังร่วมและการมีส่วนร่วมของบุคคลที่ทำงานร่วมกันในองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของประภาส จิตตาศิรินุวัฒน์<sup>(16)</sup> การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับสูง ตลอดจนทราบปัญหาอุปสรรคของการทำงานสามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในการทบทวนการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การฝึกอบรมให้ความรู้ และการจัดสรรทรัพยากร ในการดำเนินงานในพื้นที่ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายต่อไป

2.3.2 เทคโนโลยีการสื่อสารการจัดการความรู้คือ การทำให้เกิดความเคลื่อนไหวของความรู้ผ่านสื่อไปยังบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และความเข้าใจในผู้ที่เกี่ยวข้อง ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติ พฤติกรรมและเพิ่มขีดความสามารถของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ Bator and Martin<sup>(17)</sup> และเกศรา รักชาติ<sup>(10)</sup> ซึ่งให้ความสำคัญในแนวคิดพื้นฐานในส่วนการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารข้อมูลเป็นเครื่องมือและกลไกการจัดการความรู้ในองค์กร

2.4 วัฒนธรรมองค์กรในโรงพยาบาลเอกชนที่มุ่งเน้นผลงาน เน้นความรับผิดชอบและการตรงต่อเวลาในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานและผลิตผลงานได้อย่างเต็มที่ องค์กรสามารถดำรงอยู่ได้ และเมื่อผนวกรูปแบบการจัดการความรู้ที่เป็นระบบเข้ากับวัฒนธรรมของโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียลและชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบที่มีอยู่เดิม จึงเป็นปัจจัยหนึ่งส่งเสริมให้การจัดการความรู้ในครั้งนี้สัมฤทธิ์ผลเป้าหมายที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับ การศึกษาของสมศักดิ์ เผ่าสอน<sup>(18)</sup> ได้สรุปการศึกษาว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการรับรู้ในบทบาท ความรู้แตกต่างกัน มีการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญส่ง หาญพานิช<sup>(19)</sup> สรุปผลการศึกษาว่า เป้าหมายของการจัดการความรู้เพื่อการพัฒนางาน พัฒนาคน พัฒนาองค์กร ให้เป็นองค์กรเรียนรู้ และพัฒนาความเป็นชุมชนเป็นหมู่คณะ และความเอื้ออาทรระหว่างกัน ในที่ทำงานและวงศ์ญาติ สูงแข็ง<sup>(20)</sup> ได้ศึกษาการจัดการความรู้ในหน่วยธุรกิจลูกค้าผู้ประกอบการ 2 ร้อยเอ็ด บมจ.ธนาคารกสิกรไทย ผลการศึกษาพบว่า เมื่อดำเนินการพัฒนาตามกระบวนการจัดการความรู้แล้ว การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพนักงานเกี่ยวกับความรู้ด้านการบริการหลังการขาย ทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมทั้งการนำระบบสารสนเทศทางการสื่อสารมาร่วมด้วยในการบริการหลังการขาย ทำให้พนักงานสามารถบริการหลังการขายได้ดีขึ้น ทำงานเป็นระบบและส่งเสริมธุรกิจของลูกค้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ พนักงานทุกคนในทีมธุรกิจมีฐานความรู้ในการให้บริการหลังการขาย ลูกค้ามีความพึงพอใจในบริการ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางาน

1.1 ควรมีการประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการความรู้ สำหรับการพัฒนาระบบการ/มาตรฐานการปฏิบัติงาน/การประเมินผลการดำเนินงานในทุกมิติ ของโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียล เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร และพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ

1.2 การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกแผนกในโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียลและชุมชนทุกแห่งในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นความสำคัญอันดับแรก ในการพัฒนาระบบการปฏิบัติงานที่ยั่งยืน

### 2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ผู้บริหาร และ ผู้นำ ชุมชน ควร ส่ง เสริม และสนับสนุนการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลโคราชเมโมเรียลและชุมชนทุกแห่งในพื้นที่รับผิดชอบ ให้มีการประสานงานความร่วมมือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเผยแพร่ความรู้ การหาความรู้ใหม่ การใช้ความรู้ การประยุกต์ใช้ความรู้ การสร้างเครือข่ายความรู้ ตลอดจนการเรียนรู้ ที่จะทำงานร่วมกันให้ประสบความสำเร็จ

### 3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการขยายผลการดำเนินงานวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อสำหรับโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐ PCU ต่อไป

3.2 ควรมีการศึกษารูปแบบการจัดการความรู้สำหรับโรคติดต่ออุบัติใหม่ หรืออุบัติซ้ำที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่เป็นระบบ และมีความชัดเจน

3.3 ควรมีการศึกษารูปแบบการจัดการความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคสำหรับชุมชน เพื่อส่งเสริม และสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรคต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความสนับสนุนจากบุคลากรโรงพยาบาลโคราช เมโมเรียล ประกอบด้วย นายแพทย์ชัชวาล สุวิชาเชิดชู ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คุณอุไรวรรณ จาริก รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการพยาบาล คุณสันติ ชิมพันธ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ และคุณยุพิน ตักดิษฐานนท์ ประธาน ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและคณะบุคลากรผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งได้ให้ความร่วมมือ ตลอดจน ให้คำแนะนำปรึกษาที่เป็นประโยชน์สำหรับการปรับปรุงกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูง

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินผลตามตัวชี้วัดงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกระดับจังหวัด ปี 2552. กรุงเทพฯ ; 2552
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออก ระดับจังหวัด ปี 2548 – 2551. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ; 2551
3. กานต์สุดา มาพะศิริานนท์. การนำเสนอระบบการจัดการความรู้สำหรับองค์กรภาคเอกชน (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2548.
4. วรภัทร์ ภูเจริญ. The Inner Path of Learning Organization of Knowledge Management : เจาะลึกถึงองค์การเรียนรู้ และการบริหารความรู้. กรุงเทพฯ : สามลดา ; 2549.
5. Best, John W. Research in education. 3 rd ed. Engle wood clift, NJ : Pentice Hall. 1977.
6. Wayne, Daniel W. Biostatistic ; A Foundation for Analysis in The Health Sciences. 6 th ed. Singapore : John Wiley & Sons, 1995.
7. บดินทร์ วิจารณ์. การจัดการความรู้. กรุงเทพฯ : แอดวานส์อินโฟ เซอร์วิส ; 2545.
8. วิจารณ์ พาณิช. การจัดการความรู้ : ฉบับนักปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สุขภาพใจ ; 2548.
9. Alavi, Maryarn. Knowledge Management and Knowledge Management System : San Franciseo: Josey-Basy; 1997.

\*\*\*\*\*

10. เกศรา รักชาติ. องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Awakening Organization). กรุงเทพฯ:เนชั่นมัลติมีเดียกรุ๊ป ; 2549.
11. คมกฤษ ไชยเสนา. ประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหน่วยบริการ  
สาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด (วิทยานิพนธ์). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2548.
12. วิทยา สวัสดิพัฒพงษ์. ตัวอย่างการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในโรงพยาบาล :  
ตอน 4 งานอนามัยแม่และเด็ก. วารสารวิชาการสาธารณสุข. มีนาคม – เมษายน 2550; 16(2) : 194.
13. วิทยา สวัสดิพัฒพงษ์. ตัวอย่างการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในโรงพยาบาล :  
ตอน 1 การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข. กันยายน – ตุลาคม 2549 ;  
15(5) : 678.
14. วิทยา สวัสดิพัฒพงษ์. ตัวอย่างการใช้กระบวนการจัดการความรู้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในโรงพยาบาล :  
ตอน 2 การควบคุมการระบาดของโรคโบทูลิซึม. วารสารวิชาการ สาธารณสุข. พฤศจิกายน – ธันวาคม  
2549 ; 15(6) : 831.
15. Von Krogh, George. "Care in Knowledge Creation," California Management Review. 40(3)  
: n.p., 1998. Wiig, Karl M. Knowledge Management Has Facts. Arlington : Schema  
Press TX; 2005.
16. ประภาส จิตตาศิรินุวัฒน์. การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบองค์รวมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก  
ของอำเภอละแม จังหวัดชุมพร. ชุมพร ; 2545
17. Bartor, Kathryn M. and David C. Martin. Management. 3rd ed. New York : McGraw-Hill  
Company Inc. ; 1997.
18. สมศักดิ์ เผ่าสอน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ (วิทยานิพนธ์). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2548.
19. บุญส่ง หาญพานิช. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษา (วิทยานิพนธ์).  
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2546.
20. พงศ์ศิลป์ สูงแข็ง. การจัดการความรู้ในหน่วยธุรกิจลูกค้าผู้ประกอบการ 2 ร้อยเอ็ด บมจ.ธนาคารกสิกรไทย  
(วิทยานิพนธ์). มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2551.



# ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

## Factors Influencing Quality of Life among HIV-Infected/AIDS Patients at Community Hospitals in Nakhon Ratchasima Province

หทัยรัตน์ โคตรสมพงษ์* วท.ม. (เภสัชศาสตร์สังคมและบริหาร)	Hathairat Khotsomphong M.Sc. (Social and Administrative Pharmacy)
วิทยา กุลสมบูรณ์** ดุษฎีบัณฑิต (บริหารเภสัชกิจ)	Vithaya Kulsomboon Ph.D. (Social and Administrative Pharmacy)
ยุภาพรรณ มั่นกระโทก*** วท.ดุษฎีบัณฑิต (เภสัชศาสตร์สังคมและบริหาร)	Yupapun Munkratok Ph.D. (Social and Administrative Pharmacy)
*โรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา	Nonthai Hospital , Nakhon Ratchasima
**ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคมและบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Department of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University
*** โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	Maharat Hospital, Nakhon Ratchasima

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิต และพิจารณาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 31 มีนาคม 2553 จากผู้ป่วยนอกที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 24 แห่งในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 360 ราย อายุตั้งแต่ 23 - 44 ปี สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ และมารักษาต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้มีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย แบบวัด 5 ส่วน ได้แก่ แบบวัดความร่วมมือ ในการกินยา ( $\alpha=0.86$ ), แบบวัดอาการที่สัมพันธ์กับเอชไอวีในด้านความถี่และความรุนแรง ( $\alpha=0.89$ ), แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $\alpha=0.80$ ), แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ( $\alpha=0.84$ ) และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ( $\alpha=0.87$ ) ที่มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ สุขภาพร่างกาย จิตใจอารมณ์ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม พร้อมวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั้ง 4 ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะทางสังคมประชากรศาสตร์ ปัจจัยด้านสุขภาพและการรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างตัวแปรต้นทั้ง 4 ปัจจัย กับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งเป็นตัวแปรตาม ( $r=0.607, p=0.000$ ) โดยร้อยละ 36.8 ของความแปรปรวนในตัวแปรตามอธิบายได้ด้วยความแปรปรวนในตัวแปรต้น พบว่า คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุดกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมในทิศทางบวก

\*\*\*\*\*

( $\beta=0.387$ ,  $p<0.01$ ) และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta=0.100$ ,  $p<0.05$ ) และพบว่าคะแนนรวมของอาการที่สัมพันธ์กับเอชไอวีการไม่มีที่ศูนย์องค์รวมและกลุ่มผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล และสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta=-0.226$ ,  $-0.134$ ,  $-0.097$  ด้วยค่า  $p<0.01$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ) ตามลำดับ ผลการศึกษาแสดงถึงภาพรวมของผลลัพธ์การให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนากระบวนการเพื่อส่งเสริมปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

## Abstract

The objectives of this cross-sectional descriptive study were to measure quality of life (QOL) and to examine factors influencing the QOL among HIV-infected/AIDS patients at community hospitals in Nakhon Ratchasima province. Data were collected during 1-31 March, 2010 from 360 outpatients who HIV-infected/AIDS patients receiving antiretroviral therapy at 24 community hospitals in Nakhon Ratchasima province. Their age ranged from 23-44 years old and were able to write and read Thai. The patients had followed-up at hospital for at least three months continuously. The questionnaire had five parts including Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) ( $\alpha=0.86$ ), HIV-related symptoms questionnaire ( $\alpha=0.89$ ), Self-care behavior questionnaire ( $\alpha=0.80$ ), Social support questionnaire ( $\alpha=0.84$ ), and WHOQOL-BREF-THAI ( $\alpha=0.87$ ) which was the QOL measurement. QOL measurement was classified into four domains including physical, psychological, social relationships and environmental domain. Patient socio-demographics, health and treatment, self-care behavior and social support were factors that were explored the association with patients QOL by using Multiple Regression Analysis (MRA).

The results showed that the total QOL score of HIV-infected/AIDS patients was moderate level. There were a significant relationship between at least one variable in patient socio-demographics, health and treatment, self-care behavior and social support with the total QOL score in this model ( $r=0.607$ ,  $p=0.000$ ). The variance within the predictors could explain 36.8% of variance within the total QOL score. The social support overall score had significantly largest positive correlation with total QOL score ( $\beta=0.387$ ,  $p<0.01$ ). Self-care behavior overall score had significantly positive correlation with total QOL score ( $\beta=0.100$ ,  $p<0.05$ ). It was also found that HIV-related symptoms score, hospital non-participated holistic care center and non-club at HIV/AIDS clinic and widowed/divorced/separated had significantly negative correlation with total QOL score ( $\beta= -0.226$ ,  $-0.134$ ,  $-0.097$  with  $p<0.01$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.05$ ), respectively.

\*\*\*\*\*

The results presented the QOL of HIV-infected/AIDS patients receiving antiretroviral therapy at community hospitals in Nakhon Ratchasima province and its influencing factors. The results could be used for healthcare service development to promote supportive factors in order to improve better QOL for the patients.

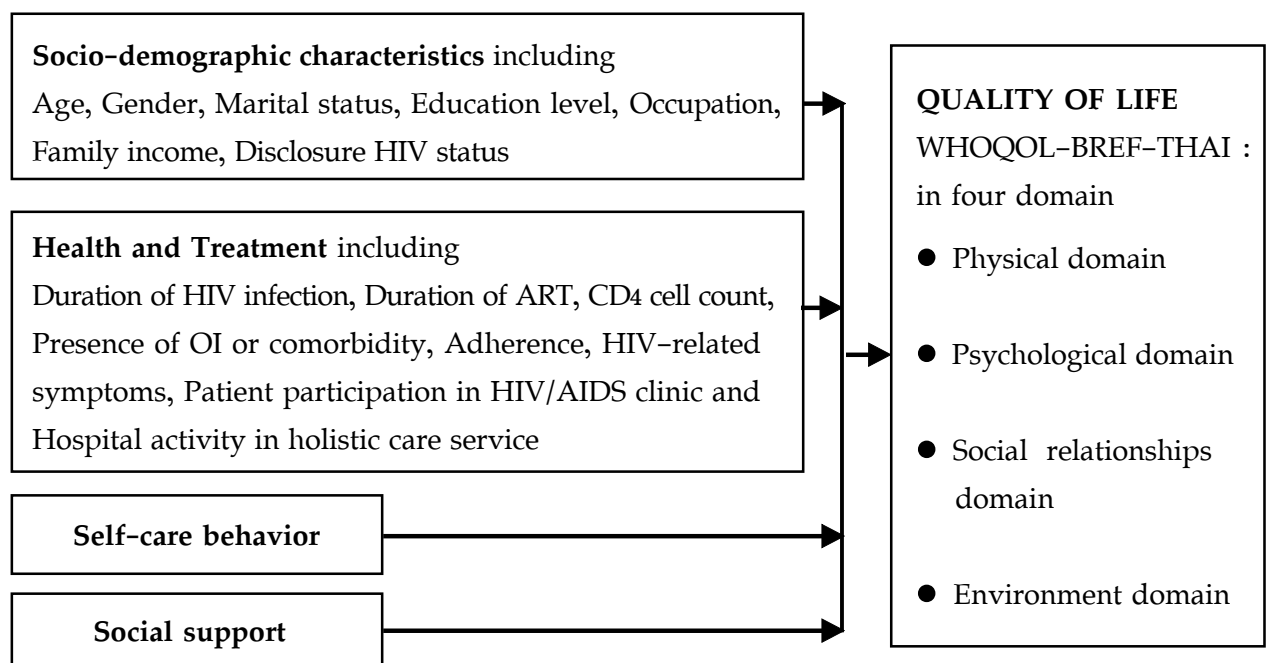
## Introduction

Advances in drug therapy have led life-saving antiretroviral (ARV) drugs or Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART) has practically reduced morbidity and mortality due to HIV/AIDS from a deadly disease to a manageable chronic illness. The goals in managing chronic illnesses are to maintain the highest possible level of functioning, promote independence in self-care and enhance QOL<sup>(1)</sup>.

There are many factors influencing QOL of HIV-infected/AIDS patients including socio-demographic characteristic, Health and Treatment, Self-care behavior and Social support. According to HIV/AIDS assessing quality of care at community hospitals in Nakhon Ratchasima province by HIVQUAL-T 2007 showed the low level of some quality of care indicators<sup>(2)</sup> that might be associated with QOL of patients.

Although there were many studies about QOL of HIV-infected/AIDS, it was still lack of study in Nakhon Ratchasima or investigating patient participation in HIV/AIDS clinic and hospital activity in holistic care service. Consequently, the main purpose of this study were to measure and to examine the factors influencing QOL among HIV-infected/AIDS patients attending the community hospitals, Nakhon Ratchasima province. The data collection will be emphasized the dimension about the QOL promotion of HIV-infected/AIDS patients, especially the ways to seek the collaboration network needed to solve the problem together.

## Conceptual Framework



\*\*\*\*\*

## Methodology

### ● Research design

This research was a cross-sectional descriptive study.

### ● Research population

The patients aged between 20–44 years with HIV-infected/AIDS patients receiving antiretroviral therapy from the Outpatient Department at community hospitals. Patients were able to write and read Thai and have been provided healthcare service for at least three months continuously.

### ● Research sample

Sample size required in this study was calculated using the Yamane's formula<sup>(3)</sup>, at the confidence level = 95% and error = 0.05, the sample size should be at least 355 subjects. Finally, samples of this study were 360 HIV-infected/AIDS patients at community hospitals in Nakhon Ratchasima province.

However, the sample size that was required for multiple regression analysis was 145. According to the sample size that we need to represent the HIV-infected/AIDS patients at community hospitals in Nakhon Ratchasima province was more than 145, therefore we will use the sample size of 360 in our study.

The sample selection by calculating samples selected by proportion of total number of HIV-infected/AIDS patients and then used systematic random sampling for samples selected from each hospital.

## Research Instruments

The instrument used in this study was a questionnaire based on related theories and existing research. It was examined and validated by specialists in HIV/AIDS. The questionnaire was divided into five parts as follows:

1. Socio-demographic characteristics
2. Health and Treatment questionnaire
  - 2.1 Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)<sup>(4)</sup> ( $\alpha=0.86$ )
  - 2.2 The HIV-related symptoms questionnaire<sup>(5)</sup> ( $\alpha=0.89$ )
3. Self-care behavior questionnaire<sup>(6)</sup> ( $\alpha=0.80$ )
4. Social support questionnaire<sup>(7)</sup> ( $\alpha=0.84$ )
5. Quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF-THAI)<sup>(8)</sup> ( $\alpha=0.87$ )

\*\*\*\*\*

## Data Collection

Data collection was conducted from March 1, 2010 to March 31, 2010 by the researcher and/or research staffs who were HIV-Coordinators or patient leaders of each hospital. The process including in data collection were as follows:

1. Follow up approval from the committee on Human Right Related to Human Experimentation, Chulalongkorn University.
2. The researcher delivered an introductory letter requesting cooperation on data collection to the director of Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. After that, the researcher sent the letters to the director of each community hospital asking for permission to conduct the research.
3. After the request was passed through official channels, the researcher had a meeting with the HIV-Coordinators or patient leaders from each community hospital at Provincial Public Health Office and explained the objectives and procedures of this study, and asked for the permission of data collection and cooperation and also trained the research staffs.
4. For the hospital, the researcher and/or research staffs of each community hospital reviewed the list of patients and recruited the ID patients who met the inclusion criteria.
5. For the HIV/AIDS clinic, the researcher and/or research staffs of each community hospital met the subjects at the HIV/AIDS clinic day care and requested their cooperation for data collection.
6. Before collecting data, the researcher and/or research staffs established good relationships with the HIV-infected/AIDS patients politely by talking; introducing herself or himself; explaining the objectives, the expected outcomes, data collection process, and the subject's right in participation in this study.
7. When the subjects willingly agreed to participate in the study, the researcher and/or research staffs started collecting patient's data about five parts of questionnaire.
8. For the private group room, after the subjects agreed to participate in the study, the researcher and/or research staffs began to explain in detail about the answering procedure, then using self-reported forms, except the data of duration of HIV infection, duration of ART, CD4 cell count, presence of OI or comorbidity obtained from the medical records. The data of patient participation in HIV/AIDS clinic and hospital participation in holistic care service obtained from the documentations of HIV/AIDS clinic.
9. This procedure would take approximately 30-45 minutes. There were the research staffs for assisting them.
10. All responded questionnaires were collected and arranged for statistical analysis.

\*\*\*\*\*

## Data Analysis

The data from questionnaires and medical records were analyzed by using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences statistical software) version 16 as follows:

1. Frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum were used to describe socio-demographic characteristics, health and treatment, self-care behavior, social support and QOL.
2. Pearson's Product Moment Correlation Coefficient was used to examine the relationship among socio-demographic characteristics, health and treatment, self-care behavior, social support and QOL.
3. Multiple Regression Analysis was also performed to test predictability selecting the best predictor of QOL.

## Results

The total of numbers of community hospitals in Nakhon Ratchasima were 27 hospitals. Three hospitals could not participated in this study due to the burden of their workload. Therefore, the study patients were from 24 community hospitals. The findings of the study were presented in the 5 following sections including 1) Baseline characteristics 2) Total QOL and each domain of QOL of HIV-infected/AIDS patients 3) Model to predict the total QOL score and 4) The influencing factors of each domain of QOL

### 1) Baseline characteristics

#### 1.1 Socio-demographic characteristics

The subjects were ranged in age from 23 – 44 years, with the mean age was  $36.78 \pm 4.5$  years. The largest group of subjects, or 35.8%, were between 36 – 40 years old. Considering of subjects gender, 61.1% were female and 38.9% were male. Regarding marital status, the majority of the subjects, or 54.7% were coupled and stay together, 9.2% were coupled but no stay together, 15.8% were single, and 20.3% were widowed/divorced/separated.

In terms of education, the majority of the subjects, or 67.5%, had completed primary education. Furthermore, 28.1% had a secondary education level, 1.7% had a college diploma/high vocational diploma and 0.6% had a bachelor degree. The insurance scheme provided from the majority of the subjects, or 90.8% were Universal Health Coverage Scheme (UC), 7.8% were Social Security Scheme (SSS), 0.8% were Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) and 0.6% were self payment. For occupation, 48.3% were wage earners or laborers, 32.2% were agriculturists, 8.9% were business owner, 3.9% worked in the private companies, 0.6% were government officers and 6.1% were unemployed. For monthly family income, the subjects earned approximately 4,400 baht per month on average (Mean=4,398.6, SD=4,614.65). However, 46.4% earned between 1,001–3,000 baht per month, while 0.3% of the subjects did not have family income. In summary, 62.8% do not had sufficient income. For the disclosure status to all of family members, 52.2% of the patients were disclosed. All of the socio-demographic characteristics were showed in table 1.

\*\*\*\*\*

**Table 1** :Number of HIV-infected/AIDS patients classified by socio-demographic characteristics

Socio-demographic characteristics	Number	%
<b>Age (years)</b>	360	100
20-25	2	0.6
26-30	31	8.6
31-35	110	30.6
36-40	129	35.8
41-44	88	24.4
<b>Mean ± SD = 36.78±4.5, Median (min-max) = 37 (23-44)</b>		
<b>Gender</b>		
Male	140	38.9
Female	220	61.1
<b>Marital status</b>		
Couples and stay together	197	54.7
Couples but no stay together	33	9.2
Single	57	15.8
Widowed/Divorced/Separated	73	20.3
<b>Educational level</b>		
Illiterate s	2.2	
Primary education	243	67.5
Initial Secondary education	63	17.5
End Secondary education	38	10.6
College diploma/High vocational diploma	6	1.7
Bachelor degree	2	0.6
<b>Insurance scheme</b>		
Self payment	2	0.6
Universal Health Coverage Scheme (UC)	327	90.8
Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)	3	0.8
Social Security Scheme (SSS)	28	7.8
<b>Occupation</b>		
Agriculturist	116	32.2
Business owner	32	8.9
Private company	14	3.9
Government officer	2	0.6
Wage earner or laborer	174	48.3
Unemployed	22	6.1

\*\*\*\*\*

Socio-demographic characteristics	Number	%
<b>Family Income ( baht per month)</b>	360	100
0-500	1	0.3
501-1000	23	6.4
1001-3000	167	46.4
3001-5000	93	25.8
5001-10000	62	17.2
>10000	14	3.9
<b>Mean ± SD = 4398.61±4614.7, Median (min-max) = 3000 (0-50000)</b>		
<b>Family Economic status</b>		
Sufficiency	127	35.3
Insufficiency	226	62.8
Spare	7	1.9
<b>Disclosure status to all of family member</b>		
Yes 188	52.2	
No 172	47.8	

### 1.2 Health and Treatment

These data were obtained from the medical records by research staffs. The number of years of HIV diagnosis of the subjects when they were informed about their HIV infection were 6.9±4.0 years. The majority or 42.2% of the subjects were informed about their infection status between 1-5 years. The average duration of ART was 4.05±2.2 years. Most of the subjects, or 72.5%, had received ART between 0.5-5 years. The average of CD4 cell count was 375.54±194.9 cells/mm<sup>3</sup>. The patients had presence of OI or comorbidity 42.8%. Concerning the average adherence score was 89.95±9.5%. Most of patients, or 70.3%, had adherence not more than 95% as they should have had. The patients had fully adherence score only 29.4%. Regarding the HIV-related symptoms score indicating in the past two weeks both how frequently and how severely they had experienced, it was found that the average of symptom score was 16.65±14.3 points from total score (120 points). Only 8.9% of them had no symptom.

Regarding the patient participation in HIV/AIDS clinic, the findings revealed that only 15.0% had received drug only. The patients who were members of health education group were 37.2%. The patients who were both the members of health education group and had home visited were 34.4% and the patients who were leaders of club were 13.3%.

Concerning the hospital activity in holistic care service, the results showed that 85% of patients were treated at hospital participated in holistic care center. The patients who were treated at hospital non-participated in holistic care center but have club were 8.1%. And the patients who were treated at hospitals with non-participated and non-club at HIV/AIDS clinic were 6.9%. All of health and treatment characteristics were showed in table 2.



\*\*\*\*\*

**Table 2 :** Number of HIV-infected/AIDS patients classified by Health and Treatment characteristics

Health and Treatment	Number	%
<b>Duration of HIV infection (years)</b>	360	100
1-5	152	42.2
6-10	145	40.3
11-15	53	14.7
16-20	9	2.5
>20	1	0.3
<b>Mean ± SD = 6.9±4.0, Median (min-max) = 6 (1-22)</b>		
<b>Duration of Antiretroviral Therapy (years)</b>	360	100
0.5-5	261	72.5
6-10	96	26.7
>10	3	0.8
<b>Mean ± SD = 4.05±2.2, Median (min-max) = 4 (0.5-12)</b>		
<b>CD4 cell count (cells/mm3)</b>	360	100
0-200	70	19.4
201-350	112	31.1
351-500	91	25.3
>500	87	24.2
<b>Mean ± SD = 375.54±194.9, Median (min-max) = 348 (10-960)</b>		
<b>Presence of OI or Comorbidity</b>	360	100
Yes	154	42.8
No	206	57.2
<b>Adherence score (%)</b>	360	100
≤95	253	70.3
>95-99.999	1	0.3
100	106	29.4
<b>Mean ± SD = 89.95±9.5, Median (min-max) = 92.53 (49.64-100)</b>		
<b>HIV-related symptoms score (Total scores=120)</b>	360	100
0	32	8.9
1-20	215	59.7
21-40	88	24.4
41-60	19	5.3
61-80	6	1.7
<b>Mean ± SD = 16.65±14.3, Median (min-max) = 13 (0-80)</b>		

\*\*\*\*\*

Health and Treatment	Number	%
<b>Patients participation in HIV/AIDS clinic</b>	360	100
Receiving drug only	54	15.0
Member (joined group of health education)	134	37.2
Member and home visited	124	34.4
Leader	48	13.3
<b>Hospital activity in holistic care service</b>	360	100
Hospital participated holistic care center	306	85.0
Hospital non-participated holistic care center but have club	29	8.1
Hospital non-participated holistic care center and non-club	25	6.9

### 1.3 Self-care behavior

The overall self-care behavior score was ranged from 41-89 with the mean  $72.91 \pm 7.9$ , The score of self-care behavior of HIV-infected/AIDS patients were classified by self-care behavior characteristics showed in table 3.

**Table 3 :** The score of self-care behavior of HIV-infected/AIDS patients classified by self-care behavior characteristics

Self-care behavior (N=360)	Mean (min-max)	SD	Cronbach's alpha
Overall Self-care behavior score	72.91 (41-89)	7.9	0.80
Universal Self-care	35.47 (15-45)	4.6	0.83
Developmental Self-care	9.85 (5-12)	1.5	0.76
Health Deviation Self-care	27.59 (41-89)	4.3	0.82

The majority of HIV-infected/AIDS patients had good level of self-care behavior (93.9%), followed by moderate level (6.1%). In each characteristic of self-care behavior, it was found that the majority of HIV-infected/AIDS patients in universal self-care behavior, developmental self-care behavior, or health deviation self-care behavior were in the good level. All of the self-care behavior characteristics were classified by level of self-care behavior, as showed in table 4.

**Table 4 :** The score of self-care behavior of HIV-infected/AIDS patients classified by level of self-care behavior

Level Of self-care behavior	Self-care behavior characteristics						Overall self-care behavior	
	Universal		Developmental		Health deviation		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Poor	1	0.3	0	0	0	0	0	0
Moderate	49	13.6	67	18.6	48	13.3	22	6.1
Good	310	86.1	293	81.4	312	86.7	338	93.9
Total	360	100.0	360	100.0	360	100.0	360	100.0

\*\*\*\*\*

### 1.4 Social support

The overall social support score was ranged from 68–121 with the mean  $95.27 \pm 9.2$ . The score of social support of HIV-infected/AIDS patients classified by social support characteristics showed in table 5.

**Table 5 :** The score of Social support of HIV-infected/AIDS patients classified by social support characteristics

Social support (N=360)	Mean (min-max)	SD	Cronbach's alpha
<b>Overall Social support score</b>	95.27 (68-121)	9.2	0.84
Intimacy	19.79 (10-25)	2.7	0.86
Worth	17.73 (11-25)	2.7	0.85
Social Integration	19.40 (12-25)	2.4	0.89
Assistance	19.12 (12-25)	2.3	0.78
Nurturance	19.22 (10-25)	2.7	0.92

The majority of HIV-infected/AIDS patients had moderate level of social support (62.8%), followed by low level (30.6%) and high level (6.7%), as showed in table 6.

**Table 6 :** The score of social support of HIV-infected/AIDS patients classified by level of social support

Level of social support	N	%
Low (<90 points)	110	30.6
Moderate (91-110 points)	226	62.8
High (111-125 points)	24	6.7
Total	360	100

### 2) Total QOL and each domain of QOL of HIV-infected/AIDS patients

The WHOQOL-BREF-THAI consists of 26 items, including 24 items in four domains (physical, psychological, social relationship, and environmental), one item for general QOL, and one item for health-related QOL. There are seven items in the physical domain, six items in the psychological domain, three items in the social domain, and eight items in the environmental domain as table 7. The QOL was divided into the following three levels as table 8.

\*\*\*\*\*

**Table 7 :** The score of QOL of HIV-infected/AIDS patients classified by QOL domain

WHOQOL-BREF-THAI (N=360)	Mean (min-max)	SD	Cronbach's alpha
Total score (26 items)	84.74 (44-110)	11.0	0.87
Physical domain (7 items)	24.98 (9-35)	3.5	0.89
Psychological domain (6 items)	22.31 (9-30)	3.8	0.85
Social relationships domain (3items)	10.58 (3-15)	1.9	0.82
Environmental domain (8 items)	26.87 (12-40)	4.0	0.80
General health satisfaction (1 item)	3.65 (1-5)	1.0	
Overall QOL (1 item)	3.66 (1-5)	0.7	

**Table 8 :** The score of QOL of HIV-infected/AIDS patients classified by level of QOL

Level of QOL	Physical		Psychological		Social relationships		Environmental		Total QOL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Poor	6	1.7	15	4.2	22	6.1	6	1.7	10	2.8
Moderate	235	65.3	158	43.9	219	60.8	277	76.9	296	82.2
Good	119	33.1	187	51.9	119	33.1	77	21.4	54	15.0
Total	360	100	360	100	360	100	360	100	360	100

The majority (82.2%) of patients had total QOL score at the moderate level. The results of the number of HIV-infected/AIDS patients were classified by level of QOL and four domains of QOL scores as follows:

1. **Physical domain** : health status, rest and relaxation, ability to perform daily living activities, and ability to work .The results showed that the majority (65.3%) of patients had physical domain score at the *moderate* level.

2. **Psychological domain** : life goal, meaning of life, concentration on work, sense of security, satisfaction with self image and appearance, and self-satisfaction. The results showed that the majority (51.9%) of patients had psychological domain score at the *good* level.

3. **Social relationship domain** : interpersonal relationships, social support, and sexual activities. The results showed that the majority (60.8%) of patients had social relationship domain score at the *moderate* level.

4. **Environmental domain** : income, satisfaction with living condition, safety and stability, access to public health services, access to information, and transportation. The results showed that the majority (76.9%) of patients had environmental domain score at the *moderate* level.

Because the number of items were different in each domain. The domain scores in table 7 were calculated by dividing the mean of the scores with all items in each domain. Thus, the domain scores would have the same range, from 1 to 5. The higher score indicated the better QOL in each domain. It was found that the subjects had the highest mean score in the psychological domain were presented in table 9.

\*\*\*\*\*

**Table 9 :** The mean of QOL score divided by the number of items among each domain of QOL

WHOQOL-BREF-THAI (N=360)	Mean (min-max)	SD
Physical domain (7 items)	3.57 (1-5)	0.6
Psychological domain (6 items)	3.72 (1-5)	0.6
Social relationships domain (3 items)	3.53 (1-5)	0.6
Environmental domain (8 items)	3.36 (1-5)	0.5

### 3) Model to predict the total QOL score

To predict the total QOL score from 19 predictors including age, gender, marital status, education level, occupation, family income, disclosure HIV status, duration of HIV infection, duration of ART, CD4 cell count, presence of OI or comorbidity, adherence score, HIV-related symptoms score, patient member, patient leader, hospital non-participated holistic center but have club, hospital non-participated holistic center and non-club, self-care behavior overall score and social support overall score, the results showed that

- p-value from Pearson's Correlation was significantly different ( $p = 0.000 < \alpha 0.05$ ). Reject null hypothesis. Therefore, the predictors in this model were significantly correlated with total QOL score.

- Pearson's Correlation ( $r$ ) was 0.607.
- Direction was positive.
- Coefficient of Determination ( $R^2$ ) was 0.368

The model summary showed that there were a medium significantly relationship between the predictors and the QOL total score in this model ( $r=0.607, p=0.000$ ). The variance within the predictors can explain 36.8% of variance within the QOL total score as in the table 10.

**Table 10 :** Model Summary of total QOL score prediction

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	0.607a	0.368	0.333	8.974	0.368	10.438	19	340	0.000

The hierarchical stepwise multiple regression analysis statistics were used to explore the relationships (predicted) of total QOL score and the 19 independent variables. The results showed that 36.8 percent variance of total QOL score could be explained by variance of all 19 predictors. We found that the 5 most significant variables which predicted QOL total score were : social support overall score ( $\beta=0.387, p=0.000$ ), HIV-related symptoms score ( $\beta=-0.226, p=0.000$ ), hospital non-participated holistic center and non-club ( $\beta=-0.134, p=0.003$ ), self-care behavior overall score ( $\beta=0.100, p=0.045$ ) and widowed/divorced/separated ( $\beta=-0.097, p=0.029$ ).

\*\*\*\*\*

#### 4) The influencing factors of each domain of QOL

It could be concluded that the social support influenced on all domains of QOL. The HIV-related symptoms influenced on all domains except social relationship domain. Each of domain of QOL had influenced by associating factors. The summary appeared in table 11.

**Table 11 :** The summary of the association between the influencing factors of QOL of each domain and the each domain of QOL

Domain of QOL	Factors that were associated with QOL of each domain		
Physical	● Social support	● HIV-related symptom*	● Duration of ART ● CD4 cell count ● No presence of OI or comorbidity
Psychological	● Social support	● HIV-related symptom*	● Widowed/divorced/separated*
Social relationship	● Social support	-	● Disclosure HIV status ● Patient member ● Patient leader
Environmental	● Social support	● HIV-related symptom*	● Hospital non-participated holistic center and non-club*

\* negative correlation

### Discussions

Social support had significantly largest positive correlation with total QOL score. It was also significantly associated with every domain of QOL including physical, psychological, social relationship and environmental domain. Similar to the theoretical concepts that social support was a barrier to stressful conditions and whatever had a negative effect on health or its function was to prevent individuals from discomfort<sup>(9)</sup>. The HIV-infected/AIDS patients could perceived assistance in physical, mental, emotional, and social needs from the family members, spouses, descendants, or other relatives and communities in 5 aspects including intimacy, worth, social integration, assistance and nurturance<sup>(10)</sup>. Although the subjects in this study had similar QOL result regardless of disclosure HIV status or closed HIV status. However, the disclosure HIV status was significantly associated with social relationship domain of QOL. The patients who were disclosed HIV status to all of family members had higher social relationship domain score of QOL due to family support concept.

Self-care behavior had significantly positive correlation with the total QOL score. Similar to Orem's concept (2001)<sup>(11)</sup> that self-care behavior developed from duration of time, experience, learning individual patient life style making patient had ability to take care themselves in order to maintain physical, stability structure, functional of body organ and well-being. The level of the universal, developmental and health-deviation self-care behavior score were good level all that might lead to higher QOL.

\*\*\*\*\*

Regarding HIV-related symptoms had significantly negative correlation with the total QOL score. Similar to the finding of Wachtel et.al. (1992)<sup>(12)</sup>, they found the presence of symptoms related to the disease and its treatment had been proposed as the strongest indicator of impaired QOL in HIV-positive patients.

Hospital activity in holistic care service was significantly associated with the total QOL score and environmental domain score of QOL. Similar to the finding of Natchaya Sonkhum, Praneet Songwathana, and Kittikorn Nilmanat (2008)<sup>(13)</sup>, found that the HIV care service received had a significant positive correlation with QOL. Because the holistic care service such as religious, recreational, and income-generating activities, home visits, support groups, money support and sharing information could be used to be the supporting intervention to improve all of domains of QOL. Therefore, the patients who had attended at hospitals which were non-participated in holistic care center and non-club might be lower QOL.

Considering marital status (widowed/divorced/separated) was negative correlation with the total QOL. Similar to previous finding of Thoists (1982)<sup>(14)</sup> that the marital status was related to QOL and it was also a good predictor of QOL. The marital status was significantly associated with psychological domain of QOL. The patients who were widowed/divorced/separated will effect to lower psychological domain score of QOL. Couples individuals tend to be able to take care each other rather than single individuals. Because they had their spouses to help them doing different activities, comfort them, give them encouragement, and offer them advice; hence they can relieve their stress, develop emotional stability, experience sense of self-worth, and have better perceived QOL.

The finding in this study showed other variables were not related to total QOL score including age, gender, more than primary education level, occupation, family income, disclosure HIV status, duration of HIV infection, duration of ART, CD4 cell count, presence of OI or comorbidity, adherence score, patient member, patient leader and hospital non-participation holistic center but had club.

In addition, 90% of subjects ranged in age from 31 to 44 years, 72.5% of subjects had duration was 0.5-5 years, 82.5% of subjects were in asymptomatic stage and 70.3% of subjects had adherence score not more than 95 %. Thus, there were not different in QOL of the subjects in different ages, duration of ART, CD4 cell count and adherence score, respectively. ART had changed HIV/AIDS into a treatable, chronic condition therefore the perception of clinical symptoms that affected to QOL might not different. And this CD4 cell count might not presented the clinical characteristics within 2 weeks of QOL assessment because it was followed up only 2 times per year. However, the duration of ART and CD4 cell count were significantly positively associated with physical domain score. It meant that the longer of duration of ART or higher CD4 cell count had affected to higher physical domain of QOL. Because, when they received ART for longer time will lead higher CD4 cell count, overall of their health might better resulting in the increase in physical domain score of QOL. Although,

\*\*\*\*\*  
the adherence was not related to total QOL. However, the bivariate analysis and the correlation matrix which analyzed the relationship between total QOL score and adherence score showed that the adherence score had a weak significant association with the total QOL score ( $r = 0.156, p < 0.01$ ).

Considering the presence of OI or comorbidity was not related to total QOL score. The patients had the similar QOL between presence of OI or comorbidity and no presence of OI or comorbidity. The finding was contradictory to the theoretical concepts that, the presence of OI or comorbidity increases the severity of the patient's illness. Because, the health status could be changed according to the progression of the disease and increase the limitation of the patients' ability to perform self-care. In our study, the number of presence OI or comorbidity was not used in the analysis. However, the presence of OI or comorbidity was significantly associated with physical domain score. It meant that lack of presence of OI or comorbidity will effect to higher physical domain score of QOL. Because, the patients who had no frequent illness or occurrence of OI, will not suffer from their disease severity.

The finding of patient participation in HIV/AIDS clinic was not related to total QOL score. It was contradictory to the concepts that the patient members in HIV/AIDS clinic will have more knowledge about health education and had social integration that might affect to higher QOL. However, the bivariate analysis found that the mean total QOL score of patient leaders group was significantly higher than patient who only antiretroviral drug receiving group ( $p=0.016 < \alpha 0.050$ ) and mean total QOL score of patient leaders group also was significantly higher than patient members (no home visited) group ( $p=0.033 < \alpha 0.05$ ). We also found that patient participation in HIV/AIDS clinic was significantly associated with social relationship domain of QOL. The patients who were patient members or patient leaders will have effect to higher social relationship domain score of QOL.

## Conclusions

In this study, the total QOL score of HIV-infected/AIDS patients was moderate level. And each domain of QOL including physiological, psychological, social relationship and environmental domain were moderate, good, moderate and moderate level, respectively.

The finding indicated that 5 most significant variables were associated the total QOL including social support overall score ( $\beta=0.387, p=0.000$ ), HIV-related symptoms score ( $\beta=-0.226, p=0.000$ ), hospital non-participated holistic care center and non-club ( $\beta=-0.134, p=0.003$ ), self-care behavior overall score ( $\beta=0.100, p=0.045$ ) and marital status (widowed/divorced/separated) ( $\beta=-0.097, p=0.029$ ).

As the physical domain of QOL, there were five variables that could influence the QOL physical domain score including duration of ART, CD4 cell count, presence of OI or comorbidity, HIV-related symptoms and social support.

The psychological domain, there were three variables that could influence the QOL psychological domain score including marital status, HIV-related symptoms and social support.



\*\*\*\*\*

The social relationship domain, there were four variables that could influence the QOL social relationship domain score including disclosure HIV status, patients participation in HIV/AIDS clinic (patient member, patient leader) and social support.

And the environmental domain, there were three variables that could influence the QOL environmental domain score including HIV-related symptoms, hospital activity in holistic care service and social support.

Public healthcare service providers should be promote social support, self-care behavior, participation in holistic care activities especially the patients who had more HIV-related symptoms or widowed/divorced/separated group in order to develop holistic care and improve better QOL for the HIV-infected/AIDS patients.

### **Limitations of study**

1. The data of CD4 cell count was from medical record. Because, the NHSO guidelines allow the patient to followed up only 2 times per year. The time to collect the CD4 cell count was not the same time as the data collection from the questionnaire. It may not represent updated clinical characteristics of patients.

2. The data of education level reported in categorized data. If data were collected in terms of year of education, it may on association with the QOL.

3. The data of the presence of OI or comorbidity did not reflect the number of type of the presence OI or comorbidity. In our study, the number of presence OI or comorbidity was not used in the analysis.

4. The studied questionnaire had 14 pages which required amount of time for patients to complete all of them. Patients may be bored and lack of times to concentrate on some questions. This may result in the information bias based upon the burden of time to be used.

### **Recommendations**

The finding of this study revealed that many factors had influenced on the QOL. In order to succeed in promoting QOL of PLWHA, Director of community hospital should provide HIV/AIDS policy to facilitate the development of treatment and holistic care programmes and interventions. Public healthcare service providers should promote social support, self-care behavior and participating in holistic care activities such as club activity for the patients especially who had more HIV-related symptoms or the widowed/divorced/separated group in order to improve better QOL. Hospital staffs working as coordinator of HIV-infected/AIDS patients should encourage peer support group participation in club of clinic. Provincial health office should support the system that enhances the hospitals that have best practice to offer their hospital staffs to visit and guide other hospital to improve the provincial holistic care networks, group learning and benchmarking. The National Health Security office (NHSO) should allocate resources focusing on self-care behavior and include the program to enhance self-care behavior in the list of benefit to improve the QOL among HIV-infected/AIDS patients.

\*\*\*\*\*

## Reference

1. WHO. National AIDS programmes: a guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support. 2009. [online] Available from [http://www.data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/jc1013-caresupport\\_en.pdf](http://www.data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/jc1013-caresupport_en.pdf). [2009, December 3]
2. Khanidtha Wanlepong. Use of HIVQUAL-T program to assess quality of care among HIV patients at community hospitals, Nakhonratchasima province. Master's Thesis, Department of Social and Administrative Pharmacy Faculty of Pharmaceutical Sciences Chulalongkorn University. 2008.
3. Yamane, Taro. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. Tokyo: Harper. International Edition. 1973.
4. Knobel, H., et al. Validation of a Simplified Medication Adherence Questionnaire in a Large Cohort of HIV-Infected Patients : the GEEMA Study. AIDS, 2002; 16 : 605 - 613.
5. Phantipa Sakthong, Schommer, J., Gross, C., and et al. Psychometric properties of WHOQOL-BREF-THAI in patients with HIV/AIDS. Journal of Medical Association Thai, 2007; 99(11) : 2449 - 2457.
6. Damri Tariya. Self - Care of Persons with HIV/AIDS Among Self-Help Group Mae Taeng Hospital, Mae Taeng District, Chiang Mai Province. Master's Thesis, Department of Public Health Faculty of Public Health Chiang Mai University. 2006.
7. Premreitai Noimuenwai. Social support, self-care deficit and quality of life in HIV infected persons. Master's Thesis, Department of Nursing Faculty of Graduate Studies Mahidol University. 1993.
8. Suwat Mahatnirunkul, Wirawan Tuntipivatanakul, and Wanida Pumpisanchai. Comparison of the WHOQOL - 100 and the WHOQOLBREF (26 items). J Ment Health Thai, 1998 ; 5 : 4 - 15
9. Lazarus, R.S. and Folkman, S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer. 1984.
10. Brand, P.A. and Weinert, C. The PRQ-A Social support measure. Nursing Research, 1981; 30 : 277 - 279.
11. Orem, D.E. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby - Year Book. 2001.
12. Wachtel, T., Piette, J., Mor, V., Stein, M., Fleishman, J. and Carpenter, J. Quality of life in persons with human immunodeficiency virus infection: measurement by the medical outcomes study instrument. Annals of Internal Medicine, 1992; 16 : 129 - 137.
13. Natchaya Sonkhum, Praneet Songwathana, and Kittikorn Nilmanat. Quality of Life Among HIV-infected and AIDS Patients Under Comprehensive and Continuum Care in Lower Southern Region. Thai AIDS Journal, 2008 ; (20) : 46 - 57.
14. Thoist, P.A. Conceptual methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social behaviors, 1982 ; 23 : 145.

# ประเมินผลการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกเทศบาลเมืองปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2551

## Evaluation of Dengue Hemorrhagic Fever Prevention campaign in Pakchong Municipal, Nakhon Ratchasima Province, 2008.

อภิรัตน์ ไส่กำปัง      สด.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์)      Apirat Sokhampang      M.A.

(Medical and Health Social Science)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา      The Office of Disease Prevention and  
Control 5<sup>th</sup> Nakhon Ratchasima

### บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตเทศบาลเมืองปากช่อง ในจังหวัดนครราชสีมา ออกแบบวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental) สองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดกิจกรรมรณรงค์ โดยมีพื้นที่เปรียบเทียบคือ เขตเทศบาลเมืองบัวใหญ่ การประเมินโดยใช้รูปแบบ CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวน 8 คนต่อเทศบาล และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครัวเรือน จำนวน 258 คนต่อเทศบาล โดยใช้แบบสัมภาษณ์และสำรวจลูกน้ำยุงลายเทศบาลละ 300 หลังวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pair t – test, Student t – test และ Chi – square test ผลการศึกษาพบว่า ด้านบริบท (Context) สถานการณ์แนวโน้ม การเกิดโรคไข้เลือดออกในอำเภอปากช่องที่อาจจะเกิดการระบาดได้ในปี 2551 กลุ่มผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานของหน่วยงานสาธารณสุขและเทศบาลเมืองปากช่อง จึงเห็นความสำคัญในการที่จะจัดให้มีการรณรงค์ ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่ามีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมการจัดรณรงค์ 6 หน่วยงาน งบประมาณที่ใช้ในการรณรงค์ 68,100 บาท สื่อที่ใช้ในการรณรงค์ คือ สปอตวิทยุ โปสเตอร์และสื่อบุคคล โดยการจัดงานรณรงค์เดินประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้แก่ประชาชนด้านกระบวนการ (Process) พบว่ามีการประชุมเตรียมการประชุมกลุ่มแม่บ้านและประธาน อสม. ประชุมวางแผนรณรงค์ การผลิตสื่อ และจัดงานรณรงค์ใหญ่ในวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ด้านผลผลิตหรือผลลัพธ์ (Product) พบว่า หลังการรณรงค์กลุ่มตัวอย่างเขตเทศบาลเมืองปากช่อง มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.37 เป็น 9.07 คะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 20.40 เป็น 23.61 คะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 12.71 เป็น 13.23 คะแนน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 14.10 เป็น 14.45 และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 26.27 เป็น 29.05 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ทุกด้าน ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่พบในบ้าน (HI) ลดลงจากร้อยละ 15.00 เหลือร้อยละ 9.67 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่เปรียบเทียบคือเทศบาลบัวใหญ่ พบว่าหลังการรณรงค์ กลุ่มตัวอย่างเขตเทศบาลเมืองปากช่องมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่พบในบ้านเทศบาลปากช่องมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ( $HI < 10$ ) และต่ำกว่าเทศบาลเมืองบัวใหญ่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ข้อเสนอแนะ การรณรงค์ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ งบประมาณ สื่อที่ใช้ และรูปแบบ การรณรงค์หลายวิธีเพื่อให้ประชาชนรับรู้อย่างกว้างขวางจึงจะช่วยให้ประสบผลสำเร็จได้

คำสำคัญ : การประเมินผล การรณรงค์ โรคไข้เลือดออก

\*\*\*\*\*

## Abstract

An Evaluation research was done to compare the effectiveness of Dengue Hemorrhagic Fever Prevention by mosquito larva control campaign program area and non mosquito larva control campaign area. Two Municipals of Nakhon Ratchasima Province (Pakchong and Buayai) were selected for intervention and control area. Stufflebeam CIPP Evaluation Model was used. Eight Executives and staffs of the two Municipal Public Health offices were interview. 258 households per Municipal also were interview. Mosquito Larva survey data from 300 houses per Municipal was analyzed by percentage, arithmetic mean, standard deviation, Pair t - test, Student t - test and Chi - square test.

The result by Context : Because of Dengue Hemorrhagic Fever outbreak situation trend in the year 2008 was risky therefore the Pakchong Municipal Public Health officers gave more concern of the campaign. Input : There were six government organizations joining in this campaign. Budget of 68,100 Baht was spend for campaign media such as radio spot, poster and health education walk rally. Process : There were meeting of organizer, local housewife group and chief of health volunteer for co-operating, campaign planning, media producing and May 14<sup>th</sup> Big campaign Day organizing. Out put : The arithmetic means score of knowledge, perception of susceptibility, severity, cost - benefit and prevention of Dengue hemorrhagic fever behaviors were significant improved after campaign program ( $p < 0.05$ ) and significant better than control area ( $p < 0.05$ ). The Aedes Aegypti Larva Index (House Index : HI) in campaign program area was statistically significant less than the time before campaign program and statistically significant different from the control area ( $p < 0.05$ ). Recommendation : The success of campaign must depend on multi organizations co-operation, harmonization, variety of method and media to access people perception and appropriate budget.

Keyword : Evaluation, campaign, Dengue Hemorrhagic Fever.

## บทนำ

โรคไข้เลือดออกมีความสำคัญดังกระแสพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระราชทาน ณ พระราชวังไกลกังวล หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2542 ความว่า "โครงการปราบยุงลาย คั้งค้างมานานแล้ว และอันตรายยังมีอยู่มาก อยากให้ปราบปรามอย่างจริงจัง อันตรายจากโรคไข้เลือดออก จะได้ทุเลาลง"<sup>(1)</sup> ประเทศไทยมีแนวโน้มอัตราป่วยสูงขึ้นตลอดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา จะพบว่า อัตราป่วยมีแนวโน้มสูงเกิน 100 ต่อประชากรแสนคน ตลอดมา

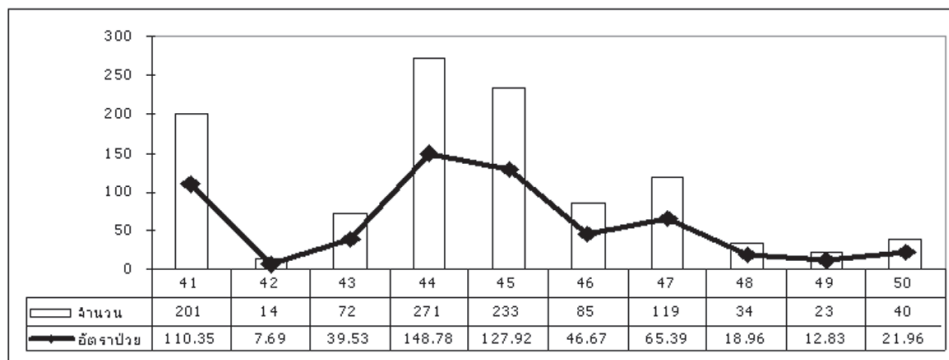
กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญไว้ 4 ตัวชี้วัดคือ ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลง ร้อยละ 20 จากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังทั้งระดับประเทศและระดับจังหวัด ตัวชี้วัดต่อมาคือ เทศบาลเมืองและ เทศบาลนคร ในพื้นที่เสี่ยงทุกแห่งต้องมีค่าดัชนีลูกน้ำที่พบในบ้าน (House Index : HI) เฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 ตัวที่ 3 คือ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง มีค่าดัชนีลูกน้ำที่พบในภาชนะ (Container Index : CI) ไม่เกิน 0 และสุดท้ายคือ จังหวัดสามารถดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค แต่การควบคุมยุงลายก็ยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร

\*\*\*\*\*

เขตเทศบาลเมืองและเทศบาลนครนับว่าเป็นพื้นที่ที่สามารถพบวงจรการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ทุกฤดูกาลตลอดทั้งปี และเป็นแหล่งแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกไปยังเขตชนบท ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการกำหนด ตัวชี้วัดค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่พบในบ้านได้ไม่เกินร้อยละ 10 เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรค สอดคล้องกับที่กรมควบคุมโรคร่วมกับมูลนิธิสุขภาพใจ เจนตนเสน ได้วิเคราะห์สาเหตุที่การป้องกันและควบคุมโรค ไม่ประสบความสำเร็จมีหลายสาเหตุ<sup>(2)</sup> และมีสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการคือ การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่เต็มที่ และไม่ต่อเนื่อง และประการที่สองคือ เขตเทศบาลหรือเขตเมือง มีอัตราป่วยสูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับเขตชนบท น่าจะมีสาเหตุไม่ได้รับความร่วมมือจากเทศบาลในการป้องกันควบคุมโรคเท่าที่ควร

ในเขตรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา มีเทศบาลเมือง 6 แห่ง และเทศบาลนคร 1 แห่งรวม 7 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนครนครราชสีมา เทศบาลเมืองปากช่อง เทศบาลเมืองบัวใหญ่ เทศบาลเมืองบุรีรัมย์ เทศบาลเมืองนางรอง เทศบาลเมืองสุรินทร์ และเทศบาลเมืองชัยภูมิ ซึ่งต้องดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัด ร้อยละ 25 หรืออย่างน้อย 2 แห่ง อำเภอปากช่อง นับว่าเป็นเมืองที่เป็นประตูสู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีเศรษฐกิจดี เนื่องจากมีแหล่งท่องเที่ยวขนาดใหญ่ ดังนั้นจึงมีนักท่องเที่ยวแต่ละปีเข้ามาจำนวนมาก ถือได้ว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกสูงอีกพื้นที่หนึ่ง เมื่อพิจารณาแนวโน้มจากการเกิดโรคไข้เลือดออกของอำเภอปากช่องพบว่า เคยมีอัตราป่วยเกิน 100 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2541, 2544 และ 2545 หลังจากนั้นแนวโน้มผู้ป่วยลดลงมาตลอด และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2550 อัตราป่วยลดลงเป็นเวลา 3 ปีติดต่อกัน ดังนั้นในปี 2551 จึงอาจจะเสี่ยงต่อการระบาดได้ ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนโรคไข้เลือดออก อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2541 - 2550



แหล่งข้อมูล : กลุ่มโรคติดต่อฯ โดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา

ในปีงบประมาณ 2551 นี้ สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค มีนโยบายให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต นำกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมาใช้ในช่วงสัปดาห์รณรงค์ คือ สัปดาห์ที่ 2 ของเดือนพฤษภาคม อย่างน้อย 1 พื้นที่เขตเทศบาลเมือง ซึ่งเป็นการเตรียมการป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนฤดูกาลระบาดจะเริ่มขึ้น โดยเรียกว่าเทศกาล "คุณ - นะ - ทำ" เพื่อสร้างกระแสกระตุ้นให้ครัวเรือนต่าง ๆ ดำเนินการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์และลูกน้ำยุงลายด้วยตนเอง ดังนั้น กลุ่มโรคติดต่อฯ โดยแมลง และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 5.4 ปากช่อง จึงประสานความร่วมมือกับเทศบาลเมืองปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง และโรงพยาบาลปากช่องนานา จัดการรณรงค์ขึ้น โดยมีเทศบาลเมือง ปากช่อง

\*\*\*\*\*

เป็นแกนหลักการรณรงค์ เนื่องจากเหตุผลที่อาจจะมีผลกระทบเกิดขึ้นได้ ตามแนวโน้มที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และเป็นการนำร่องในการรณรงค์ในระดับเขตเทศบาลเมืองและเทศบาลนคร และได้มีการประเมินผลการรณรงค์ในเขตเทศบาลเมืองปากช่อง (Study Area) โดยมีพื้นที่เปรียบเทียบ (Control Area) คือ เทศบาลเมืองบัวใหญ่ เนื่องจากเป็นเทศบาลขนาดเดียวกัน และไม่มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ ใช้รูปแบบการประเมินโครงการแบบ CIPP Model<sup>(3,4)</sup> เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดรณรงค์ เขตเทศบาลอื่นๆ ในปีต่อไป

## วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลการจัดรณรงค์โรคไข้เลือดออกเขตเทศบาลเมืองปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

## วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมินบริบท (Context) ได้แก่ สภาพทั่วไปของพื้นที่ นโยบายเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก สถานการณ์โรคไข้เลือดออกและค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในปีที่ผ่านมา
2. เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของหน่วยจัดรณรงค์ หน่วยงานที่เข้าร่วมรณรงค์ งบประมาณ และสื่อที่ใช้ในการรณรงค์
3. เพื่อประเมินกระบวนการจัดรณรงค์ (Process) ได้แก่ การบริหารจัดการกิจกรรมรณรงค์ และการจัดงานรณรงค์
4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ (Product) ได้แก่
  - 4.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการรณรงค์ และเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่รณรงค์และพื้นที่เปรียบเทียบ
  - 4.2 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการรณรงค์ และเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่รณรงค์และพื้นที่เปรียบเทียบ
  - 4.3 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการรณรงค์ และเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่รณรงค์และพื้นที่เปรียบเทียบ
  - 4.4 เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการรณรงค์ และเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่รณรงค์และพื้นที่เปรียบเทียบ
  - 4.5 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการรณรงค์ และเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่รณรงค์และพื้นที่เปรียบเทียบ
  - 4.6 เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่พบในบ้าน ก่อนและหลังการรณรงค์ และเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่รณรงค์และพื้นที่เปรียบเทียบ

## สมมติฐานของการวิจัย

1. ก่อนการรณรงค์ ประชาชนในเขตเทศบาลปากช่อง และเขตเทศบาลเมืองบัวใหญ่ ไม่มีความแตกต่างกันในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำที่พบในบ้าน (HI)
2. หลังการรณรงค์ ประชาชนในเขตเทศบาลปากช่อง มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการป้องกัน มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงขึ้นกว่าก่อนรณรงค์ และค่าดัชนีลูกน้ำที่พบในบ้าน (HI) ต่ำกว่าก่อนรณรงค์

\*\*\*\*\*

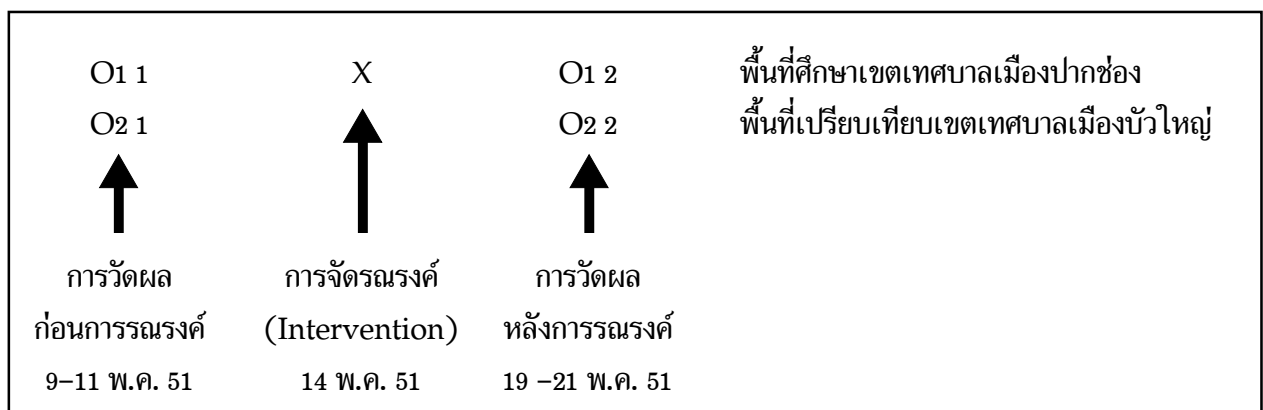
3. หลังการรณรงค์ ประชาชนในเขตเทศบาลปากช่อง มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมากกว่าประชาชนในเขตเทศบาลเมืองบัวใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกสูงกว่าประชาชนในเขตเทศบาลเมืองบัวใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกสูงกว่า ประชาชนในเขตเทศบาลเมืองบัวใหญ่ มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าประชาชนในเขตเทศบาลเมืองบัวใหญ่ มีพฤติกรรมกำกั้นโรคไข้เลือดออกสูงกว่าประชาชนในเขตเทศบาลเมืองบัวใหญ่ ค่าดัชนีลูกน้ำที่พบในบ้าน (HI) ต่ำกว่าในเขตเทศบาลเมืองบัวใหญ่

### นิยามศัพท์

1. ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การป้องกัน และวิธีการกำจัดยุงลายพาหะ
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก หมายถึง การประเมินการรับรู้ของประชาชนในการที่ตนเองและคนในครอบครัวจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก หมายถึง การประเมินการรับรู้ของประชาชนถึงอันตรายและความสูญเสียถ้าป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก
4. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคโรคไข้เลือดออก หมายถึง การประเมินการรับรู้ของประชาชนในการที่ตนเองและคนในครอบครัวจะได้รับประโยชน์ และอุปสรรคในการทำกิจกรรมการป้องกันเป็นโรคไข้เลือดออก
5. พฤติกรรมกำกั้นโรคไข้เลือดออก หมายถึง การทำพฤติกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ และลูกน้ำยุงลายด้วยวิธีการต่าง ๆ ของประชาชน เช่น การขัดล้างภาชนะ เปลี่ยนถ่ายน้ำทุก 7 วัน การปิดฝาภาชนะอย่างมิดชิด การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ การใส่ปลากินลูกน้ำ และการปรับสภาพแวดล้อม รอบบ้านไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น
6. ค่า HI (House Index) หมายถึง ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่พบในบ้าน นั่นคือ ร้อยละของการพบลูกน้ำยุงลายในบ้านที่ทำการสำรวจ เทียบกับจำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผลโดยประยุกต์ใช้ CIPP Model รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental) สองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดกิจกรรมรณรงค์ ตามรูปแบบดังนี้



### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชน ในพื้นที่เทศบาลเมืองปากช่อง ซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษา และประชาชนในพื้นที่เทศบาลเมืองบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นพื้นที่เปรียบเทียบ

\*\*\*\*\*

### กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. กลุ่มผู้บริหาร เพื่อ เก็บรวบรวมข้อมูลในส่วน บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) และ ส่วนกระบวนการ (Process) จัดรณรงค์

2. กลุ่มประชาชน เพื่อรวบรวมข้อมูลในส่วนของผลลัพธ์ (Product) ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ พฤติกรรม และการสำรวจลูกน้ำยุงลาย

ซึ่งได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณสัดส่วน กรณีทราบจำนวนประชากร ดังนี้<sup>(5)</sup>

$$n = [NZ \alpha^2 \eta(1-\eta)] / [e^2(N-1) + Z\alpha^2 \eta(1-\eta)]$$

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ เขตเทศบาลเมืองปากช่อง 258 หลังคาเรือน และเขตเทศบาลเมืองบัวใหญ่ 258 หลังคาเรือน

การสุ่มหลังคาเรือน จะทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งประเภทชุมชน ตามวิธีการสำรวจลูกน้ำยุงลายของสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค ดังนี้

1. แบ่งชุมชนออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ชุมชนที่พักอาศัย ชุมชนพาณิชย์ และชุมชนแออัด จากนั้น สัมภาษณ์ตัวแทนหลังคาเรือน ละ 1 คน

2. การสุ่มหลังคาเรือนที่เป็นตัวแทนในแต่ละประเภทชุมชน ใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก เลขที่บ้านแบบไม่คืนที่ ประเภทละ 95 หลังคาเรือน ดังนั้นรวมชุมชนทั้ง 3 ประเภทแล้ว จะได้เท่ากับ 258 หลังคาเรือนต่อเทศบาล

3. สัมภาษณ์ประชาชนในหลังคาเรือนที่สุ่มได้ หลังละ 1 คน ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่อาศัยเป็นประจำ ในชุมชนตั้งแต่ต้นปีถึงปัจจุบัน และสามารถพูดจาติดต่อสื่อสารให้ข้อมูลได้ โดยเก็บข้อมูลทั้ง ก่อนและหลังการรณรงค์ในหลังคาเรือนเดิมที่สุ่มได้

4. สำนักราคัดชั้นลูกน้ำ ได้แก่ ค่า HI ทุกหลังที่สัมภาษณ์

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวม 2 ช่วง คือ

ช่วงที่ 1 เก็บรวบรวมก่อนมีกิจกรรมรณรงค์ล่วงหน้าในช่วงก่อนสัปดาห์รณรงค์ คือ เก็บข้อมูลในส่วนของบริบท (Context) ที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยนำเข้า (Input) และส่วนกระบวนการจัดกิจกรรมรณรงค์ (Process) ทั้งในส่วนของเทศบาลเมืองปากช่องและเทศบาลเมืองบัวใหญ่ รวมทั้งแบบสัมภาษณ์ประชาชนในด้านความรู้ การรับรู้พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบ

ช่วงที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการรณรงค์ไม่เกิน 1 สัปดาห์ ในส่วนของผลลัพธ์ (Products) ของการรณรงค์ ได้แก่ ความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย โดยดัชนีลูกน้ำยุงลายจะเก็บรวบรวมเพิ่มเติมให้ครบ 300 หลังตามเกณฑ์มาตรฐานของสำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบการจัดกิจกรรมรณรงค์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. แบบสัมภาษณ์สำหรับประชาชน ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก



\*\*\*\*\*

สำหรับแบบสัมภาษณ์ที่เป็นแบบ Scale 3 ระดับ ใช้การแบ่งตามเกณฑ์การทดสอบวัดทั่วไป คือ ระดับต่ำ ตั้งแต่ร้อยละ 69 ลงมา ปานกลางตั้งแต่ร้อยละ 70 - 79 และระดับสูงร้อยละ 80 ขึ้นไป โดยเทียบกับคะแนนเต็มของแต่ละด้านที่ประเมิน แล้วคำนวณเทียบโดยประมาณ

3. แบบสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ใช้แบบ กอ. 1 ของกรมควบคุมโรค

4. คุณภาพของเครื่องมือ ได้นำเครื่องมือในส่วนของแบบวัดความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สร้างขึ้น นำไปทดสอบกับประชาชนในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา จำนวน 30 คน ได้ผลดังนี้ แบบวัดความรู้มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) เท่ากับ 0.71 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์ Alpha Cronbach เท่ากับ 0.65 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรง เท่ากับ 0.61 แบบวัดการรับรู้ ประโยชน์และอุปสรรค เท่ากับ 0.68 และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.78

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ อัตราส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเปรียบเทียบ Pair t - test กรณีทดสอบเปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกัน สถิติ Student t - test กรณีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม และ Chi - square สำหรับทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย

### ผลการศึกษา

**ด้านบริบท (Context)** พบว่า จากสถานการณ์แนวโน้มการเกิดโรคไข้เลือดออกในอำเภอปากช่อง ซึ่งเป็นอำเภอที่มีขนาดใหญ่ มีพื้นที่ 15.25 ตารางกิโลเมตร เป็นประตูลูกศรออกเฉียงเหนือ มีประชากรมาก มีชุมชนทั้งหมด 23 ชุมชน แบ่งเป็น ชุมชนแออัด 3 ชุมชน ชุมชนพาณิชย์ 3 ชุมชน และชุมชนที่พักอาศัย 17 ชุมชน จำนวนหลังคาเรือน 12,798 หลัง ประชากร 40,185 คน ความหนาแน่นของประชากร 2,635.34 คน/ตารางกิโลเมตร และมีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าออกในอำเภอตลอดเวลา ผลการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายรอบที่ 1 สำรวจในเดือนกุมภาพันธ์ มีค่าเท่ากับ 17.67 รอบที่ 2 สำรวจเมื่อในมิถุนายน ปี พ.ศ. 2550 มีค่าเท่ากับ 16.33 ซึ่งสูงเกินมาตรฐานทั้ง 2 รอบ ดังนั้นจึงมีแนวโน้มที่โรคไข้เลือดออกอาจจะเกิดการระบาดได้ในปี 2551 กลุ่มผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานของหน่วยงานสาธารณสุขและเทศบาลเมืองปากช่อง จึงเห็นความสำคัญ ในการที่จะจัดให้มีการรณรงค์การดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในเขตเทศบาล ตั้งแต่ต้นปี 2551 จนถึง ช่วงก่อนสัปดาห์รณรงค์ในเดือนพฤษภาคม พบว่าเทศบาลร่วมกับศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 5.4 ปากช่อง มีการจัดอบรม อสม. เมื่อเดือนมีนาคม โดยใช้งบประมาณซึ่งเป็นงบบุคลากรของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา มี อสม. ที่ผ่านการอบรม 200 คน ใช้เวลาอบรม 1 วัน และอบรมนักเรียน 1 ครั้ง จำนวน 150 คน ในส่วนของเทศบาลได้จัดทำโครงการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเขตเทศบาล ปี 2551 โดยตั้ง งบประมาณไว้ทั้งปี จำนวน 50,000 บาท ในส่วนของชุมชน สำนักงานเทศบาลได้จัดทำโครงการ อสม. เข้าวชน ชุมชน ร่วมใจด้านภัยไข้เลือดออก ปี 2550 โดยใช้งบประมาณของชุมชนเอง กลุ่มผู้บริหารให้ความเห็นว่า ปัญหาที่พบตลอดมาเรื่องโรคไข้เลือดออกคือ การสร้างการมีส่วนร่วมค่อนข้างยาก เนื่องจากเป็นเขตเมือง

**ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)** ในการจัดรณรงค์ในครั้งนี้พบว่า มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมการจัดรณรงค์ 6 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 5.4 ปากช่อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานเทศบาลเมืองปากช่อง โรงพยาบาลปากช่อง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากช่อง ด้านงบประมาณ มีการใช้งบประมาณในการประชุมเตรียมความพร้อมกลุ่มแม่บ้านในเขตเทศบาลเมืองปากช่อง เป็นเงิน 7,880 บาท งบประมาณสำหรับการติดตามประเมินผลหลังการรณรงค์ 10,220 บาท ส่วนงบประมาณสำหรับจัดทำสื่อและจัดรณรงค์เป็นงบประมาณของเทศบาลเมืองปากช่อง จำนวน 50,000 บาท รวมทั้งสิ้น 68,100 บาท ด้านสื่อที่ใช้ในการรณรงค์ ประกอบด้วยการทำสปอร์ต วิทยุ

\*\*\*\*\*

เรื่องเทศกาล "คุณ -นะ - ทำ" เพื่อเปิดทางหอกระจายข่าวชุมชน และเสียงตามสายบริเวณชุมชนพาณิชย์ ซึ่งใช้นักจัดรายการพื้นบ้านที่มีชื่อเสียงในท้องถิ่นเป็นผู้จัดทำสปรอต โดยทำเป็นแผ่นซีดี จำนวน 50 ชุด มีเพลงสลับกับความรู้อะไรก็รู้เรื่องการทำจัดลูกน้ำ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์และเรื่องโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ยังได้จัดทำ โปสเตอร์ไวน์ล "คุณ -นะ - ทำ" ขนาด 1 เมตร x 2.5 เมตร จำนวน 100 แผ่น เพื่อใช้ติดตามสถานที่ต่างๆ ทุกชุมชน

**ด้านกระบวนการ (Process)** พบว่า มีการประชุมเตรียมการคณะกรรมการจากหน่วยงานทั้ง 6 หน่วยงาน 1 ครั้ง เพื่อหารือเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการณรงค์ จากนั้นมีการประชุมกลุ่มแม่บ้าน และประธาน อสม. เพื่อทำสนทนางroups และการจัดทำสื่อที่เหมาะสมโดยเน้นนโยบาย "คุณ-นะ-ทำ" และจัดทำสื่อต้นแบบให้กับเทศบาลนำไปผลิตสื่อสปรอตวิทยุ โปสเตอร์ต่อไป จากนั้นมีประชุมวางแผนรณรงค์อีก 1 ครั้ง โดยให้แต่ละชุมชนรณรงค์ ล่วงหน้าตั้งแต่วันที่ 12 พฤษภาคม โดย อสม. และผู้นำชุมชนเดินรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ออกสปรอตวิทยุ ทางเสียงตามสาย และหอกระจายข่าวจำนวน 22 จุด ช่วง 6 โมงเช้า และ 6 โมงเย็นวันละ 2 ครั้ง ซึ่งเป็นเวลาที่ประชาชนอยู่บ้าน มีการติดโปสเตอร์ตามชุมชนต่าง ๆ 75 จุด และมีพิธีเปิดงานงานรณรงค์ใหญ่ ในวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 โดยสำนักงานเทศบาลเมืองปากช่องเป็นแกนนำในการจัดรณรงค์ รูปแบบการณรงค์ เน้นการเปิดงานที่ในชุมชนกระจายไป 3 จุด ซึ่งเป็นชุมชนใหญ่ ได้แก่ จุดที่ 1 ชุมชนเมืองปากช่อง จุดที่ 2 ชุมชน ประปา จุดที่ 3 ชุมชนบ้านท่าเลื่อน และเดินรณรงค์โดยนายกเทศมนตรี และหัวหน้าส่วนราชการต่าง ๆ ในเขต เทศบาลเมืองปากช่อง

**ด้านผลผลิตหรือผลลัพธ์ (Product)** หลังการจัดรณรงค์เสร็จสิ้นแล้ว 1 สัปดาห์ ได้มีการติดตามประเมินผลพบว่า ก่อนการรณรงค์ทั้ง 2 เทศบาล ไม่มีความแตกต่างกันทั้งด้านความรู้ การรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันโรค และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่เทศบาลเมืองปากช่อง และเทศบาลเมืองบัวใหญ่ ช่วงก่อนจัดรณรงค์

ผลการประเมินก่อนรณรงค์ด้าน	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	mean difference	t - value	p - value
<b>ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก</b>					
เทศบาลเมืองปากช่อง	7.37	1.75	0.08	0.53	0.599
เทศบาลเมืองบัวใหญ่	7.29	1.76			
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก</b>					
เทศบาลเมืองปากช่อง	20.40	1.51	-0.09	-0.68	0.497
เทศบาลเมืองบัวใหญ่	20.49	1.60			
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก</b>					
เทศบาลเมืองปากช่อง	12.71	1.34	-0.55	-1.85	0.065
เทศบาลเมืองบัวใหญ่	12.93	1.41			
<b>การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก</b>					
เทศบาลเมืองปากช่อง	14.10	1.25	0.03	0.03	0.972
เทศบาลเมืองบัวใหญ่	14.09	1.27			
<b>พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก</b>					
เทศบาลเมืองปากช่อง	26.27	3.82	-0.55	-1.82	0.070
เทศบาลเมืองบัวใหญ่	26.81	2.96			

\*\*\*\*\*

หลังการรณรงค์ กลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลเมืองปากช่อง มีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.37 เป็น 9.07 คะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 20.40 เป็น 23.61 คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 12.71 เป็น 13.23 คะแนน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 14.10 เป็น 14.45 และคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 26.27 เป็น 29.05 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก พื้นที่เทศบาลเมืองปากช่อง ก่อนและหลังการจ้รณรงค์

ผลการประเมินก่อนรณรงค์ด้าน	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	mean difference	t - value	p - value
<b>ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก</b>					
ก่อนสัปดาห์รณรงค์	7.37	1.75	-1.69	-13.43	0.000
หลังสัปดาห์รณรงค์	9.07	1.43			
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก</b>					
ก่อนสัปดาห์รณรงค์	20.40	1.51	3.21	-27.46	0.000
หลังสัปดาห์รณรงค์	23.61	1.11			
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก</b>					
ก่อนสัปดาห์รณรงค์	12.71	1.34	-7.69	-105.36	0.000
หลังสัปดาห์รณรงค์	13.23	1.51			
<b>การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก</b>					
ก่อนสัปดาห์รณรงค์	14.10	1.25	-0.35	-6.17	0.000
หลังสัปดาห์รณรงค์	14.45	1.06			
<b>พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก</b>					
ก่อนสัปดาห์รณรงค์	26.27	3.82	-2.78	-11.66	0.000
หลังสัปดาห์รณรงค์	29.05	2.23			

เมื่อเปรียบเทียบกับเทศบาลบัวใหญ่ ซึ่งเป็นพื้นที่เปรียบเทียบ พบว่า หลังการรณรงค์ กลุ่มตัวอย่าง เขตเทศบาลเมืองปากช่องมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงกว่าทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 3

\*\*\*\*\*

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันโรค และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ระหว่างพื้นที่เทศบาลเมืองปากช่อง และเทศบาลเมืองบัวใหญ่ ช่วงหลังจัดรณรงค์

ผลการประเมินก่อนรณรงค์ด้าน	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	mean difference	t - value	p - value
<b>ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก</b>					
เทศบาลเมืองปากช่อง	9.07	1.43	1.62	11.25	0.000
เทศบาลเมืองบัวใหญ่	7.45	1.81			
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก</b>					
เทศบาลเมืองปากช่อง	23.61	1.11	3.20	26.50	0.000
เทศบาลเมืองบัวใหญ่	20.41	1.59			
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก</b>					
เทศบาลเมืองปากช่อง	13.23	1.43	0.38	3.04	0.002
เทศบาลเมืองบัวใหญ่	12.85	1.43			
<b>การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก</b>					
เทศบาลเมืองปากช่อง	14.45	1.06	0.31	3.05	0.002
เทศบาลเมืองบัวใหญ่	14.14	1.27			
<b>พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก</b>					
เทศบาลเมืองปากช่อง	29.05	2.23	2.17	9.53	0.000
เทศบาลเมืองบัวใหญ่	26.87	2.91			

ผลการเปรียบเทียบก่อนการรณรงค์ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่พบในบ้านเทศบาลปากช่องมีค่าต่ำกว่าก่อนการรณรงค์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แต่เทศบาลบัวใหญ่ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ผลการทดสอบเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายช่วงก่อนและหลังการรณรงค์

พื้นที่	ก่อนช่วงรณรงค์			หลังช่วงรณรงค์			Chi-square df=1	P-value
	สำรวจ (หลัง)	พบลูกน้ำ (หลัง)	ร้อยละ	สำรวจ (หลัง)	พบลูกน้ำ (หลัง)	ร้อยละ		
เทศบาลเมืองปากช่อง	300	45	15.00	300	29	9.67	3.95	0.046*
เทศบาลเมืองบัวใหญ่	300	34	11.33	300	50	18.67	3.54	0.059

ผลการเปรียบเทียบหลังการรณรงค์ ทั้ง 2 เทศบาล พบว่า เทศบาลเมืองปากช่องมีค่าดัชนีลูกน้ำที่พบในบ้านต่ำกว่าเทศบาลเมืองบัวใหญ่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังตารางที่ 5

\*\*\*\*\*  
ตารางที่ 5 ผลการทดสอบเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายระหว่างพื้นที่เขตเทศบาลเมืองปากช่อง และเทศบาลเมืองบัวใหญ่ หลังการรณรงค์

เปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำ หลังการรณรงค์ 2 พื้นที่	หลังช่วงรณรงค์			Chi-square df=1	P-value
	สำรวจ (หลัง)	พบลูกน้ำ (หลัง)	ร้อยละ		
เทศบาลเมืองปากช่อง	300	29	9.67	6.43	0.011*
เทศบาลเมืองบัวใหญ่	300	50	18.67		

อภิปรายผล

ด้านบริบท (Context) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออกของอำเภอปากช่องได้ตระหนักและเห็นปัญหาร่วมกันว่า เขตเทศบาลปากช่องอาจจะเกิดระบาดเกิดขึ้นได้ในปี พ.ศ. 2551 จึงมีความเห็นร่วมกันที่จะจัดให้มีการรณรงค์ แสดงว่าปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อปัญหาโรคไข้เลือดออกของผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้นส่งผลให้เกิดการสนับสนุนป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พินันท์ แดงหาญ<sup>(6)</sup> เภณีการหะสุวรรณและคณะ<sup>(7)</sup> สาโรจน์ มะรุมติและคณะ<sup>(8)</sup> และครรชิต เจริญมิตรและคณะ<sup>(9)</sup>

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านการเตรียมความพร้อมพบว่า ก่อนเริ่มดำเนินการจัดรณรงค์ ปัจจัยด้านการประสานงานที่ดี การจัดประชุมให้มีส่วนร่วมของภาคราชการ เทศบาลและชุมชน เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเข้าใจในประเด็นปัญหาร่วมกัน และร่วมกันวางแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอในการจัดทำสื่อ การประชุมกลุ่มแม่บ้านและ อสม. เพื่อเตรียมความพร้อมในชุมชน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชรัตน์ แดงหาญและคณะ<sup>(10)</sup> ที่พบว่าการประชุมเพื่อหาส่วนขาดแล้วนำมาพิจารณาหาข้อตกลงและแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน ทำให้การดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอำเภอจตุรัส จังหวัดชัยภูมิได้ผลดีสามารถลดค่าดัชนีลูกน้ำ และอัตราป่วยได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ด้านกระบวนการจัดรณรงค์ (Process) ในกิจกรรมการรณรงค์นั้น จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลให้ประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ผู้นำส่วนราชการและส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรม การประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ และการร่วมดำเนินงานกันเกือบทุกกิจกรรม ได้แก่ มีการประชุม เตรียมความพร้อมของ หน่วยงาน กลุ่มแม่บ้านและ อสม. การประชุมวางแผนจัดงานรณรงค์ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ คัชมาตย์และคณะ<sup>(11)</sup> อัญชญา ประศาสนวิทย์และคณะ<sup>(12)</sup> มณี สุขประเสริฐและคณะ<sup>(13)</sup> สมบัติ มุลหนองแวง และคณะ<sup>(14)</sup>

ด้านผลผลิต (Product) อาจกล่าวได้ว่าการจัดกิจกรรมรณรงค์ครั้งนี้ประสบความสำเร็จ เนื่องจากปัจจัยแรกคือ การให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อหลากหลายและต่อเนื่อง กระจายไปหลายจุดอย่างทั่วถึง และเน้นการให้ความรู้ช่วงเวลาที่ประชาชนอยู่บ้าน ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลปากช่องส่วนใหญ่ทราบว่า มีการรณรงค์ ร้อยละ 89.14 โดยได้รับจากสื่อหลายชนิดในชุมชน ได้แก่ จาก อสม. มากที่สุดร้อยละ 99.13 รองลงมา จากโปสเตอร์และแผ่นพับ ร้อยละ 96.01 ดังนั้นจึงส่งผลให้ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงขึ้น กว่าก่อนการรณรงค์ และสูงกว่าพื้นที่เปรียบเทียบกับคือ เขตเทศบาลบัวใหญ่ และในส่วนของค่าดัชนีลูกน้ำที่พบในบ้าน (HI) ก็พบว่ามีความต่ำกว่า 10 หลังการรณรงค์ ปัจจัยที่ 3 น่าจะเกิดจากการกระจายเปิดจุดรณรงค์ ซึ่งมีการเปิดงานพร้อมกันถึง 3 จุด ทั้งนี้เนื่องจากเทศบาลเมืองปากช่องมีพื้นที่กว้างถึง 15.25 ตารางกิโลเมตร คณะกรรมการ จึงเห็นว่าการเดินรณรงค์

\*\*\*\*\*

และการประชาสัมพันธ์โดยใช้คนกลุ่มเดียวเดินให้ทั่วถึงภายในครึ่งวันนั้น เป็นไปได้ยาก ปัจจัยที่ 4 กลวิธีการรณรงค์และระยะเวลาการรณรงค์ ซึ่งได้แก่ การเตรียมความพร้อมกลุ่มแม่บ้าน การประชาสัมพันธ์ด้วยสปอร์ตวิทยุผ่านเสียงตามสายและหอกระจายข่าว ติดโปสเตอร์ล่งหน้าตั้งแต่วันที่ 12 พฤษภาคม และในวันรณรงค์วันที่ 14 พฤษภาคม นายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองปากช่อง ได้มาเป็นประธาน เปิดการรณรงค์ด้วยตนเอง รวมทั้งสมาชิกสภาเทศบาลเมืองปากช่อง เจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองปากช่อง และส่วนราชการต่างๆ เข้าร่วมเปิดงานและเดินรณรงค์ทำให้ประชาชนให้ความสนใจมาก สอดคล้องกับบทความของพจน์ ใจชาญสุกิจ<sup>(15)</sup> ที่กล่าวว่า การรณรงค์ (Campaign) เป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญทางการสื่อสาร ทั้งด้านการรับรู้ (Awareness) หรือการกระตุ้นให้เกิดความสนใจ (Interest) สร้างความต้องการ (Desire) และการตัดสินใจเข้าร่วมหรือกระทำ (Action)

### ปัจจัยที่ส่งผลให้การรณรงค์ประสบผลสำเร็จ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มผู้นำ กลุ่มแม่บ้าน อสม.
2. การวางแผนเรื่องสื่อที่ใช้ การกระจายสื่อ การประชาสัมพันธ์การรณรงค์ล่งหน้าทำให้การรณรงค์มีประสิทธิภาพ
3. กรณีที่ชุมชนมีขนาดใหญ่ การกระจายจุดเปิดงานรณรงค์อย่างทั่วถึงมากกว่า 1 จุด ทำให้ประชาชนรับรู้และเข้าร่วมการรณรงค์มากขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

1. การจัดการรณรงค์ควรต้องมีการเตรียมความพร้อมล่งหน้า โดยการจัดประชุมเพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้รับทราบสถานการณ์ปัญหา ความจำเป็นร่วมกัน
2. การกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน งบประมาณ และกิจกรรมอย่างชัดเจน มีความสำคัญในการจัดการรณรงค์ เพราะต้องระดมทรัพยากรต่างๆ จากหลายหน่วยงานมาช่วยกัน
3. ในวันรณรงค์ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกับผู้นำชุมชน ออกเดินเยี่ยมหลังคาเรือนต่าง ๆ ในชุมชนใช้กลยุทธ์ แบบเคาะประตูบ้าน เพื่อเป็นการเข้าถึงประชาชน รับทราบปัญหาที่เกี่ยวข้องและให้ความรู้ แบบถึงครัวเรือนสำรวจลูกน้ำในบ้านเพื่อชี้ให้เจ้าของบ้านรับทราบปัญหาและจัดการกับลูกน้ำและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายด้วยตนเอง
4. ผู้บริหารของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ ทั้งด้านการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และควรร่วมงานรณรงค์เพื่อให้ประชาชนเห็นว่าหน่วยงานต่างๆ ได้เอาใจจริงเอาใจซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือมากขึ้น
5. การการวัดผลหลังการรณรงค์ครั้งเดียว และวัดหลังระยะสั้น อาจไม่ใช่เป็นการออกแบบการวิจัยที่ดี ดังนั้นควรมีการออกแบบการวิจัยที่มีการวัดผลหลังการรณรงค์ให้มากกว่า 1 ครั้ง เพื่อให้ทราบผลที่เกิดขึ้นจริง และสามารถส่งผลได้นานเพียงใด

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้คำแนะนำปรึกษา คือ คุณบุษบงษ์ เจาทานนท์ สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง ขอขอบคุณคุณวิจิตร โกสละกิจ คุณจงรักษ์ ประทุมทอง และทีมกีฏวิทยากลุ่มโรคติดต่อ นำโดยแมลง และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 5.4 ปากช่อง ที่ร่วมจัดงานรณรงค์และช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. ผลการประชุมสัมมนาวิชาการเฉลิมพระเกียรติเพื่อพัฒนาการรักษาและป้องกันโรคไข้เลือดออก วันที่ 23 - 24 ธันวาคม 2542 ที่โรงแรมเอเชีย กทม. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข : โรงพิมพ์ รสพ. ; พฤษภาคม 2543.

- \*\*\*\*\*
2. สุชาติ เจตนเสน และคณะ. แผนการศึกษาวิจัยทางด้านโรคไข้เลือดออก ปี พ.ศ. 2549 – 2553. กรมควบคุมโรค ร่วมกับมูลนิธิสุชาติ เจตนเสน: 10. (เอกสารอัดสำเนา, ฉบับร่าง ).
  3. Stoffebeam, Daniel L. Educational Evaluation and Decision Making. Ithoca, III Fe Peacock Publishers, 1971.
  4. จำเนียร สุขหลาย และคณะ. แบบจำลอง CIPP. พิมพ์ครั้งแรกในแนวคิดและแบบจำลองการประเมินโครงการ หน้า 51–63, มปป.
  5. การคำนวณขนาดตัวอย่าง. ชิวสเถิติ. ภาควิชาสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 2, ขอนแก่น โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ; 2534 ; 200.
  6. พินันท์ แดงหาญ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดำเนินการควบคุมยุงลายของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2540.
  7. เกณิการ์ หวะสุวรรณ และคณะ. การประเมินผลโครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จังหวัดชัยภูมิ ปี 2542 – 2543.
  8. สาโรจน์ มะรุมติ และคณะ. "โครงการประชาร่วมใจป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542 ปี 2542–2543 ของจังหวัดสุพรรณบุรี ". วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 (ก.ค.–ก.ย.) กรุงเทพมหานคร : สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
  9. ครรชิต เจริญมิตร, วีรชัย สุดจันทาม, ทรงศักดิ์ ลิตาและคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอแม่จวนจาศีร์ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ปีที่ 14 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม – กันยายน 2550; 71 – 77.
  10. ธวัชรัตน์ แดงหาญ, อภิรัตน์ โสกำปัง, ธนวัน ชาแสงบงและคณะ. ประเมินผลกิจกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดำเนินงานโดยหน่วยคู่สัญญาอำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 มกราคม – มีนาคม 2550; 1 – 7.
  11. เสาวลักษณ์ คัชมาตย์, กัญญา นาชัย, สำอาง เชื้อกุลและคณะ. 2550. ศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคมในการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลบ้านค้อ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู. บทความวิชาการสัมมนาวิชาการเครือข่าย เขต 2, 5, 6 และ 7; 2550 : 37.
  12. อัญชญา ประศาสน์วิทย์ และคณะ. การสร้างพลังในชุมชนเพื่อการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย อำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ ปี 2542.
  13. มณี สุขประเสริฐ และคณะ. ชุมชนกับการควบคุมโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาชุมชนบ้านบางกระดี อำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี ปี 2544.
  14. สมบัติ มูลหนองแขง, มาวิน ทับแสง และเอกปกรณ์ นามคุณ. การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนตำบลลงใหญ่ อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. การสัมมนาวิชาการกรมควบคุมโรค; 2545 : 52.
  15. พจน์ ใจชาญสุกิจ. การรณรงค์ : จากกระบวนการสร้างชาติ สู่วิถีทางแห่งการตลาด ถึงการเมือง อ้างถึงใน <http://www.econnews.org/old/emm0447.html> , เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2551.

# สถานการณ์ปัญหาและสาเหตุการจมน้ำในเด็กอายุ 0-14 ปีจังหวัดนครราชสีมา

## Situation and Causes Of Drowning among Children Aged 0-14 years

### Nakhon Ratchasima Province

ประดิษฐ์ ทองจุ่น*	สม. (การพัฒนาสุขภาพชุมชน)	Pradit Tongjun	M.P.H.
นัยนา อาภาสุวรรณกุล*	วท.ม. (สิ่งแวดล้อม)	Niyana Arpasuwanakul	M.Sc
ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร*	พบ.	Teerawat Valaisathien	M.D.
รัตนภรณ์ อิมหมั่นงาน*	ป.พยาบาลศาสตร์	Ratanaporn Himmungan	Cert in Nursing
สุวรรณณี สมปราชญ์**	รป.ม.	Suwannee Somprach	M.P.A.
ลิตา ฟุตระกุล**	วท.ม. (วิทยาการระบาด)	Sita Futrakul	M.Sc.
*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา		The Office of Disease Prevention and Control 5 <sup>th</sup> Nakhon Ratchasima	
**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา		Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office	

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงสถานการณ์ปัญหาและสาเหตุการจมน้ำของกลุ่มเด็กอายุ 0 - 14 ปี จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2550 อาศัยรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากรศึกษา เป็นเด็กอายุ 0 - 14 ปี ที่มีรายงานการจมน้ำและเสียชีวิตในจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2550 จำนวนทั้งหมด 79 ราย โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงปริมาณและสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็กที่เสียชีวิต และในบุคลากรภาคส่วนต่างๆที่มีหน้าที่รับผิดชอบหรือมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องการจัดการ ความปลอดภัยในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการทางเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่าเด็กที่จมน้ำเสียชีวิตเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.3 เท่า ส่วนใหญ่เรียนอยู่ในระดับประถมศึกษา(ร้อยละ 70.9) มีผลการเรียนปานกลาง (ร้อยละ 63.5) ดี (ร้อยละ 36.5) อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 54.4) สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 75.9) ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนมากเป็นบิดามารดา (ร้อยละ 49.4) รองลงมาคือตายาย (ร้อยละ 39.2) และเกือบทั้งหมดมีงานทำ (ร้อยละ 96.2) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 97.1) รายได้ต่อเดือน 1,000 - 4,999 บาท เด็กจมน้ำเสียชีวิตมีสภาพทางกาย การพัฒนาทางกายและสภาพจิตใจปกติ แจ่มใส (ร้อยละ 98.8) สถานที่เสียชีวิตเกือบทั้งหมดเสียชีวิตในแหล่งน้ำ (ร้อยละ 91.2) ส่วนใหญ่ว่ายน้ำไม่เป็น (ร้อยละ 87.5) โดยคนที่อยู่ในเหตุการณ์เป็นเพื่อน (ร้อยละ 73.8) เวลาที่เกิดเหตุอยู่ในช่วงบ่าย (13.00น. - 16.00น.) (ร้อยละ 79.7) พฤติกรรมการเล่นน้ำส่วนใหญ่ไม่ตั้งใจในการลงเล่นน้ำ (ร้อยละ 54.4) ซึ่งเกิดจากการลงไปเก็บของแล้วเกิดการพลัดตก และจากการลงไปช่วยคนที่กำลังจมน้ำ ส่วนที่ตั้งใจเล่นน้ำ (ร้อยละ 45.6) จะเล่นในแหล่งน้ำที่มีความเสี่ยง เช่น แหล่งน้ำลึก แหล่งน้ำไหลเชี่ยว ในระหว่างการจมน้ำเด็กไม่มีอุปกรณ์ในการช่วยลอยตัว (ร้อยละ 100) ซึ่งการลงน้ำไม่มีการขออนุญาตผู้ปกครองก่อน (ร้อยละ 72.2) และหลังการจมน้ำเสียชีวิตผู้ที่ยังมีชีวิตเป็นเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 58.2) ลักษณะของแหล่งน้ำเป็นสระน้ำ (ร้อยละ 51.9) รองลงมาคือฝายน้ำล้น (ร้อยละ 16.5) โดยแหล่งน้ำส่วนใหญ่สร้างขึ้นไม่ใช่แหล่งน้ำที่มีอยู่ตามธรรมชาติ (ร้อยละ 78.5) และแหล่งน้ำเกือบทั้งหมดตั้งอยู่ในชุมชน (ร้อยละ 95) โดยอยู่ห่างจากชุมชนไม่เกิน 1 กิโลเมตร (ร้อยละ



\*\*\*\*\*

57) เจ้าของแหล่งน้ำส่วนมากเป็นเจ้าของที่นา/เจ้าของที่ดิน (ร้อยละ 43) รองลงมาเป็นของชุมชนและอบต. (ร้อยละ 39.3) ขนาดแหล่งน้ำส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก (ร้อยละ 88.6) ขอบตลิ่งเอียงไม่มาก (ร้อยละ 92.4) มีไว้เพื่อใช้ในการเกษตรกรรม (ร้อยละ 69.9) โดยแหล่งน้ำเกือบทั้งหมดไม่มีการดูแลป้องกันด้านความปลอดภัย ทั้งการมีรั้วกั้นการมีป้ายห้าม/เตือนรวมถึงการมีคนดูแล (ร้อยละ 98.7) และสาเหตุของการจมน้ำเสียชีวิตพบว่า 1. เกิดจากพฤติกรรมตัวเด็กที่เสี่ยง (ร้อยละ 100) จากที่ตั้งใจลงเล่นน้ำและไม่ตั้งใจลงเล่นน้ำ แต่ว่ายน้ำไม่เป็นหรือว่ายน้ำเป็นกลับเป็นตะคริว หรือพลัดตกลงไปในที่ลึก หรือการลงไปช่วยคนอื่น 2. เกิดจากแหล่งน้ำ เนื่องจากเป็นแหล่งน้ำที่เสี่ยง มีความลึก กระแสน้ำไหลเชี่ยว (ร้อยละ 97.5) เป็นแหล่งน้ำที่อยู่ห่างไกลชุมชน ลับสายตาคน (ร้อยละ 2.5) 3. จากผู้ปกครองที่เผลอเรือ/ประมาท (ร้อยละ 46.6) ไม่คิดว่าสะพานบ้านเป็นอันตรายต่อเด็ก (ร้อยละ 53.4) ส่วนหน่วยงานในภาคส่วนต่างๆหน้าที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาคว่าส่วนใหญ่ ยังไม่ทราบสภาพปัญหาจึงยังไม่ตระหนักถึงบทบาทที่จะมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาคว่าเด็กจมน้ำ จะมีเพียงแต่ ไปร่วมพิธีงานศพเมื่อทราบว่าม้เด็กจมน้ำเสียชีวิตในพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง

## Abstract

This descriptive research was to study the drowning situation and its causes among children 0-14 years old in Nakhon Ratchasima province, B.E. 2550. There were totally 79 children reported drown. Data was collected from all of the drowning children by interviewing both qualitative (questionnaires) and quantitative methods (indepth interview). Interviewees composed of child care givers and the others who were responsible for community safety. Data was analysed by descriptive statistics and content analysis.

The results showed that drowning children were male more than female 1.3 times. Most of them study in primary schools (70.9%) and their learning abilities were moderate (63.5%) and good (36.5%). They lived with their parents (54.4%). The relationships in their family were good (75.9%). Their main attendances were parents (49.4%) grandparents (39.2%). Almost of the child attendances had the jobs (96.2%). Their educational level was primary school (97.1%) and an average income was 1000 - 4999 baht. The drowning children had normal physical and mental health including physical development (98.8%). Most of them died in water sources (91.2%). They could not swim (87.5%). There were friends being with them during drowning (73.8%). They drowned in the afternoon (1.00-4.00 pm) (79.7%). Most of them did not intend to swim (54.4%) but they fall accidentally into the water owing to picking up a fallen thing or helping another child sinking in the water. Among the child who intended to swim (45.6%), they swam in the risky water source such as deep and swiftly flow. There was no support equipments during they were drowning (100%). The child did not request for permission from their parents (72.2%). The water sources that the child was drowned were pond (51.9%) dike dam (16.5%). Most of the water sources were man made (78.5%) and were in community area (95.0%) lesser than 1 kilometer far away (57.0%). The water source owners were field owners or land owners (43.0%) local administration

organization (39.3%). The water sources were small (88.6%) less slope of bank (92.4%). The purpose of those water sources was for agriculture aspects. Almost of them lacked of safety precaution and management such as warning sign or fence (98.7%).

This study could be concluded that the major causes of drowning were 1) risk behaviors (100%) 2) risk water sources (97.5%) 3) child care givers (46.6%).

## บทนำ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจมน้ำกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ที่ทำให้เด็กบาดเจ็บรุนแรง และเสียชีวิต ส่งผลให้เกิดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจ<sup>(1)</sup> และทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Potential Productive Years of Life Loss (PPYLL)) มากกว่าในกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง<sup>(2)</sup> และคนที่เสียชีวิตจากการจมน้ำร้อยละ 97 เป็นประชากรจากประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง<sup>(3)</sup> จากรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ. 1999 พบอัตราการจมน้ำ ของประชากรทั่วโลกเท่ากับ 8.4 ต่อประชากรแสนคน<sup>(4)</sup> สำหรับการจมน้ำของเด็กไทย นับเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งที่ทำให้เด็กเกิดการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิต จากการคาดประมาณในแต่ละปีมีเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี จมน้ำตาย เกือบ 2,650 คน หรือพบเด็กจมน้ำตาย 1 คนทุก 3 - 4 ชั่วโมง โดยเป็นเด็กในชนบทมากกว่าในเขตเมือง การจมน้ำเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในเด็กต่ำกว่า 18 ปี โดยเฉพาะในเด็กหัดเดิน และเด็กชั้นประถมศึกษา ในแต่ละปีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีเสียชีวิตจากการจมน้ำกว่า 1500 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 4 คน ที่ต้องจมน้ำเสียชีวิต สูงเป็นอันดับหนึ่งของทุกสาเหตุทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ<sup>(5)</sup> และสูงมากกว่าอุบัติเหตุจราจรถึง 2 เท่าตัว<sup>(6)</sup> เด็กชายมีส่วนการเสียชีวิตสูงกว่าเด็กหญิงประมาณ 2 - 5 เท่า โดยพบว่าเด็กชายมีการจมน้ำสูงกว่าเด็กหญิงในทุกช่วงอายุ ยกเว้นช่วงอายุ 10-14 ปี ที่เพศชายจมน้ำเกือบใกล้เคียงกับเพศหญิง<sup>(7)</sup> ในช่วงฤดูร้อน ช่วงปิดภาคเรียน และช่วงเวลาบ่ายเป็นช่วงที่เกิดการจมน้ำมากที่สุด<sup>(8)</sup> ซึ่งเด็กอายุมากกว่า 5 ปี จะเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงในแหล่งน้ำตามธรรมชาติ เช่น สระน้ำ ทะเลสาบ แม่น้ำ ทะเล มหาสมุทร แต่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงในแหล่งน้ำภายในที่อยู่อาศัย และภาชนะกักเก็บน้ำ เช่น สระว่ายน้ำ อ่างน้ำ ถังน้ำ กะละมัง<sup>(9)</sup> โดยในช่วงปี พ.ศ. 2545 - 2548 พบอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำเท่ากับ 10.5 เพิ่มขึ้นเป็น 11.5 ต่อประชากรแสนคน<sup>(10)</sup> และเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี ยังมีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงกว่า 3 - 5 เท่า โดยอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากร เท่ากับ 13.2<sup>(11)</sup> จากการศึกษาสถานการณ์การบาดเจ็บในเด็ก ระหว่างปี พ.ศ. 2542 - 2545 พบว่าการจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเด็ก โดยเฉพาะเด็กอายุ 1 - 14 ปี เสียชีวิตจากการจมน้ำ 6,301 คน เฉลี่ยปีละ 1,575 คน อัตราการเสียชีวิต 10.4 ต่อแสนประชากร<sup>(12)</sup> อย่างไรก็ตามแนวโน้มการจมน้ำลดลงเมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว<sup>(13)</sup> และผู้บาดเจ็บจากการจมน้ำที่เข้ารับการรักษา พบว่ามีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.44 วันต่อคน มีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 13,443 บาทต่อคน<sup>(14)</sup> ซึ่งพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการตายในเด็กที่เสียชีวิตจากการจมน้ำสูงสุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้<sup>(15)</sup> โดยปี พ.ศ. 2549 เขต 5 นครราชสีมา พบว่าจังหวัดนครราชสีมา มีอัตราตายเด็กจมน้ำเสียชีวิตสูงสุด เท่ากับ 15.29 (82 ราย) ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ จังหวัดบุรีรัมย์ เท่ากับ 13.40 (54 ราย) จังหวัดสุรินทร์ เท่ากับ 13.01 (41 ราย) และจังหวัดชัยภูมิ เท่ากับ 6.89 (16 ราย)<sup>(16)</sup> และในปี พ.ศ. 2550 เขต 5 พบว่า จังหวัดนครราชสีมา พบเด็กจมน้ำเสียชีวิต ทั้งสิ้น 79 ราย โดยมีอำเภอที่พบการจมน้ำและเสียชีวิตทั้งสิ้น 17 อำเภอ<sup>(17)</sup> และการจมน้ำในเด็กแต่ละท้องถิ่นมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการเลี้ยงดู วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการจัดการและการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างกัน ทั้งในสังคมเมืองและชนบท

\*\*\*\*\*

แม้ปัจจุบันจะมีหน่วยงานหลายหน่วยงาน พยายามดำเนินมาตรการที่จะลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กที่มีอายุระหว่าง 10 - 18 ปี อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุจมน้ำซึ่งมีมากมายในแต่ละปี แต่จากข้อมูลนี้ก็แสดงให้เห็นว่าการจมน้ำนับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีต้องเสียชีวิต ดังนั้นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ร่วมกับกลุ่มป้องกันการบาดเจ็บ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จึงได้ศึกษาถึงสถานการณ์ปัญหาและแนวทางการจัดการความปลอดภัย เด็กจมน้ำในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อผลักดันเป็นนโยบายสาธารณะต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหาและสถานการณ์ของภาวะเด็กจมน้ำ ในจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2550
- 2) เพื่อศึกษาถึงลักษณะการเกิดและการกระจายทางวิทยาการระบาดของภาวะเด็กจมน้ำ ในจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2550
- 3) เพื่อศึกษาถึงเหตุปัจจัยที่ทำให้เด็กเกิดการจมน้ำ ตลอดจนลักษณะของแหล่งน้ำที่มีเด็กจมน้ำ ในจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2550
- 4) เพื่อศึกษาถึงบริบทต่าง ๆ ของแหล่งน้ำที่เด็กจมน้ำ ในจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2550 จากการสำรวจและศึกษาในรายละเอียดเกี่ยวกับแหล่งน้ำ

### นิยามศัพท์

1. การจมน้ำ หมายถึง รูปแบบหนึ่งของการตายจากการขาดอากาศ เนื่องจากอากาศในปอดถูกแทนที่ด้วยน้ำหรือของเหลว
2. แหล่งน้ำธรรมชาติ หมายถึง แหล่งน้ำที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่น แม่น้ำ คลอง หนองน้ำ คูน้ำ
3. แหล่งน้ำที่เกิดขึ้นภายหลัง หมายถึง แหล่งน้ำที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ เช่น สระว่ายน้ำ ร่องน้ำในไร่/ นา/ สวน บ่อขุด และแหล่งน้ำภายในบ้าน เช่น อ่างน้ำ กะลามัง ตุ่มน้ำ บ่อน้ำ ถังน้ำ

### ขอบเขตการศึกษา

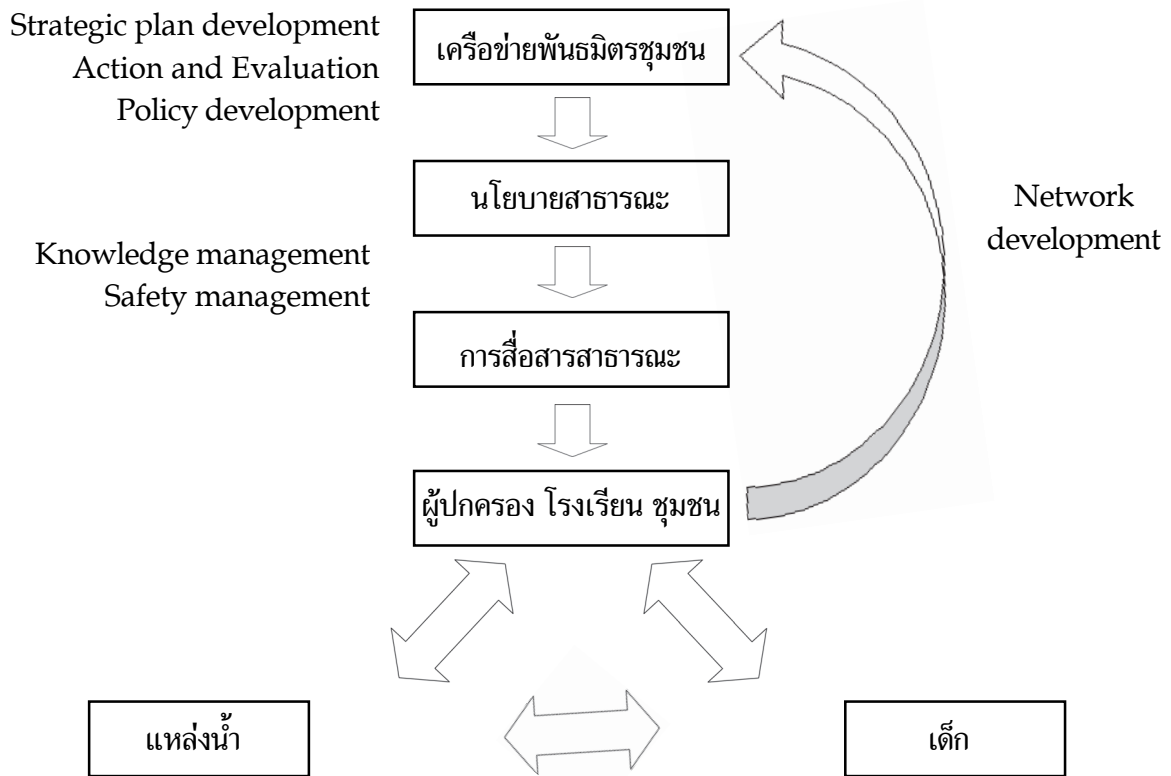
ดำเนินการศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 17 อำเภอที่มีการรายงานการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุ 0 - 14 ปี ได้แก่ 1. อำเภอเมือง 2. ครบุรี 3. วังน้ำเขียว 4. ห้วยแถลง 5. โชคชัย 6. ด่านขุนทด 7. สีคิ้ว 8. ปากช่อง 9. ปักธงชัย 10. ประทาย 11. เสิงสาง 12. สูงเนิน 13. หนองบุญมาก 14. พระทองคำ 15. โนนสูง 16. โนนไทย 17. โนนแดง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาทางด้านระบาดวิทยา สถานการณ์ของการตกน้ำ จมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในพื้นที่ศึกษา ด้านลักษณะการเกิดและการกระจาย ตามลักษณะของเวลา สถานที่ และบุคคล โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล การสอบสวนข้อเท็จจริงของสถานการณ์การจมน้ำของเด็กแต่ละคน เพื่อค้นหาหรือเพื่อการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับองค์ประกอบที่มีส่วนในการจมน้ำและเสียชีวิตของเด็กตามกรอบแนวคิดที่ประยุกต์จากทฤษฎีโดมิโน

\*\*\*\*\*

**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดรวบยอดในการวิจัย



ภาวะเด็กโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการตกน้ำจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในพื้นที่ศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาทางด้านระบาดวิทยา เพื่อศึกษาลักษณะการเกิดและการกระจาย ตามลักษณะของเวลา สถานที่ และบุคคล โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล การสอบสวนข้อเท็จจริงของสถานการณ์การจมน้ำของเด็กแต่ละคน เพื่อค้นหาหรือเพื่อการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับองค์ประกอบที่มีส่วนในการจมน้ำและเสียชีวิตของเด็ก ตามกรอบแนวคิดที่ประยุกต์จากทฤษฎีโดมิโนจมน้ำ

Situation analysis

**ประชากรในการวิจัย**

ศึกษาในเด็กอายุ 0 - 14 ปี ที่มีรายงานการจมน้ำและเสียชีวิตในจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2550 จำนวนทั้งหมด 79 ราย โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง แต่ผู้ให้ข้อมูลเป็นอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ที่จะสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับเด็กและการจมน้ำเสียชีวิต

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** แยกตามระยะของการวิจัย ดังนี้

- 1) แบบสัมภาษณ์สถานการณ์ปัญหาและสาเหตุของการจมน้ำในเด็ก ที่ปรับจากแบบสอบถามของศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และสำนักโรคไม่ติดต่อ
- 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับเด็กที่จมน้ำและเสียชีวิต
- 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเรื่องการจัดการความปลอดภัยเกี่ยวกับการจมน้ำและเสียชีวิตของเด็ก

\*\*\*\*\*

**สถิติที่ใช้ในการวิจัย**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS//FW (Statistical Package for Social Science for Windows) เพื่อประกอบการวิเคราะห์ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ และเฉลี่ย
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการทางเนื้อหา (Content analysis)

**ผลการศึกษา**

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของเด็กจมน้ำเสียชีวิต จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของเด็ก

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุที่เสียชีวิต (ปีเต็ม)</b>		
0-4	13	16.5
5-9	39	49.4
10-14	27	34.2
<b>เพศ</b>		
ชาย	45	57.0
หญิง	34	43.0
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ยังไม่ถึงเกณฑ์เรียน	3	3.8
อนุบาล	13	16.5
ประถมศึกษา	60	70.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	3.8
<b>ผลการเรียนในภาพรวมของเด็ก (n = 63)</b>		
ดี	23	36.5
ปานกลาง	40	63.5
<b>ผู้เลี้ยงดูหลัก (ผู้เลี้ยงดูใกล้ชิดและมีบทบาทสูงสุดในการเลี้ยงดู)</b>		
บิดาหรือมารดา	39	49.4
ตายาย	31	39.2
ปู่ย่า	3	3.8
ลุงป้าน้าอา	5	6.3
พี่น้อง	1	1.3
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
1,000-4,999 บ.	72	91.1
5,000-9,999 บ.	7	8.9
<b>ความสัมพันธ์ของบิดา-มารดาของเด็ก</b>		
มีสัมพันธภาพดี	60	75.9
หย่าร้าง หรือแยกทาง	19	24.1
<b>เด็กอาศัยอยู่กับใคร</b>		
บิดาหรือมารดา	43	54.4
ญาติอื่น ๆ ที่ไม่ใช่บิดามารดา	36	45.6

\*\*\*\*\*

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของเด็กจมน้ำเสียชีวิต จำแนกตามสภาพและสถานการณ์การจมน้ำและการเสียชีวิต

สภาพและสถานการณ์การจมน้ำและเสียชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
<b>ช่วงเวลาที่เกิดเสียชีวิต</b>		
ก่อนเที่ยง	6	7.6
บ่าย	63	79.7
เย็น	8	10.1
ค่ำ	2	2.5
<b>สถานที่หรือตำแหน่งเสียชีวิต</b>		
ในแหล่งน้ำ (ตองงมขึ้นมา)	72	91.2
ระหว่างทางนำส่งสถานพยาบาล	6.3	
ที่อื่น ๆ เช่น ในถังสี ตุ่มน้ำ	2	2.5
<b>สาเหตุของการจมน้ำ</b>		
การลงเล่นน้ำ	32	40.5
การลงไปเก็บผัก หอย ปลา ในน้ำ	21	26.6
การลงไปเก็บของที่ตกลงไปในน้ำ	7	8.9
การลงไปช่วยคนจมน้ำ	4	5.1
การพลัดตกน้ำ (ไม่ได้ตั้งใจลงไป)	15	19.0
<b>สาเหตุของการเสียชีวิต</b>		
ว่ายน้ำไม่เป็น	66	83.5
เป็นตะคริว	7	8.9

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของเด็กจมน้ำเสียชีวิต จำแนกตามพฤติกรรมการเล่นน้ำของเด็ก

พฤติกรรมการเล่นน้ำของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
<b>พฤติกรรมการเล่นน้ำของเด็ก</b>		
1) พฤติกรรมที่ตั้งใจในการเล่นน้ำ	36	45.6
เล่นในแหล่งน้ำที่มีความเสี่ยง เช่น แหล่งน้ำลึก แหล่งน้ำที่ไหลเชี่ยว	23	63.9
แหล่งน้ำที่มีสิ่งกีดขวาง		
ตั้งใจเล่นน้ำแบบสุภาพไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ	6	16.7
ลงเล่นน้ำ แล้วตกลงไปในที่ลึก โดยไม่รู้ว่ามันลึก	6	16.7
เล่นน้ำแบบเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น เล่นน้ำแบบโลดโผน	1	2.8
กระโดดจากที่สูงลงมาในแหล่งน้ำ หยอกล้อกัน กอดคอกันขณะเล่น		
2) พฤติกรรมที่ไม่ตั้งใจในการเล่นน้ำ แต่ลงไปในน้ำด้วยเหตุผลอื่น	43	54.4
จากการพลัดตก เช่น ลงไปเก็บของแล้วลื่นตกลงไปในน้ำ	39	90.7
จากการลงไปช่วยเหลือคนจมน้ำ	4	9.3

\*\*\*\*\*

พฤติกรรมการเล่นน้ำของเด็ก	จำนวน	ร้อยละ
<b>3) การขออนุญาตผู้ปกครองก่อนการเล่นน้ำ/ลงแหล่งน้ำครั้งนี้</b>		
บอก	16	20.3
ไม่บอก	57	72.2
ไม่ทราบเนื่องจากเป็นเด็กเล็กอายุ 1 - 2 ปี	6	7.5
<b>4) การอนุญาตของผู้ปกครอง (n = 16)</b>		
อนุญาต	9	56.2
ไม่อนุญาต	7	43.8
<b>5) ประวัติการจมน้ำ ตagn้ำของเด็ก</b>		
ไม่เคย	79	100.0
เคย	0	0
<b>6) ผู้มศพขึ้นมา</b>		
เพื่อนบ้าน	46	58.2
ญาติ	20	25.3
เจ้าหน้าที่มูลนิธิ	7	7.6
ผู้ปกครอง	6	6.3

**จากตารางที่ 1 - 3**

ในจำนวนเด็กจมน้ำเสียชีวิต 79 คน ส่วนมากมีอายุขณะที่เสียชีวิต 5 - 9 ปี (ร้อยละ 49.4) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (1.3 เท่า) ส่วนใหญ่เรียนอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.9) รองลงมาชั้นอนุบาล (ร้อยละ 16.5) ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพและสถานการณ์เกี่ยวกับการจมน้ำและเสียชีวิตของเด็ก พบว่า ช่วงเวลาที่เด็กเสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นตอนบ่าย (ร้อยละ 79.7) สถานที่เสียชีวิต เกือบทั้งหมดเสียชีวิตในแหล่งน้ำ (ร้อยละ 91.2) สาเหตุของการจมน้ำหรือตกลงไปในน้ำ เนื่องจากการลงเล่นน้ำ (ร้อยละ 40.5) ส่วนสาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่เนื่องจากว่ายน้ำไม่เป็น (ร้อยละ 83.5) พฤติกรรมในการลงเล่นน้ำโดยตั้งใจ 36 คน (ร้อยละ 45.6) ในจำนวนเด็กที่ตั้งใจลงไปเล่นน้ำ ส่วนใหญ่ลงไปเล่นในแหล่งน้ำที่มีความเสี่ยง เช่น แหล่งน้ำลึก แหล่งน้ำที่ไหลเชี่ยว (ร้อยละ 63.9) ส่วนใหญ่ไม่มีการบอกหรือขออนุญาตผู้ปกครองก่อน (ร้อยละ 72.2) ระหว่างการจมน้ำเด็กที่จมน้ำเสียชีวิตทั้งหมดไม่มีเครื่องมืออะไรช่วยในการลอยตัว

**ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเด็กจมน้ำเสียชีวิต จำแนกตามลักษณะของแหล่งน้ำที่เด็กเสียชีวิต**

ลักษณะของแหล่งน้ำที่เด็กเสียชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
<b>ลักษณะแหล่งน้ำ</b>		
สระ	55	69.6
ฝายน้ำล้น	13	16.5
คลอง	11	13.9
<b>สภาพแหล่งน้ำ</b>		
ธรรมชาติ	17	21.5
สร้างขึ้นภายหลัง	62	78.5

\*\*\*\*\*

ลักษณะของแหล่งน้ำที่เด็กเสียชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานะของแหล่งน้ำ</b>		
เอกชน	47	59.5
สาธารณะ	32	40.5
<b>ที่ตั้งของแหล่งน้ำ</b>		
ในชุมชน	75	95.0
ห่างจากชุมชน	4	5.0
<b>ระยะห่างของแหล่งน้ำจากชุมชน</b>		
ไม่เกิน 100 เมตร	19	24.0
100 - 1000 เมตร	45	57.0
มากกว่า 1 กิโลเมตร	15	19.0
<b>เจ้าของแหล่งน้ำ</b>		
เจ้าของที่นา เจ้าของที่ดิน	45	56.9
ในชุมชน	27	34.2
ในบ้าน	7	8.9
<b>ความลาดชันของตลิ่ง</b>		
เอียงไม่มาก (น้อยกว่า 45 องศา)	75	94.9
เอียงมาก (มากกว่า 45 องศา)	4	5.1
<b>แหล่งน้ำนี้มีไว้เพื่อใช้ประโยชน์หลักอย่างไร</b>		
เพื่อการเกษตร	55	69.6
เพื่อการอุปโภคในครัวเรือน ใช้น้ำซัก ล้าง	9	11.4
ไม่ได้ใช้ประโยชน์	15	19.0
<b>การดูแลป้องกันและการจัดการแหล่งน้ำ</b>		
1) การมีรั้วป้องกัน		
ไม่มี	79	100.0
มี	0	0
2) มีป้ายเตือน		
ไม่มี	78	98.7
มี	1	1.3
3) มีคนดูแล		
ไม่มี	79	100.0
มี	0	0
<b>เคยมีคนอื่นเสียชีวิตเนื่องจากแหล่งน้ำเดียวกันนี้หรือไม่</b>		
ไม่เคย	79	100.0
เคย	0	0



\*\*\*\*\*

**ตารางที่ 5** จำนวนและร้อยละของเด็กจมน้ำเสียชีวิต จำแนกตามสาเหตุการจมน้ำของเด็ก

การจมน้ำและเสียชีวิตของเด็กครั้งนี้ น่าจะเกิดจากสาเหตุใดเป็นสำคัญ	จำนวน	ร้อยละ
1) จากเด็กเสี่ยง โดยเสี่ยงจาก		
1.1 สภาพร่างกาย ร่างกายไม่ปกติ มีความพิการ	1	1.3
1.2 สภาพจิตใจ มีภาวะโศกเศร้า เสียใจ น้อยใจ	0	0
1.3 พฤติกรรมที่ตั้งใจในการเล่นน้ำ วายน้ำไม่เป็น หรือวายน้ำเป็น แต่เป็นตะคริว ลงเล่นน้ำแล้วตกลงไปในที่ลึก โดยที่เด็กไม่รู้ว่ามีน้ำลึก	36	38.0
1.4 พฤติกรรมที่ไม่ตั้งใจในการเล่นน้ำ จากการพลัดตก เช่น ลื่นล้ม สะดุดสะพานตกน้ำ ศีรษะทิ่มลงถึง จากการช่วยเหลือคนจมน้ำแล้วถูกคนจมน้ำเกาะ	42	53.1
2) จากแหล่งน้ำเสี่ยง โดยเสี่ยงจาก		
สภาพของตัวแหล่งน้ำเอง	77	97.5
สภาพที่ตั้งของแหล่งน้ำ ห่างไกลชุมชน ลับสายตาคน	2	2.5
3) ผู้ปกครองหรือเด็กผู้ดูแล โดยเสี่ยงจาก		
ความเผลอเรอชั่วขณะ	27	46.6
ไม่คิดว่าละแวกบ้านเป็นอันตรายต่อเด็ก	31	53.4

**จากตารางที่ 4 - 5**

แหล่งน้ำที่เด็กจมน้ำและเสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็น สระ (ร้อยละ 69.6) แหล่งน้ำส่วนใหญ่ สร้างขึ้นภายหลัง (ร้อยละ 78.5) เกือบทั้งหมดตั้งอยู่ในชุมชน (ร้อยละ 95.0) โดยห่างจากชุมชน ไม่เกิน 100 เมตร (ร้อยละ 24.0) เจ้าของแหล่งน้ำ ส่วนมากเป็นเจ้าของที่นาหรือเจ้าของที่ดิน (ร้อยละ 56.9) ชุมชน (ร้อยละ 34.2)

ขนาดของแหล่งน้ำ ส่วนใหญ่เป็นแหล่งน้ำขนาดเล็ก (ร้อยละ 88.6) ตลิ่งมีความลาดชันน้อยกว่า 45 องศา แหล่งน้ำส่วนใหญ่เป็นแหล่งน้ำเพื่อการเกษตร (ร้อยละ 69.6) มีป้ายห้ามลงเล่นน้ำหรือลงไปจับสัตว์น้ำเพียงแหล่งเดียว (ร้อยละ 1.3) แหล่งน้ำทั้งหมด ไม่มีการดูแลป้องกันและการจัดการ ทั้งการมีรั้วกั้น การมีป้ายห้ามหรือเตือน สาเหตุของการจมน้ำเสียชีวิตของเด็ก เกิดจากตัวเด็กเอง (ร้อยละ 100.0) สาเหตุของการจมน้ำเสียชีวิตอีกประการหนึ่ง คือ เกิดจากแหล่งน้ำ เนื่องจากเป็นแหล่งน้ำที่เสี่ยง มีความลึก กระแสน้ำไหลเชี่ยว (ร้อยละ 97.5) สาเหตุอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้เด็กจมน้ำเสียชีวิต คือ จากผู้ปกครองที่เผลอเรอ (ร้อยละ 46.6) และไม่คิดว่าละแวกบ้านเป็นอันตรายต่อเด็ก (ร้อยละ 53.4)

**อภิปรายผล**

เด็กที่ได้รับอุบัติเหตุจมน้ำและเสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นเพศชายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ เช่นกรุงเทพมหานคร<sup>(29)</sup> พิษณุโลก<sup>(30)</sup> นครศรีธรรมราช<sup>(31)</sup> และอุบลราชธานี<sup>(26)</sup> เนื่องจากลักษณะของเด็กเพศชายจะซุกซนกว่าเพศหญิงจึงมีความเสี่ยงมากกว่าในกรณีผู้ดูแลและเลยโดยเป็นเด็กวัย 5 - 9 ปี รองลงมา คือ เด็กวัย 10 - 14 ปี เด็กวัยที่ต่างกัน จึงมีสภาพร่างกาย พฤติกรรมต่างก็มีความคล่องแคล่วว่องไว ชอบเล่น ไม่ค่อยอยู่นิ่ง<sup>(32)</sup> และพบว่าเด็กที่เสียชีวิตส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา แต่เนื่องจากต้องไปทำงานนอกบ้าน ดังนั้นผู้ดูแลเด็กเป็นประจำในเวลากลางวันส่วนใหญ่เป็นตายายดูแลเด็กในช่วงกลางวันที่ไม่ค่อยแข็งแรง เด็กจมน้ำและเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 โดยที่พ่อแม่ส่วนใหญ่มีลูก 2 คน พ่อแม่ต้องคอยดูแลลูกคนที่สอง (คนเล็ก) การศึกษาของบิดามารดาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 3,000 บาท และส่วนใหญ่มีบทบาทในการหารายได้ จึงอาจมีผลต่อการจมน้ำของเด็ก<sup>(34)</sup>

\*\*\*\*\*

การสำรวจครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ เด็กว่ายน้ำไม่เป็น แต่ยังพบว่าเด็กที่ว่ายน้ำเป็นและชำนาญ ก็จมน้ำเสียชีวิต เพราะได้ช่วยเหลือเพื่อนจึงถูกเกาะจมน้ำเสียชีวิต และการจมน้ำเสียชีวิตส่วนใหญ่ เสียชีวิตในที่เกิดเหตุ คือ ในแหล่งน้ำที่เด็กลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์<sup>(24)</sup> โดยเวลาที่เด็กจมน้ำเสียชีวิต ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 คือช่วงบ่าย<sup>(35,36)</sup> และเสียชีวิตในแหล่งน้ำในบ้านร้อยละ 2.5 เช่น ถังส้วม ในตุ่มน้ำ เนื่องจาก เป็นเด็กเล็กมีอายุ 1 - 2 ปี จะเริ่มเดินการทรงตัวไม่ดี เนื่องจากมวลสารของศีรษะยังมีสัดส่วนสูงจุดศูนย์ถ่วงสูง จึงทำให้ล้มง่ายในท่าศีรษะที่มลงและไม่สามารถช่วยตัวเองได้<sup>(37)</sup> สาเหตุของการจมน้ำ คือ ลงไปในแหล่งน้ำ โดยมีพฤติกรรมที่ไม่ตั้งใจลงเล่น โดยเกิดการลื่นพลัดตกร้อยละ 90.7<sup>(26)</sup>

แหล่งน้ำที่เด็กจมน้ำและเสียชีวิต ส่วนมากเป็นสระขุดในนา ร้อยละ 78.5 ซึ่งสร้างขึ้นภายหลัง และเกือบทั้งหมดตั้งอยู่ในชุมชน โดยเป็นแหล่งน้ำของเอกชนถึงร้อยละ 59.5 และสาธารณะร้อยละ 40.5 และแหล่งน้ำส่วนใหญ่อยู่ไม่ไกลจากบ้านหรือชุมชน (ไม่เกิน 1 กิโลเมตร)

แหล่งน้ำส่วนใหญ่ไม่มีป้ายห้ามลงแหล่งน้ำ /ไม่มีป้ายเตือน /ไม่มีรั้ว ซึ่งแหล่งน้ำส่วนใหญ่ใช้ประโยชน์เพื่อการเกษตรไม่ใช่เพื่อการลงเล่นน้ำ แต่เด็กก็ลงน้ำ เนื่องจากนิสัยของเด็กที่ชอบเล่นน้ำ ไม่กลัวภัยที่จะเกิดขึ้น ขาดความรอบคอบ ไม่ระมัดระวัง ไตร่ตรอง โดยเฉพาะแหล่งน้ำใกล้ๆบ้าน

### ข้อเสนอแนะในการดำเนินการศึกษาวิจัยต่อ ๆ ไป

1. ควรได้มีการวิจัยเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบ พิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ค้นพบจากการสำรวจครั้งนี้ กับการจมน้ำเสียชีวิต เพื่อให้เห็นถึงผลของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านั้นที่มีต่อการจมน้ำเสียชีวิตของเด็ก
2. ดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ เช่น การวิจัยปฏิบัติการโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการ แหล่งน้ำในชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ความเหมาะสมของมาตรการ กลวิธีหรือวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสมต่อการปฏิบัติ อันที่จะบังเกิดผลอย่างแท้จริง และมีความยั่งยืน

### เอกสารอ้างอิง

1. The Royal Life Saving Society Australia. The New South Wales Drowning Report 2004. (อ้างจาก ทบทวนวรรณกรรม การจมน้ำของเด็ก. สำนักโรคไม่ติดต่อ. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข, 2550.)
2. Zhou Y, Baker TD, Rao and Li G. Productivity losses from in China. Injury Prevention; 2003; 9 (2) 124-7. (อ้าง จากทบทวนวรรณกรรม การจมน้ำของเด็ก. สำนักโรคไม่ติดต่อ. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข, 2550)
3. World Health Organization (WHO). WHO drowning factsheet (online). Available form: [http://www.who.int/entity/violence\\_injury\\_prevention/publications/other\\_injury/en/drowning\\_factsheet.pdf](http://www.who.int/entity/violence_injury_prevention/publications/other_injury/en/drowning_factsheet.pdf) (Accessed 2005 Oct 18). (อ้างจากทบทวนวรรณกรรมการจมน้ำของเด็ก.สำนักโรคไม่ติดต่อ.กรมควบคุมโรค.กระทรวงสาธารณสุข, 2550.)
4. Krug E. A leading cause of the global burden of disease, injury 1999. Geneva: WHO. (อ้างจากทบทวนวรรณกรรม การจมน้ำของเด็ก. สำนักโรคไม่ติดต่อ.กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข, 2550)
5. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ ระหว่างปี 2545-2550 (เอกสารอัดสำเนา)

- \*\*\*\*\*
6. สุขาดา เกิดมงคล. สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.จำนวนร้อยละ และอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ พ.ศ. 2546-2548 (เอกสาร). สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549.
  7. สัม เอกเฉลิมเกียรติ.ทบทวนวรรณกรรมการจมน้ำของเด็ก.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2549 (online). 2006. Available form: <http://ncd.ddc.moph.go.th/>
  8. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, อภิชาติ เมฆาสิน. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็ก.กรุงเทพมหานคร.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2547
  9. Sunitra Pasinee,et al.Child drowning mortality in Thailand (online).2005. Available form:<http://www.cph.chula.ac.th/postieal/d2> (Accessed 2006 Apr 21).
  10. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ พ.ศ. 2545 - 2548 (เอกสาร). สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549.
  11. Australian Bureau of Statistics. Health Mortality and Morbidity : Accident drowning. (อ้างอิงเอกสารประกอบการประชุมเวทีนโยบายสาธารณะ เรื่องเด็กจมน้ำมหันตภัยเงียบ. 22 สิงหาคม 2550 ; ณ. ห้องประชุมโรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น หลักสี่ กรุงเทพมหานคร.
  12. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. สถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและความรุนแรงในเด็กไทย ปี 42-45.(อ้างอิงจากทบทวนวรรณกรรมการจมน้ำของเด็ก.สำนักโรคไม่ติดต่อ.กรมควบคุมโรค.กระทรวงสาธารณสุข, 2550.)
  13. ชไมพันธ์ สันติกาญจน์ และคณะ. สถานการณ์ปัญหาและการบาดเจ็บและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. เอกสารประกอบการประชุมเวทีนโยบายสาธารณะ เรื่องเด็กจมน้ำมหันตภัยเงียบ. 22 สิงหาคม 2550 ; ณ. ห้องประชุมโรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น หลักสี่ กรุงเทพมหานคร.
  14. รุ่งจิต เตมิต่อ. รายงานการบาดเจ็บผู้ป่วยในจากระบบายงาน 12 แฟ้ม ปีงบประมาณ 2548. สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549.
  15. เสรี หงษ์หยก. "เด็กจมน้ำ ปัญหาลูกทะเล". เอกสารประกอบการประชุมเวทีนโยบายสาธารณะ เรื่องเด็กจมน้ำมหันตภัยเงียบ. 22 สิงหาคม 2550 ; ณ. ห้องประชุมโรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น หลักสี่ กรุงเทพมหานคร.
  16. สัม เอกเฉลิมเกียรติ และสุขาดา เกิดมงคล.สถานการณ์การตกรน้ำ จมน้ำ ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ใน ประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551.
  17. งานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข.จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีจมน้ำเสียชีวิต ปี พ.ศ. 2550.
  18. วิฑูรย์ สิมะโชคดี และวีรพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์.วิศวกรรมและการบริหารความปลอดภัย ในโรงงาน. พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพฯ : สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย - ญี่ปุ่น), 2541.
  19. การจมน้ำและระยะของการจมน้ำ <http://www.sema.go.th/files/Content/Healthiness/k4/0009/web/content16/jobnum3.htm>
  20. การช่วยเหลือผู้จมน้ำหรือขณะจมน้ำให้เข้าฝั่ง <http://www.nurse.nu.oc.th/cai/firstaid.022.htm>
  21. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ.จมน้ำ.กุมารเวชศาสตร์1.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพมหานคร:โฮสติคพับลิชชิ่ง ; 2540. หน้า 745.
  22. วิธีช่วยเหลือผู้จมน้ำ/ตกรน้ำ <http://www.csip.org/csip/autopage/file/SatAugust2006-14-14-11-Drowning.doc>

- \*\*\*\*\*
23. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. การทบทวนเรื่อง สถานการณ์การจมน้ำในประเทศไทยและมาตรการแก้ไข. ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2549.
  24. วิจิตร สิทธิอมร และคณะ. การเสียชีวิตและการบาดเจ็บในเด็กของประเทศไทย. วิทยาลัยการสาธารณสุข, 2550
  25. Sunitra Pakinsee, et al. Child drowning mortality in Thailand [online].2005. Available form: <http://www.cph.chula.ac.th/postieal/d2>[Accessed 2006 Apr 21].
  26. เกศรา แสนศิริวิสุข. สาเหตุของการจมน้ำในเด็กที่เสียชีวิต จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2543 - 2546. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2548. 14 : 57 - 66.
  27. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์.จมน้ำในเด็กและการป้องกัน. ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2549.
  28. การศึกษาประสิทธิผลของแนวทางป้องกันการจมน้ำในต่างประเทศ. Available form <http://www.thaihealth.or.th/node/5090>
  29. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. สิ่งแวดล้อมและผลิตภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บในเด็กไทยปี พ.ศ. 2542. เอกสารประกอบการประชุม การศึกษาปัจจัยจากการจมน้ำในเด็กครั้งที่ 1 เรื่องโครงการศึกษาปัจจัยเสี่ยงจากการจมน้ำในเด็ก ; 8 กรกฎาคม 2546 ; ณ. ห้องประชุมกรมควบคุมโรค. นนทบุรีกระทรวงสาธารณสุข ; 2546.
  30. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก กรมควบคุมโรค.การศึกษาปัจจัยเสี่ยงจากการจมน้ำในเด็ก ปี พ.ศ. 2543 - 2545. พิษณุโลก ; 2547. หน้า2.
  31. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช กรมควบคุมโรค. ปัจจัยและสาเหตุของเด็กจมน้ำและเสียชีวิต กรณีศึกษา : เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่จมน้ำและเสียชีวิตในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2543 - 2546 นครศรีธรรมราช : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช ; 2547. หน้า 5.
  32. พัฒนาการของเด็ก Available form <http://www.geocities.com/chainat98/sub005.htm>
  33. ไช่มุก มะลิทอง. ความรุนแรงในครอบครัว. สารสภากาพยาบาล 2539 ; 11 : 23 - 30.
  34. สำนักโรคไม่ติดต่อ. การจมน้ำของเด็ก ปัญหาที่ต้องแก้ไข. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
  35. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, อภิชาติ เมฆาสิน. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็ก. กรุงเทพมหานคร.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2547.
  36. Kids & Parents Resource on Health and Safeyt.Learn Prevention of Accidents:Drowning (Online).Geocities On line;2001. Available form: [www.geocities.com/sssukhmeet/prevention-accidents. Html](http://www.geocities.com/sssukhmeet/prevention-accidents.html)(Accessed 2004 Jul 9).
  37. จมน้ำในเด็กสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง. Available form : <http://www.thaihealth.or.th/node/5090>.

# การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี 2552

## Public Health Management of Tumbon Administrative Organization in Children Developing Center in Public Health 14, 2009

สุชัญญา มานิตยศิริกุล สม

Suchanya Manitsirikul M.PH

นันทนา แต่ประเสริฐ สสม (ชีวสถิติ)

Nantana Taeprasert M.PH (Biostatistic)

กัลยาณี จันธิมา สส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)

Kulyanee Junthima MPH (Environment Health)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา The Office of Disease Prevention and Control 5<sup>th</sup> Nakhon Ratchasima

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ในด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข สุ่มเลือกตัวอย่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งมีการดำเนินการต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ด้วยวิธี two stage cluster sampling เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล แบบเก็บข้อมูลลักษณะโครงสร้างทั่วไปของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และแบบบันทึกข้อมูลลักษณะการป้องกันโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม EpiInfo version 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลคุณภาพ ใช้จำนวนและร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 3.2 ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ศึกษามีบุคลากรตามเกณฑ์ ซึ่งประกอบไปด้วยหัวหน้าศูนย์ฯ ผู้ดูแลเด็ก ผู้ประกอบอาหาร และภารโรง ร้อยละ 51.6 ของผู้ประกอบอาหารเคยได้รับการอบรมเรื่องสุขาภิบาลอาหาร ร้อยละ 6.5 ของหัวหน้าศูนย์มีคุณสมบัติตามที่กำหนด คือจบปริญญาตรี สาขาปฐมวัย ค่าใช้จ่ายต่อหัวของเด็ก ประมาณ 17,629 บาทต่อปีหรือ 1,469 บาทต่อคนต่อเดือน งบประมาณที่ใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนเป็นสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ 46.74 รองลงมาคือด้านอาหารและโภชนาการของเด็ก ร้อยละ 35.20 ร้อยละ 77.8 ผู้ปกครองจัดหาอุปกรณ์เครื่องนอนเอง และนำไปทำความสะอาดทุกสัปดาห์ ส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ของเล่น ร้อยละ 93.7 มีเพียงร้อยละ 55.6 ของศูนย์ฯ ที่มีโต๊ะ เก้าอี้สำหรับรับประทานอาหาร ห้องเรียนและห้องกิจกรรมเป็นห้องเดียวกัน ร้อยละ 95.2 ขณะที่ร้อยละ 20.6 ของศูนย์ฯ ที่ติดมุ้งลวดในห้องนอน กำจัดขยะด้วยวิธีเผา ร้อยละ 72.1 ร้อยละ 23.8 เคยเกิดโรคระบาด โรคตาแดงเป็นโรคที่พบการระบาดมากที่สุด ร้อยละ 33.3

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เสนอแนะให้รัฐมีการบูรณาการระดับนโยบายและปฏิบัติที่ชัดเจน ระหว่างกระทรวงหลักที่เกี่ยวข้อง สร้างความรู้ ความเข้าใจรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติในการบริหารจัดการงบประมาณที่ใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แนวทางการพัฒนาศูนย์ฯ ทั้งด้านบุคลากรและการบริหารจัดการให้ได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์ของกรมอนามัย และควรจะมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต สุขภาพ อนามัย และพัฒนาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้มาตรฐานกับเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่ได้มาตรฐานของกรมอนามัย

คำสำคัญ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบล

\*\*\*\*\*

## Abstract

The purpose of this survey research aimed to study Child Developing Center for management include human resource, budget and logistic in municipal area of public health region 14 that had continue activity more than 1 year. The complied data had been analyted by the questionnaire processing system, epi info version 3.2, descriptive statistic.

The result revealed that 3.2 percent of the sample group had standard human personnel, 51.6 percent of cooker had been trained about sanitary for food, 6.5 percent of head Child Developing Center had standard criteria performance. The budget per head for take care children at Child Developing Center was 17,629 baht/year or 1,469 baht per head per month. The budget was salary for human personnel 46.74 %, for food (35.20 %), 77.8 percent of children 'parent provided their logistic such as bed, cover by themselves. 93.7 percent of Child Developing Center had material for children playing, 55.6 % had chair and table for eating activity. 95.2 % used the same room for learning and other activity 20.6% had net for prevent insect. 23.8% had experienced in disease outbreak, the most disease outbreak was red eye (33.3 %)

The result concluded that government policy should integrated policy and clear practice among responsible government service for standard Child Developing Center from disease of health department and should further study to compare quality of children life between Child Developing Center and out Child Developing Center .

## บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรที่ทรงคุณค่า และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศชาติในอนาคต การพัฒนาเด็กให้ได้รับความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาจึงนับเป็นภารกิจสำคัญซึ่งจะต้องตระหนัก และให้ความสนใจ เพื่อให้การพัฒนาเด็กเป็นไปอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐานเหมาะสมกับวัย โดยผ่านการอบรมเลี้ยงดูที่มีคุณภาพ<sup>(1,2)</sup> การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทยมีการเปลี่ยนแปลง ในปัจจุบันทั้งพ่อและแม่ของเด็กต้องออกไปหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ดังนั้นจึงทำให้เด็กไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร จึงจำเป็นต้องส่งเด็กไปโรงเรียนอนุบาล หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) เพื่อให้เลี้ยงดู อบรมเด็กแทนพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ความคาดหวังอันตบตันๆ ที่ผู้ปกครอง ส่งเด็กมาเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคือ คาดหวังว่าเด็กจะได้รับการพัฒนา ด้านสติปัญญา และพัฒนาการด้านสังคม<sup>(3)</sup> ดังนั้นจึงทำให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การปกครองส่วนตำบล (อบต.) เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาเด็กมากขึ้น ในปัจจุบันจากการสำรวจข้อมูลด้านมาตรฐานการดำเนินงาน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ของศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ทั้งหมด 1,791 แห่ง พบว่าร้อยละ 84.5 ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน และร้อยละ 53.3 ผ่านเกณฑ์ในขั้นดี และดีมาก ในส่วนของสภาวะสุขภาพพบโรคฟันผุในกลุ่มอายุ 1.5 ปี และ 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.9 และ 33.58 ตามลำดับ และพบเด็ก มีน้ำหนักค่อนข้างน้อย ร้อยละ 6.44<sup>(4)</sup> ที่มิวิจัยจึงได้ศึกษาการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ปี ใน 2552 เพื่อประเมินสถานการณ์ การสนับสนุนการดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบล ภายหลังจากที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้ถูกโอน มาอยู่ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล ในด้านงบประมาณ บุคลากร วัสดุการเรียน ของเล่น เครื่องเล่นกลางแจ้ง และอาหาร เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 ในด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา ใช้การศึกษาเชิงสำรวจ ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ โดยมีประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในความดูแลรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งได้รับถ่ายโอนจากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กรมศาสนา และกรมพัฒนาชุมชน หรือสร้างขึ้นเองทั้งหมดในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14 มีระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม - กันยายน 2552

### ตัวอย่างและการคัดเลือก

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร  $n = Z^2P(1 - P)/d^2$

ได้ขนาดตัวอย่าง 64 แห่ง และเลือกตัวอย่างโดยการเตรียมกรอบประชากรตัวอย่าง โดยใช้ฐานข้อมูล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมาของจังหวัดชัยภูมิ ในองค์การบริหารส่วนตำบลทั้งหมด 369 แห่ง สุ่มเลือกตัวอย่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยวิธี two stage cluster sampling ใน จังหวัดชัยภูมิ โดยแบ่งกลุ่มอำเภอออกเป็นโซนเหนือและโซนใต้ สุ่มเลือกอำเภอโซนละ 4 อำเภอ ได้ 8 อำเภอ นำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่ได้มาเรียงนับรวมจำนวนศูนย์เด็กในอำเภอได้ทั้งหมด 147 แห่ง จากนั้นสร้างเลขสุ่มขึ้นเพื่อเลือกศูนย์ฯ ได้เลขที่ตกอยู่ในลำดับที่ของศูนย์ฯ ในอำเภอใด เลือกศูนย์ฯ นั้นเป็นตัวอย่าง ได้ 64 แห่ง จากนั้นจัดทำหนังสือ ขออนุญาตดำเนินงานวิจัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ และยินยอมให้ดำเนินการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบลเข้าร่วมโครงการ คือ องค์การบริหารส่วนตำบล ที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดชัยภูมิที่มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งมีการดำเนินการ อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี จนถึงปัจจุบัน พร้อมให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยผู้บริหารยินยอมให้ผู้วิจัยเข้าทำการวิจัย องค์การบริหารส่วนตำบล ที่ไม่มีบทบาทในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่พร้อม ในการให้ข้อมูล จะแยกออกจากโครงการให้เลิกจากการศึกษา

เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ในความดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบล จากบุคคล 2 กลุ่ม ที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 เดือนคือ กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล/หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่มผู้ปฏิบัติการ ได้แก่ ครูพี่เลี้ยง ภารโรง/ผู้ทำความสะอาดแม่ครัว/ผู้ประกอบอาหาร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและพนักงานเก็บข้อมูลที่ผ่านการชี้แจงและทำความเข้าใจให้ตรงกัน ในทุกข้อคำถามและวิธีการเก็บข้อมูลแล้วและผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลจะเป็นผู้ขอความยินยอมและเก็บข้อมูลจากอาสาสมัคร

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้

- ชุดที่ 1. แบบสัมภาษณ์ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล
  - ชุดที่ 2. แบบเก็บข้อมูลลักษณะโครงสร้างทั่วไปของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
  - ชุดที่ 3. แบบบันทึกข้อมูลลักษณะการป้องกันโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- ทีมวิจัยเก็บข้อมูลและตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องในพื้นที่

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาคั้งนี้ใช้โปรแกรม EpiInfo version 3.2 สำหรับบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด ข้อมูลคุณภาพ ใช้จำนวนและร้อยละเพื่ออธิบายลักษณะการบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณของกิจกรรม ด้านสาธารณสุข ที่มีการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่สาธารณสุขเขต 14

\*\*\*\*\*

## ผลการศึกษา

จากตัวอย่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 64 แห่งศึกษาได้ 62 แห่ง ในองค์การบริหารส่วนตำบลศึกษาใน 34 แห่ง  
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ (%)	95 % CI
<b>1. องค์การบริหารส่วนตำบล (34 แห่ง)</b>			
ขนาดขององค์การบริหารส่วนตำบล			
กลาง	24	70.6	55.3-85.9
เล็ก	9	26.9	11.6-41.3
ใหญ่	1	2.9	0-8.6
มีกองทุนตำบล	22	64.7	48.6-80.8
มีผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุข	8	23.5	9.3-37.8
วุฒิการศึกษา			
ปริญญาตรี	3	37.5	4.0-71.1
ปริญญาโท	5	62.5	29.00-96.0
มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ปฏิบัติงาน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก			
ครูพี่เลี้ยง	34	100.0	-
ประกอบอาหารเลี้ยงเด็ก	29	58.3	73.4-97.2
ภารโรง	17	50.0	33.2-66.8
หัวหน้าศูนย์	8	23.5	9.3-37.8
<b>2. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (62 แห่ง)</b>			
สถานที่ตั้ง			
ในชุมชน	50	79.4	70.8-90.3
นอกชุมชน	13	20.6	10.8-31.1
ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์หลักศูนย์เด็ก			
รักษาการหัวหน้าศูนย์เด็ก	40	64.5	52.6-76.4
หัวหน้าศูนย์เด็ก	14	22.6	12.2-33.0
นักวิชาการศึกษา	4	6.5	0.3-12.6
ครูพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลเด็ก	4	6.5	0.3-12.6

องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลางมากที่สุดร้อยละ 70.6 มีกองทุนตำบลร้อยละ 64.7 มีผู้รับผิดชอบด้านสาธารณสุขจำนวนน้อยมากคือ ร้อยละ 23.5 ส่วนใหญ่มีเกณฑ์สำหรับการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงาน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทำหน้าที่พี่เลี้ยงเด็ก และผู้ประกอบอาหารเลี้ยงเด็ก โดยมีสถานที่ตั้งของศูนย์พัฒนาเด็กในชุมชนถึงร้อยละ 79.4 และผู้ปฏิบัติงานในศูนย์หลักศูนย์เด็กทำหน้าที่รักษาการหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ร้อยละ 64.5 (รายละเอียดในตารางที่ 1)

โดยภาพรวมจำนวนเฉลี่ยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ในความดูแลของแต่ละ อบต. ประมาณ 3.6 ศูนย์ฯ อบต. มีจำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในความรับผิดชอบมากที่สุด 9 ศูนย์ฯ และน้อยที่สุด 1 ศูนย์ฯ ในส่วนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีจำนวนเฉลี่ยหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบ 3.3 หมู่ (SD 1.8) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในชุมชน (ร้อยละ 79.4) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเปิดครั้งแรกในปี 2525 และเปิดในปี 2536 - 2537 มากที่สุด (ร้อยละ 42.8) จำนวนเด็กโดยเฉลี่ย 54.68 คน ต่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (S.D 31.6) ต่ำสุด 15 คน สูงสุด 160 คน แยกเป็นชายเฉลี่ย ศูนย์ฯ ละ 28.05 คน (S.D 16.09) เป็นหญิงเฉลี่ยศูนย์ฯ ละ 26.72 คน (S.D 16.75) (รายละเอียดในตารางที่ 2)



\*\*\*\*\*  
**ตารางที่ 2** จำนวนเฉลี่ยของหมู่บ้าน หลังคาเรือน ประชากร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และจำนวนเด็กเล็ก ในความ  
รับผิดชอบของแต่ละองค์การบริหารส่วนตำบล

ลักษณะ	จำนวน เฉลี่ย	มัธยฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ส่วน	
					เบี่ยงเบน มาตรฐาน	95 %CI
จำนวนหมู่บ้าน (33 อบต)	13.58	12	8	23	4.36	12.03–15.12
จำนวนหลังคาเรือน ( n=32 อบต)	217.31	1,892	550	3,836	860.39	–92.89–527.51
ประชากร( 31 อบต)	11,739.48	8,315	2755	111,771	18,828.0	4833.31–18645.65
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ( 34 อบต)	3.59	3.5	1	9	2.2	2.82–4.36
จำนวนหมู่บ้าน (62 ศูนย์)	3.30	3	1	10	1.8	2.84–3.76
จำนวนเด็กเล็กศูนย์ฯ (62 ศูนย์)	54.68	47.5	15	160	31.65	46.64–62.72
ชาย	28.05	23	4	78	16.09	23.96–32.14
หญิง	26.72	23	15	90	16.75	22.47–30.97

**งบประมาณที่ใช้เพื่อพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก**

ได้รับงบประมาณจากส่วนการศึกษาและวัฒนธรรมในองค์การบริหารส่วนตำบล 186,046,331 บาท จัดสรรให้ใช้จ่ายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 59,764,700 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.1 งบประมาณที่ใช้เพื่อพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแยกเป็น 10 ประเภท เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายแต่ละประเภทกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ใช้เพื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่ามีค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนเป็นสัดส่วนสูงที่สุด ซึ่งอยู่ในช่วง 46.74% สัดส่วนรองลงมาตามลำดับ ได้แก่ ด้านอาหารและโภชนาการของเด็ก (35.20%) ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการเสริมการเรียนรู้ของเด็ก (3.35%) ด้านค่ารถรับส่งนักเรียน (2.84%) ด้านเครื่องเล่นกลางแจ้งและกีฬา (2.00%) ด้านทุนสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กไปศึกษาต่อ ฝึกอบรมดูงาน (0.48%) ด้านอุปกรณ์เครื่องนอนและชุดนักเรียน (0.36%) ด้านอาคารสถานที่ (0.24%) ด้านค่ายาและรถรับส่งไปสถานบริการ (0.07%) และด้านอื่น ๆ (8.72%) (รายละเอียดในตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** งบประมาณในองค์การบริหารส่วนตำบลสำหรับการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กิจกรรมการใช้จ่ายงบประมาณ	จำนวน (บาท)	ร้อยละ
เงินเดือน ค่าจ้างและค่าตอบแทน	27,932,930	46.74
ด้านอาหารและโภชนาการ	21,037,174	35.20
ด้านอาคารสถานที่	144,500	0.24
วัสดุอุปกรณ์ในการเสริมการเรียนรู้	2,002,605	3.35
อุปกรณ์เครื่องนอนและชุดนักเรียน	214,900	0.36
ค่ารถรับส่งนักเรียน	1,701,516	2.84
ด้านค่ายาและรถรับส่งไปสถานบริการสาธารณสุข	43,000	0.07
ทุนสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็ก ฝึกอบรมดูงาน	287,500	0.48
เครื่องเล่นกลางแจ้งและกีฬา	1,193,050	2.00
อื่น ๆ	5,211,481	8.72

\*\*\*\*\*

เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายต่อหัวของเด็ก โดยใช้งบประมาณที่ใช้เพื่อพัฒนาศูนย์เด็กเล็กทุกประเภท พบว่า งบประมาณทั้งหมดเฉลี่ยที่ใช้เพื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในแต่ละแห่ง จะมีความแตกต่างกันมากขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยภาพรวม งบประมาณเฉลี่ยที่ใช้เพื่อเด็กต่อคนหรือค่าใช้จ่ายต่อหัวของเด็ก ประมาณ 17,629 บาทต่อปี หรือ 1,469 บาทต่อคนต่อเดือน นอกจากนี้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังมีการระดมทรัพยากรจากสังคม จากหน่วยงานและผู้บริจาคนอกเหนือจากงบประมาณที่ได้รับ โดยมีการได้รับงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร้อยละ 93.7 ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พ่อแม่ ผู้ปกครอง บริจาค ร้อยละ 58.7 สถาบันศาสนา ร้อยละ 25.4 ภาคเอกชน ร้อยละ 9.5 ประชาชนทั่วไป ร้อยละ 33.3

### คุณสมบัติของหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

จากการศึกษาทั้งหมด 62 ศูนย์ฯ หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 37.18 ปี (S.D 6.42 ปี) มีอายุระหว่าง 25 - 52 ปี ระดับวุฒิการศึกษาพบว่าสัดส่วนที่จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 29.0 (โดยเป็นปริญญาตรี สาขาปฐมวัย ร้อยละ 6.5) อนุปริญญา ร้อยละ 33.1 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 37.9 ส่วนใหญ่รักษาการหัวหน้าศูนย์ฯ (ร้อยละ 64.5) ได้รับมอบหมายให้ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพราะคณะกรรมการของ อบต.เลือก (ร้อยละ 29.0) และผ่านการสอบคัดเลือก (ร้อยละ 24.2) ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม ศึกษาดูงาน (ร้อยละ 98.4) และทราบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเข้าร่วมโครงการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนำอยู่ของกรมอนามัย (ร้อยละ 74.2) ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากกรมอนามัยและท้องถิ่นเกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐาน คำแนะนำ วิธีการพัฒนาและการสนับสนุนให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพัฒนาไปสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนำอยู่ (ร้อยละ 48.0) ในช่วงระหว่างดำเนินการอยู่นั้นได้รับการตรวจเยี่ยม นิเทศ แนะนำร้อยละ 75.8 จากเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลในอำเภอ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา เป็นต้น โดยให้คำแนะนำเรื่อง การดูแลสุขภาพเด็ก การปรับสภาพแวดล้อมภายในศูนย์ความสะอาด และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ บทบาทหน้าที่ส่วนใหญ่พบว่า เป็นการจัดกิจกรรมแต่ละวันจัดทำแผนการเรียนรู้ ทำสื่อการเรียน ประสานงานกับชุมชนและเครือข่ายและองค์กรต่างๆ จัดสิ่งแวดล้อมของเด็กให้ปลอดภัยทุกด้าน ให้ถูกสุขลักษณะเหมาะสมกับพัฒนาการ ดูแลการมาเรียน ขาด ลา มาสายของเด็กความเรียบร้อยภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดูแลเรื่องอาหารกลางวันของเด็ก ดูแลรับผิดชอบตามที่ได้รับมอบหมาย เตรียมความพร้อมให้กับเด็กอายุ 2 - 4 ปี ทำหน้าที่ทุกอย่างตั้งแต่ทำความสะอาด บริหารสถานศึกษาให้ได้ผลตามจุดมุ่งหมาย ประเมินผลการปฏิบัติงาน และบุคลากรในศูนย์ฯ ส่งเสริมพัฒนาเด็กให้เหมาะสมกับวัย ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และปัญญา สังเกต เฝ้าวางและบันทึกการเจริญเติบโต พฤติกรรมและพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก อบรม สั่งสอน ฝึกทักษะ รับผิดชอบ

### คุณสมบัติของครูพี่เลี้ยงผู้ดูแลเด็ก

จากการศึกษาทั้งหมด 62 ศูนย์ฯ พบว่าผู้ดูแลเด็กเป็นหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 34.9 ปี (S.D 7.4 ปี) มีอายุระหว่าง 22 - 52 ปี ระดับวุฒิการศึกษาพบว่าสัดส่วนที่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 29.1 อนุปริญญา ร้อยละ 18.0 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 36.1 ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 16.8 ครั้งหนึ่งเคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กเล็ก (ร้อยละ 52.5) ทำงานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นเวลาเฉลี่ย 5 ปี (ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 16 ปี) ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลเด็ก (ร้อยละ 98.4)

### คุณสมบัติของภารโรงหรือผู้ทำความสะอาดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

จากการศึกษาทั้งหมด 62 ศูนย์ฯ พบว่า ครั้งหนึ่งของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการโรงประจำ (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 96.8) มีอายุเฉลี่ย 38 ปี (S.D 7.35 ปี) มีอายุระหว่าง 25 - 52 ปี มีทำหน้าที่ทำความสะอาดบริเวณศูนย์ฯ โดยการกวาดขยะ ตัดหญ้า ร้อยละ 81.9 ทำความสะอาดบริเวณห้องเรียน ห้องนอน และห้องกิจกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นห้องเดียวกัน โดยการกวาดถู วันละ 1 - 3 ครั้ง (ร้อยละ 59.7) กวาดถูด้วยน้ำยา วันละ 1 - 3 ครั้ง (ร้อยละ 37.1) ทำความสะอาดห้องส้วม ด้วยการขัดล้างด้วยน้ำยา ร้อยละ 67.3 ด้วยการขัดล้าง ร้อยละ 32.3 ทำความสะอาดห้องอาบน้ำ ด้วยการขัดล้างด้วยน้ำยา ร้อยละ 54.8 ด้วยการขัดล้าง ถูร้อยละ 45.2

\*\*\*\*\*  
ทำความสะอาดห้องครัว โดยการกวาดถู วันละ 1 - 3 ครั้ง(ร้อยละ 33.9) ด้วยการขัดล้างด้วยน้ำยา ร้อยละ 11.3  
ด้วยการขัดล้าง ร้อยละ 16.1 มีโรงอาหารร้อยละ 54.8 ทำความสะอาดโรงอาหาร โดยการกวาดถู วันละ 1 - 3 ครั้ง  
(ร้อยละ 30.6) ด้วยการขัดล้างด้วยน้ำยา ร้อยละ 32.0 ด้วยการกวาด ถูด้วยน้ำร้อยละ 22.6

### คุณสมบัติของแม่ครัวหรือผู้ประกอบอาหารให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

จากการศึกษาทั้งหมด 62 ศูนย์ฯ พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีแม่ครัว ร้อยละ 95.2 แม่ครัวเป็นหญิง  
ทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 41.1 ปี (S.D 8.6 ปี) มีอายุระหว่าง 22 - 57 ปี ทำงานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นเวลาเฉลี่ย  
3.4 ปี (ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 16 ปี) เคยได้รับการอบรมเรื่องการสุขาภิบาลอาหาร (ร้อยละ 51.6) ส่วนใหญ่ได้จัด  
ตารางอาหารประจำสัปดาห์ (ร้อยละ 83.9) ครูพี่เลี้ยงเป็นผู้จัดตารางร้อยละ 34.6 อบต.จัดให้ร้อยละ 23.1 และหัวหน้า  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดเอง ร้อยละ 17.3 โดยแหล่งอาหารสดที่นำมาประกอบอาหารกลางวัน มาจากตลาดในอำเภอ  
ร้อยละ 73.8 จากร้านค้าในหมู่บ้าน ร้อยละ 16.4 นอกนั้นเป็นจากรถเร่และพ่อค้านำส่งอาหาร กลางวันวันที่ไปสำรวจคือ  
อาหารจานเดียว ร้อยละ 44.1 เป็นข้าวและกับ 1 อย่าง ร้อยละ 56.7 มีขนมหวาน ร้อยละ 22.0 นม ร้อยละ 25.4  
และผลไม้ร้อยละ 69.5 ลักษณะส่วนใหญ่ของภาชนะที่ใส่อาหารเป็นถาดหลุมร้อยละ 62.9 ถ้วยจานชามเมลามีน  
และอลูมิเนียม ร้อยละ 16.2 ทำความสะอาดโดยการล้างด้วยน้ำยาร้อยละ 77.4 ล้างไม่ระบุวิธีร้อยละ 22.6

### ลักษณะการป้องกันโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

จากการศึกษาทั้งหมด 62 ศูนย์ฯ พบว่าเคยเกิดโรคระบาด ร้อยละ 23.8 โรคที่เคยมีการระบาดในศูนย์พัฒนา  
เด็กเล็กมากที่สุดคือ ตาแดง ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ สุกใส ร้อยละ 20.0 แผลพุพอง (ร้อยละ 20.0) มือ เท้า ปาก  
(ร้อยละ 13.3) ไข้เลือดออก (ร้อยละ 6.7) ท้องร่วง (ร้อยละ 6.7) และหัด (ร้อยละ 6.7) เรียงตามลำดับ ห้องนอน  
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการติดมุ้งลวด ร้อยละ 20.6 ส่วนใหญ่จัดให้ห้องนอน ห้องเรียนและห้องกิจกรรมเป็นห้อง  
เดียวกัน (ร้อยละ 95.2) ในส่วนของอุปกรณ์เครื่องนอนส่วนใหญ่เด็กนำมาเอง (ร้อยละ 77.8) ส่วนที่เหลือเป็นศูนย์ฯ  
จัดให้ (ร้อยละ 22.2) ในด้านการทำความสะอาดเครื่องนอน ส่วนใหญ่ผู้ปกครองเด็กนำไปทำความสะอาดเองทุกวันศุกร์  
(ร้อยละ 71.4) ศูนย์ฯ เป็นผู้รับผิดชอบทำเอง (ร้อยละ 25.4) น้ำดื่มเป็นน้ำประปา ร้อยละ 77.8 โดยศูนย์พัฒนา  
เด็กเล็ก จัดเตรียมให้ ร้อยละ 96.8 ที่เหลือเป็นเด็กเตรียมมาเอง สำหรับแก้วน้ำดื่ม ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดเตรียมให้  
ร้อยละ 92.1 น้ำใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นน้ำประปาหมู่บ้าน ร้อยละ 92.1 โดยมีก๊อกน้ำบริการเฉลี่ย ศูนย์ละ  
4 ก๊อก (ต่ำสุด 1 ก๊อก สูงสุด 23 ก๊อก)นอกนั้นใช้น้ำบ่อ อาหารกลางวันเด็ก ทุกแห่งศูนย์ฯ จัดเตรียมให้ ส่วนใหญ่  
ทุกศูนย์ฯ มีอุปกรณ์ของเล่น (ร้อยละ 93.7) ไม่มีการทำความสะอาดของเล่น (ร้อยละ 30.5) ครั้งหนึ่งของศูนย์พัฒนา  
เด็กเล็ก มีโต๊ะเก้าอี้รับประทานอาหาร (ร้อยละ 55.6) มีถังขยะ 1 - 6 ถังต่อศูนย์ฯ ส่วนใหญ่ไม่มีถังขยะสันถัด  
มีรางระบายน้ำเสีย ร้อยละ 49.2 ในบริเวณโรงครัวไม่มีกลิ่นเหม็นหรือ แผลงวันตอม ร้อยละ 50.8 มีการกำจัดขยะ  
โดย อบต. จัดเก็บให้ ร้อยละ 28.6 ส่วนที่เหลือกำจัดเองด้วยวิธีเผา ร้อยละ 72.1 เผาแล้วฝังกลบ ร้อยละ 25.6

### วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าค่าใช้จ่ายต่อหัว หรืองบประมาณเฉลี่ยที่ใช้เพื่อเด็กต่อหัวประมาณ 17,629 บาทต่อปี หรือ  
1,469 บาทต่อคนต่อเดือน ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของสำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานครที่พบว่า  
ค่าใช้จ่ายต่อหัวเป็น 11,000 บาท<sup>(5)</sup> ค่าใช้จ่ายต่อหัว ต่อปี ที่คำนวณได้ในปีที่สูงกว่า เนื่องจากได้รับเงินอุดหนุน  
จาก สำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ และกรมการศาสนาสมทบเพิ่ม พบว่าการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางแห่ง  
ไม่ได้มาตรฐานของกรมอนามัยสอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ทั้งหมด 1,791 แห่ง พบว่า  
ร้อยละ 15.5 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน<sup>(4)</sup> สาเหตุหลักคือการขาดการส่งเสริมเรื่องงบประมาณจากหน่วยงาน  
ต้นสังกัดและเหตุผลหลักที่ไม่ได้รับงบประมาณ เนื่องจากผู้บริหารในองค์การบริหารส่วนตำบลบางพื้นที่ยังให้  
ความสำคัญกับการศึกษาโดยเฉพาะการศึกษาขั้นพื้นฐานในระดับปฐมวัยน้อยมาก ขณะที่ให้ความสำคัญด้านสิ่งก่อสร้าง

\*\*\*\*\*

เช่น ถนน ศาลา มากกว่า เนื่องจากการสร้างสิ่งก่อสร้างนั้นสามารถเห็นผลงานเป็นรูปธรรมแต่การสนับสนุน ด้านการศึกษาเห็นผลช้าหรือไม่เห็นผลงานที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามมีความสอดคล้องกับผลจากการศึกษาในปีที่ใกล้เคียงกันเรื่อง เส้นทางการประสบความสำเร็จของศูนย์เด็กเล็กนอกระบบที่พบว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ มีวุฒิการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย<sup>(6)</sup> การศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสถานเลี้ยงดูเด็กของประเทศไทย<sup>(7,8)</sup> ซึ่งผลการศึกษาสรุปลงได้ว่า ครูพี่เลี้ยง/ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปฏิบัติงานด้านดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีวุฒิการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และองค์การบริหาร ส่วนตำบลมีการพัฒนาด้วยการสนับสนุนทุนการศึกษาซึ่งมีการดูแลเรื่องความสะดวก ปลอดภัยของอาหารและดูแลสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีคือกลไกสำคัญ ที่จะทำให้อายุขัยพัฒนาเด็กเล็กในเขตพื้นที่รับผิดชอบจะเป็นที่เตรียมความพร้อมทั้ง 4 ด้านแก่เด็กปฐมวัย เป็นแหล่งเพาะเมล็ดพันธุ์ที่แข็งแรงสมบูรณ์สู่การเติบโตใหญ่เป็นอนาคตที่ดีของชาติได้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางแห่งที่มีความสามารถในการระดมทุนทรัพยากรจากหน่วยงานหรือมีผู้มาบริจาคสมทบ สิ่งนี้เกิดจากความสามารถของนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ตระหว่างผู้ใหญ่บ้าน แต่ละหมู่บ้าน ช่วยให้มีการพูดคุย ปรีกษา ร่วมกันแสวงหาแหล่งทุนต่าง ๆ หาเงินทุนมาสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำให้มีการสร้างอาคารเรียน จัดซื้อของเล่นและอุปกรณ์การศึกษาต่าง ๆ

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. รัฐควรประกาศเป็นนโยบายแห่งชาติที่ชัดเจนขึ้น ในการที่จะสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาเด็กก่อนประถมศึกษา โดยเน้นเป็นการลงทุนที่สำคัญ ซึ่งเด็กจะต้องได้รับการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง โดยพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กควบคู่ไปด้วย
2. รัฐควรมีการบูรณาการระดับนโยบายระหว่างกระทรวงหลัก และนำไปสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข ให้มีการประสานงานและบูรณาการงานในพื้นที่ตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ โดยมอบหมายให้กระทรวงมหาดไทยเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินการ
3. รัฐต้องสร้างความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติในการบริหารงบประมาณของโครงการถ่ายโอนศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก เพื่อป้องกันความสับสนและข้อสงสัยในแนวทางปฏิบัติ
4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดอบรมให้ความรู้ผู้บริหาร ครูพี่เลี้ยง/ผู้ดูแลเด็กในการจัดบริการเลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กที่สมวัย มีการสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการศึกษาระดับก่อนประถมศึกษาอย่างสม่ำเสมอ
5. การพัฒนาพ่อแม่ ผู้ปกครองให้มีความรู้เรื่องการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก 3 – 5 ปี อย่างถูกต้อง โดยให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดกิจกรรมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
6. ชุมชนและผู้ปกครองควรมีกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีส่วนร่วมสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ บริจาคเงิน/สิ่งของ/เครื่องใช้ เพิ่มมากขึ้น
7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็ก และควรศึกษาหาข้อมูลก่อนการสร้างอาคาร สถานที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อการอยู่อาศัยที่สะดวก ปลอดภัย ของเด็ก การเริ่มต้นที่ง่ายที่สุดคือศึกษาดูงานจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้มาตรฐานระดับดีมากของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และควรศึกษาหลายๆ แห่ง เพื่อบูรณาการให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง
8. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรคัดเลือกครูพี่เลี้ยงโดยเฉพาะหัวหน้าศูนย์ฯ ให้มีความรู้โดยตรง คือ จบการศึกษาปริญญาตรีเอกปฐมวัย และหากพิจารณาผู้ที่เคยอยู่เดิม ก็ควรคำนึงถึงอาวุโสด้วย เพราะจะทำให้ครูพี่เลี้ยง ที่มีอาวุโสน้อยแล้วขึ้นเป็นหัวหน้าศูนย์ฯ ทำงานด้วยความลำบาก เกิดแรงเสียดทาน การทำงานจะไม่ราบรื่น การพัฒนา ก็อาจจะไม่เกิด หรือหากถูกบังคับให้เกิดก็อาจจะไม่ยั่งยืน

\*\*\*\*\*  
**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

ควรศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต สุขภาพ อนามัยและพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้มาตรฐาน กับเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่ได้มาตรฐาน ของกรมอนามัย ว่ามีข้อแตกต่างกันอย่างไร

**กิตติกรรมประกาศ**

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากกรมควบคุมโรค ขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของสำนักจัดการ ความรู้ กรมควบคุมโรคและองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ศึกษาและผู้เกี่ยวข้องทุกคนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในจังหวัดชัยภูมิทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล

**เอกสารอ้างอิง**

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กนำอยู่สู่เมืองไทยแข็งแรง. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. 2549.
2. กุศล สุทธธาดา, จิตตินันท์ เตชะคุปต์. รูปแบบและระบบการจัดบริการ สถานเลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพในประเทศไทย : กรณีพินิจศึกษา. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2542.
3. กมลพรรณ ชิวพันธุ์ศรี, โสภา เกริกไกรกุล. สมองกับการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: พรการพิมพ์. 2545.
4. ปวีณา กาญจนขจรศักดิ์ . พัฒนาศูนย์เด็กเล็กเขต ๑๓ สู่การเป็นศูนย์เรียนรู้ในชุมชน. [http://news.sanook.com/scoop/scoop\\_231747.php](http://news.sanook.com/scoop/scoop_231747.php) [Access ] 4/11/08
5. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. ประเมินการจัดระบบบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550
6. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์เด็กอายุ 3-5 ปี: การอุดหนุนค่าใช้จ่าย. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. 2547.
7. อุทุมพร จามรมาน, จีระพันธ์พูลพัฒน์. ระบบกลไก และประสิทธิภาพของสถานเลี้ยงดูเด็กของภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท. ; 2542.
8. Regulation and licensing of child care Programs in California [online] Available from : [www.4c.org/providers/PDF/CA\\_licensing\\_Regulutions.pdf](http://www.4c.org/providers/PDF/CA_licensing_Regulutions.pdf) [Accessed 2007 Jun 20]

## คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ หรือโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเน้นเรื่องที่น่าสนใจจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการ ตีพิมพ์งานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

## หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

### 1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

**นิพนธ์ต้นฉบับ** ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลวิจารณ์ ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

**รายงานผลปฏิบัติงาน** ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

**บทความพื้นฐาน** ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูล เกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ เขียนวิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

**ย่อเอกสาร** อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

### 2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

**ชื่อเรื่อง** ควรสั้นกระชับรัดกุม ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

**ชื่อผู้เขียน** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอธิบายต่อท้ายชื่อและสถานที่ทำงาน

**บทคัดย่อ** คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ ความยาวไม่เกิน 150 คำ ในการเขียนบทคัดย่อมีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

**บทนำ** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตของการวิจัย

**วัสดุและวิธีการ/วิธีการดำเนินงาน** อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยพยายามเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

**วิจารณ์ผล** ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย ว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการวิจัยหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

**บทสรุป** ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ สำหรับการวิจัยต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
  - 2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงบรรณเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
  - 3) เอกสารอ้างอิงภาษาไทย ให้ใช้ชื่อต้นของผู้เขียน ตามด้วยนามสกุล
  - 4) เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ ให้เขียนนามสกุลของผู้เขียนตามอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง
  - 5) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus
- 3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง**

#### 3.1 การอ้างวารสาร

##### ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

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

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al.

##### ตัวอย่าง

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

ข. ภาษาไทย ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

##### ตัวอย่าง

ธีระ งามสูตร, นีวัต มนตรีวิสุวัต, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช, และคณะ, อุบัติการณ์โรคเริ่ตอนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยา คลินิกจากวงต่างของผิวหนังผู้ป่วยโรคเริ่ตอนที่สงสัยเป็นโรคเริ่ตอน 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 บุณนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หาริณสุต, บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน, พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : รวมทรงศน์, 2533 : 115 – 120.

#### 4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์ตีตหน้าเดียวลงบนกระดาษสัน ขนาด A4 (21.6 x 29.7 ซม.) ใช้ Font Angsana new ส่งบทความซึ่งพิมพ์ในแผ่นเก็บข้อมูล สำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์มายังที่บรรณาธิการ

4.2 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำภาษาไทยที่แปลงไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพโปสเตอร์แทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

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

#### 5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบ

#### ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ถือว่าเป็นผลงานวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 หรือ กองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน