

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา
THE OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND CONTROL 5th NAKHON RATCHASIMA

บรรณาธิการ

นางสาวสุชัญญา มานิตย์ศิริกุล สม. Suchanya Manitsirikul M.PH.

ที่ปรึกษา

นพ.วิชัย ชัตติยวิทยากุล พบ., สม. Vichai Kuttiyawithyakoon M.D., M.P.H.
 พญ.ชวนพิศ สุทธินนท์ พบ. Chuanpit Suttinont M.D.
 นพ.สมชาย ตั้งสุภาชัย พบ. Somchai Tungsupachai M.D.
 นพ.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร พบ. Teerawat Valaisathien M.D.
 นางสาวศรีสมร กมลเพชร วท.ม.(บริหารสาธารณสุข) Srisamorn Kamonped M.Sc. PH

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.พันธุ์ทิพย์ रामสูต สด. Pantyp Ramasoota Doctor of Public Health
 รองศาสตราจารย์อรุณ จิรวัดน์กุล วท.ม.(ชีวสถิติ) Associate Professor M.Sc. (Clinical
 Aroon Chirawatkul Epidemiology)
 นพ.ยuthichai เกษตรเจริญญ์ พบ. Yuthichai Kasetjaroen M.D. (Diplomate in
 Prevention Medicine)
 นพ.กฤษฏา มโหทาน พบ. Krisada Mahotarn M.D. (Diplomate in
 วท.ม.(ระบาดวิทยาคลินิก) Prevention Medicine)
 M.Sc. (Epidemiology)
 พญ.ผลีน กมลวัฒน์ พบ. Phalin Kamolwat M.D. (Diplomate in
 Prevention Medicine)
 ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ ปร.ด.(เวชศาสตร์เขตร้อน) Tassanee Silawan Ph.D. (Trop Med)
 ดร.เพ็ญศรี รักรวงศ์ ปร.ด.(การพยาบาล) Pensri Rauwong Ph.D. (Nursing)
 นางสาวธนวัน แสงพิศุทธิ์ วท.ม.(วิทยาการระบาด) Thanawan Saengpisut M.Sc. (Epidemiology)
 นายสุรชัย ศิลาวรรณ วท.ม.(วิทยาการระบาด) Surachai Silawan M.Sc. (Epidemiology)
 นายไพโรจน์ พรหมพินใจ 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 ชวนะนรเศรษฐ์ วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) Prempreet Chawanoraset M.Sc. (Public Health)
 นางดวงจันทร์ จันทร์เมือง วท.ม.(เภสัชศาสตร์) Doungjun Chanmuang M.Sc. (Pharmacy)

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง
เผยแพร่ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพ
และการพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ศึกษาได้จากคำแนะนำ
สำหรับผู้เขียนซึ่งอยู่ด้านท้ายของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ทุกฉบับ
ทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงานการวิจัย ถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบ
คำแนะนำ และบทความที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 แล้ว
ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการอื่น ๆ ได้

ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง

ศุภัญญา มานิตย์ศิริกุล

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา

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

สารบัญ / Content

ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน 2554 - กันยายน 2554

1. มุมมองงานวิจัย และการควบคุมโรคเรื้อนในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (ปี พ.ศ. 2555 - 2559) ศ.นพ. ชีระ รามสูต.....	5
2. ประสิทธิภาพของการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วมกันในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของแกนนำชุมชนตำบลสายตะกู อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ Effectiveness of Future Search Conference Technique in HIV/AIDS Prevention Activities by Community Leaders in Saitagu Subdistrict, Bangroad Distirct, Burirum Province. มยุรี ศิลป์ตระกูล.....	11
3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงาน ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี Health Behaviors of Working-Age Patients with HIV/AIDS Receiving Antiretroviral Therapy กัลยาณี ศิริพาณิชย์ศุกันต์.....	22
4. การส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อน ม. 11 ตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ Promotion of Health Seeking Behavior of Community Leprosy Contacts at Moo 11 Tumbol Ban Sok, Khonsawan District, Chaiyaphum Province ญาดา โตอุตชนม์.....	34
5. พฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา Behavior Basic Safety of Radiographic Darkroom Workers in Community Hospitals, Nakhon Ratchasima. เสกสรร คำชาย.....	44
ท้ายเล่ม คำแนะนำสำหรับผู้เขียน.....	58

มุมมองงานวิจัย และการควบคุมโรคเรื้อนในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (ปี พ.ศ. 2555 - 2559)

ศ.นพ. อีระ รามสูต

ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

งานวิจัยที่สอดคล้องกับนโยบาย และยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติ ปี 2545 - 2559 ได้แก่

1. การวิจัยเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและจิตใจและสังคมเศรษฐกิจสำหรับผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน
2. การวิจัยเกี่ยวข้องกับการพึ่งพาตนเอง ด้านสุขภาพและเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพอนามัย ที่เกี่ยวกับการบูรณาการงานกำจัดโรคเรื้อน โดยชุมชนเพื่อการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน
3. การวิจัยเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขและระบบการบริหารจัดการด้านบริการสาธารณสุข ที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนภายใต้นโยบายและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กรอบและทิศทางการวิจัยโรคเรื้อน

1. ประสิทธิภาพ ของเครือข่ายสถานบริการควบคุมโรคเรื้อนในสภาวะความชุกโรคต่ำ
2. ประสิทธิภาพ ของการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน
3. เภมทีในการพิจารณา พื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อน
4. ประสิทธิภาพในการใช้เครื่องมือ Monofilament ในการประเมินหน้าที่เส้นประสาท ในผู้ป่วยโรคเรื้อนในสภาวะความชุกโรคต่ำ เพื่อเร่งรัดพัฒนาคุณภาพงานป้องกันแก้ไขความพิการ
5. เทคโนโลยีในการช่วยจำแนกประเภทการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนในสภาวะความชุกโรคต่ำ

คำถามเชิงระบบที่สำคัญ

1. ระบบบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนเลือกประกันตนในหน่วยบริการสุขภาพคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ (CUP) ในพื้นที่ ได้รับการยอมรับและมีประสิทธิผลและความพึงพอใจต่อการใช้ และให้บริการของผู้ป่วยโรคเรื้อนและบุคลากรผู้ให้บริการมากขึ้น
2. ในสภาวะความชุกโรคต่ำมาก (0.1 ต่อประชากรหนึ่งหมื่น) จำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาในแต่ละอำเภอมีเพียงเฉลี่ย 0 - 3 คน โอกาสที่แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำ PCU, CUP จะพบผู้ป่วยโรคเรื้อนมีน้อยลงจนไม่มีเลย ความรู้และทักษะทางคลินิกย่อมหมดไป ทำให้ประสิทธิผลการเฝ้าระวังตรวจคัดกรองและค้นพบผู้ป่วยใหม่ และที่ตกค้างในพื้นที่ต่ำลง จนอาจกระทบต่อการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน ดังนั้นการฝึกอบรมและการดำเนินงานบูรณาการกำจัดโรคเรื้อนของบุคลากรสาธารณสุข ในระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงและวิจัยต่อไปอย่างไร
3. ในสภาวะความชุกโรคต่ำมาก (0.1 ต่อประชากร 1 หมื่น) จำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนและรักษาแต่ละอำเภอมีเพียงเฉลี่ย 0 - 3 คน โอกาสที่แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำ PCU, CUP จะพบผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เกิดอาการแทรกซ้อน และโรคห่อมีน้อยลงจนไม่มีเลย ความรู้และทักษะทางคลินิกย่อมหมดไป ทำให้ประสิทธิภาพของการส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าวไปยัง รพท. และ รพศ. และการตรวจรักษาผู้ป่วยที่รับการส่งต่อที่ รพท. และ รพศ. ย่อมมีประสิทธิผลต่ำลง จนกระทบต่อการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนได้ ปัญหาดังกล่าวจะปรับปรุงแก้ไขและวิจัยต่อไปอย่างไร
4. แม้สภาวะความชุกโรคต่ำมาก แต่ความรังเกียจเดียดฉันท์ (Social prejudice) และการประทับตราบาปทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้ที่หายป่วยแล้ว (Social stigmatization) ยังคงมีปรากฏอยู่ในประชาชน ชุมชน

xx

บุคลากรการแพทย์การสาธารณสุข จากอาการรอยโรคผิวหนังที่คงเหลืออยู่เป็นแผลเป็น และความพิการของมือเท้า ใบหน้า ที่ยังคงเหลืออยู่ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังรักษาอยู่หรือหายแล้วแต่เกิดอาการโรคอื่นๆ เช่น ต้อกระจก เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ฯลฯ และจำเป็นต้องไปรับการตรวจรักษาผ่าตัดที่ รพท / รพศ ซึ่งเป็น CUT และ CUS ในระบบส่งต่อในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า stigma และ prejudice ที่มีอยู่ดังกล่าวจะมีผลต่อการให้บริการตรวจรักษาและการผ่าตัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าวหรือไม่เพียงไรใน รพท. และ รพศ. ปัญหาดังกล่าวจะปรับปรุงแก้ไขและวิจัยต่อไปอย่างไร

5. จากนโยบายกระจายอำนาจงานสุขภาพบางส่วนให้แก่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล และ อบต. เช่น การโอนมอบนิคมโรคเรื้อรัง และงานสงเคราะห์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมจิตใจและอาชีพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งานจัดตั้งเครือข่ายจิตอาสาประชาสมาสัยในระดับตำบล / หมู่บ้านภายใต้การสนับสนุนของเทศบาล / อบต. เพื่อช่วยงานเฝ้าระวังสงเคราะห์และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อสนับสนุนการกำจัดโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติการโอนมอบงานดังกล่าวให้เทศบาลและ อบต. จากปัญหาความพร้อมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการยอมรับของชุมชนโดยรอบ รวมทั้งความรังเกียจโรคเรื้อรังของบุคลากร อบต. เทศบาล และชุมชนเอง ปัญหาดังกล่าวจะปรับปรุงแก้ไขและวิจัยต่อไปอย่างไร

6. สำหรับนิคมปราสาท สุรินทร์ที่ได้โอนมอบให้ อบต. ได้ ยังไม่มีการติดตามว่ามีผลกระทบต่อการทำงานภายในนิคมปราสาท และชุมชนโดยรอบมากนักเพียงไร และเนื่องจากเป็นความสำเร็จครั้งแรกของการกระจายอำนาจและโอนมอบนิคมให้ อบต. จึงควรวิจัยประเมินผลการวางแผนและดำเนินการนับแต่ต้นจนสำเร็จ เพื่อเป็นรูปแบบสำหรับการโอนนิคมและสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ให้แก่เทศบาลและ อบต. ต่อไป

7. ปัญหาจากความชุกโรคตำมากดังกล่าวใน 1 - 4 ยังมีผลกระทบต่อการมาตรวจวินิจฉัยที่ล่าช้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ ทำให้มีโอกาสแพร่โรคเรื้อรังในชุมชนก่อนได้รับการตรวจรักษา และมีความพิการเพิ่มมากขึ้นเป็นปัญหาทางสาธารณสุขตามมา และยังมีปัญหาบุคคล / แรงงานต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้านที่อพยพเข้ามาทำงานและนำโรคเรื้อรังมาแพร่ระบาดใหม่ได้ โดยปัจจุบันผลการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในแรงงานต่างด้าวนับแต่ปี 2541 เป็นต้นมา พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังถึงปีละเฉลี่ย 31 คน เพื่อให้การรักษาต่อไป ถ้าการเฝ้าระวังค้นหาและตรวจรักษาโรคเรื้อรังตลอดจนการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวประจำปีตามกฎหมาย ยังไม่มีการพัฒนาความรู้และทักษะด้านโรคเรื้อรังแก่แพทย์ผู้ตรวจอย่างเพียงพอ ถ้ามาตรการต่างๆ เหล่านี้ที่ดำเนินการในแรงงานต่างด้าวทำได้ต่อไปอย่างไม่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพและต่อเนื่องมากพอ ปัญหาดังกล่าวจะปรับปรุงแก้ไขและวิจัยต่อไปอย่างไร

8. ปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ซึ่งหลายจังหวัดเป็นพื้นที่ๆ ยังมีปัญหาความชุกโรคสูง เช่น บัตตานี นราธิวาส และยะลา และบุคลากรสาธารณสุข ไม่สามารถดำเนินการควบคุมโรคเรื้อรังในพื้นที่ได้อย่างครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน ย่อมมีผลกระทบต่อทำให้การควบคุมและกำจัดโรคเรื้อรังไม่มีประสิทธิภาพประสิทธิผล และอาจทำให้มีการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้นใหม่ต่อไปได้ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปัญหาดังกล่าวจะปรับปรุงแก้ไขและวิจัยต่อไปอย่างไร

9. ปัญหาความชุกและอัตราการเกิดผู้ป่วยใหม่ของโรคเรื้อรังในจังหวัดชายแดนภาคเหนือและภาคกลางที่ติดต่อกับพม่ายังพบอยู่ในระดับสูง เกินค่าเฉลี่ยทั่วประเทศ เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายประชากรเข้าออกจากพม่าสูง ปัญหาการคมนาคมและการสื่อสาร ฯลฯ ส่งผลให้มีการนำโรคเรื้อรังเข้ามาแพร่ระบาดและการดำเนินการติดตามเฝ้าระวังตรวจรักษาบุคคลต่างด้าวและการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขของพม่าระดับชายแดนด้านการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการดำเนินการควบคุมโรคเรื้อรังชายแดนร่วมกันยังทำได้จำกัดและมีปัญหาเพิ่มมากขึ้นปัญหาดังกล่าวจะปรับปรุงแก้ไขและวิจัยต่อไปอย่างไร

xx

10. ประสิทธิภาพการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน รพ.ชุมชน ที่ผ่านการรับรอง ซึ่งส่วนใหญ่ มีผู้ป่วยโรคเรื้อนลงทะเบียนรักษาเพียง 1 - 3 คน จะถือเป็นมาตรฐานได้มากน้อยในการรับรองคุณภาพ เพราะบริการ ทุกอย่างที่ย้ายตามเกณฑ์การรับรองคุณภาพทั้งปริมาณและคุณภาพ และเมื่อต่อไปไม่มีผู้ป่วยที่ลงทะเบียน รักษาอีกต่อไป มาตรฐานการรับรองต่างๆ จะคงอยู่อย่างยั่งยืนได้หรือไม่ และ รพช. ที่ตรวจรับรองแล้วจะมีผล ต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนในสภาวะความชุกต่ำต่อไปหรือไม่อย่างไร คุ่มค่าหรือไม่ในการดำเนินการ ตรวจรับรองที่ผ่านมา และที่จะดำเนินการรับรองต่อไป ปัญหาดังกล่าวจะปรับปรุงแก้ไขและวิจัยต่อไปอย่างไร

ระบบการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนของประเทศไทยในอีก 5 ปีข้างหน้า (2555-2559)

ระบบการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนของประเทศไทยในอีก 5 ปี ข้างหน้า (ปี 2555 - 2559) ภายใต้ สภาวะความชุกโรคเรื้อนที่ต่ำมาก (0.1 ต่อประชากร 1 หมื่น) ซึ่งในภาพรวมจะพบว่าจังหวัดและอำเภอส่วนใหญ่ จะไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนคงเหลือลงทะเบียนรักษาและพบใหม่อีก ขณะที่อำเภอในบางจังหวัดบางภาคอาจยังมี การกระจุกตัวของผู้ป่วยเก่าและใหม่ จากมีปัญหาด้านทางระบาดวิทยา สังคมวิทยา เช่น บางจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและปัญหาด้านการเคลื่อนย้ายเข้าออกของประชากรโดยเฉพาะในจังหวัดชายแดนติดต่อกับประเทศ เพื่อนบ้าน ที่ยังมีโรคเรื้อนชุกชุมและยังกำจัดไม่สำเร็จ เช่น พม่า ลาว กัมพูชา เป็นต้น ตลอดจนในจังหวัดชายแดน ที่มีปัญหาด้านการคมนาคม ชนกลุ่มน้อย การเคลื่อนย้ายประชากร และการก่อความไม่สงบ เช่น จังหวัดชายแดน ภาคเหนือ และภาคตะวันตก และจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นต้น อำเภอและจังหวัดที่มีปัญหาดังกล่าว จึงต้องเร่งส่งเสริมและปรับปรุงระบบและยุทธศาสตร์การดำเนินการเร่งรัดรณรงค์พิเศษเชิงรุกมากขึ้น เสริมยุทธศาสตร์เชิงรับ แบบบูรณาการที่มีอยู่เดิม (Leprosy Elimination Campaign : LEC)

อำเภอและจังหวัดที่มีความชุกเกิน 0.5 ต่อประชากรหนึ่งหมื่น และยังมีอัตราผู้ป่วยพิการเกรด 2 ที่เกินร้อยละ 10 ซึ่งแสดงถึงยังมีการมารับตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ล่าช้าจนเป็นแหล่งแพร่โรคเรื้อนต่อไปในชุมชน และเกิดความพิการซึ่งก่อปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจต่อไป รวมทั้งยังพบมีการค้นพบผู้ป่วยใหม่ในปีใดปีหนึ่งใน 5 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะยังพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กขึ้นในปีใดปีหนึ่งใน 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งสะท้อนถึงการยังมีการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนที่รุนแรง (Active transmission) และเป็นการแพร่ติดต่อที่เกิดขึ้นเมื่อไม่นาน (Recent transmission) อำเภอและจังหวัดดังกล่าว จึงควรจัดเป็นพื้นที่ๆ มีความเสี่ยงด้านโรคเรื้อนสูง (High Risk Areas) ซึ่งจะต้องมีการปรับระบบและยุทธศาสตร์ในเชิงรุก (Proactive) และเน้นหนักทุ่มเท เป็นพิเศษเฉพาะพื้นที่ (Focus) โดยจัดปรับการควบคุมโรคเรื้อนในรูปแบบโครงการปฏิบัติการเพื่อเร่งรัด กำจัดโรคเรื้อน (Special Action Program for acceleration of Elimination of Leprosy : SAPEL) ซึ่งสถาบันราชประชาสมาสัยและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะต้องร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในการระดมทรัพยากรจัดดำเนินการเสริมงานกำจัดโรคเรื้อนในรูปแบบกึ่งโครงการ ชำนาญพิเศษ (Semi Specialized/Vertical Leprosy Control Program) เช่น ใช้ทีมเคลื่อนที่พิเศษ หรือทีมเฝ้าระวังเคลื่อนที่เร็วพิเศษออกไปปฏิบัติงานเชิงรุกและเร่งรัดเป็นพิเศษในพื้นที่ดังกล่าว เสริมจาก งานควบคุมโรคและกำจัดโรคเรื้อนที่บูรณาการในระบบบริการสุขภาพและระบบส่งต่อทั้ง 3 ระดับ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ภายใต้ต้นนโยบายและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป หรือทีมผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน สหวิชาชีพเคลื่อนที่ (Interdisciplinary leprosy specialist team) ซึ่งมีทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อนและโรคผิวหนัง พยาบาลชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นักกายภาพบำบัด นักสังคมศาสตร์ แพทย์เฉพาะทาง ด้านจักษุวิทยา เวชศาสตร์ฟื้นฟู ฯลฯ จากสถาบันราชประชาสมาสัย และสำนักป้องกันควบคุมโรคเขต / โรงพยาบาลศูนย์ ในการออกไปดำเนินการฝึกอบรมในสนาม (On the spot training) การนิเทศงานทางวิชาการ การศึกษาวิจัย

xx

17. การศึกษาเปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์หาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคเห่อชนิดที่หนึ่ง และที่สองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนระหว่างและหลังรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสม

18. การพัฒนาเทคนิคทางห้องปฏิบัติการอณูวิทยา เช่น การตรวจ PCR การตรวจแอนติบอดี รวมถึงชุดทดสอบเร็วที่ได้มาตรฐาน เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคเรื้อรังระยะแรก อันเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังค้นหา และป้องกันการแพร่เชื้อโรคเรื้อรัง

19. การศึกษารูปแบบเครือข่ายระบบบริการสุขภาพและระบบสนับสนุนในการเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อรังในพื้นที่ปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

20. การศึกษารูปแบบเครือข่ายระบบบริการสุขภาพและระบบสนับสนุนในการเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดชายแดนไทยกับพม่า กับพม่าและลาว

21. การพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวัง ค้นหา รักษาและการตรวจสุขภาพประจำปีรวมทั้งติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย

22. การพัฒนารูปแบบระบบเฝ้าระวังค้นหา สงเคราะห์และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเครือข่ายชมรมจิตอาสาประชาสามัคคี และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในสภาวะความชุกโรคต่ำ

23. การประเมิน ศักยภาพความรู้ ทักษะการปฏิบัติตามแนวทาง / มาตรการในการกำจัดโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน ในเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในหน่วยงานบริการสุขภาพระดับต่างๆ ของจังหวัดที่ยังพบมีและไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับการรักษา

ประสิทธิผลของการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วมกันในการป้องกัน การติดเชื้อเอดส์ของแกนนำชุมชนตำบลสายตะกู อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ Effectiveness of Future Search Conference Technique in HIV/AIDS Prevention Activities by Community Leaders in Saitagu Subdistrict, Bangroad Distirct, Burirum Province.

มยุรี ศิลป์ตระกูล ป.พยาบาลศาสตร์ Mayuree Siltrakul B.N.
ญาดา โตอุตชนม์ สม. Yada Toutachon M.PH.
นิยม ไกรปุย สศม. Niyom Kraipui M.SW.
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา The Office of Disease Prevention and Control 5th
Nakhon Ratchasima

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนา
ศักยภาพของแกนนำชุมชน ตำบลสายตะกู อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
ระหว่างเดือนตุลาคม 2552 – กันยายน 2553 โดยประยุกต์เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคต
ร่วมกัน (Future Search Conference: F.S.C) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นแกนนำชุมชน
ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน วัดประสิทธิผลใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้เรื่องโรคเอดส์ของแกนนำชุมชน
ก่อนและหลังทดลองโดยใช้แบบสอบถาม 2) ประเมินความสามารถของแกนนำในการจัดทำแผนปฏิบัติการ
เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ 3) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโรคเอดส์ของประชาชนในตำบลทดลอง
เปรียบเทียบกับตำบลควบคุม สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์ใช้ paired
t-test ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองแกนนำชุมชนมีการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) มีการกำหนดวิสัยทัศน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชน
และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่วิสัยทัศน์ดังกล่าว จำนวน 7 กิจกรรม ประกอบด้วย การให้สุขศึกษา
ประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐาน การติดตั้งตู้ถุงยางอนามัยแบบหยอดเหรียญและมีการดำเนิน
กิจกรรมเชิงคุณภาพ ได้แก่ การพัฒนาให้เกิดแกนนำใหม่ ๆ ในชุมชนเพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เช่น
การพัฒนาแกนนำผู้ปกครองในการสื่อสารเรื่องเพศกับลูก การพัฒนาแกนนำเยาวชนป้องกันเอดส์ โดยสามารถระดม
งบประมาณจากแหล่งทุนต่างๆ เพื่อมาดำเนินกิจกรรม ส่วนผลของการจัดกิจกรรมของแกนนำชุมชนทำให้ประชาชน
ในตำบลทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ในขณะที่ความรู้ของ
ประชาชนในตำบลควบคุมไม่มีความแตกต่างในการวัดก่อนและวัดหลัง การกระตุ้นและสนับสนุนจากภาครัฐ
ให้เกิดกระบวนการคิดโดยประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน สามารถทำให้แกนนำ
ชุมชนเกิดความตระหนักต่อปัญหาโรคเอดส์ และเกิดความร่วมมือร่วมแรงและร่วมใจในการดำเนินงานเพื่อแก้ไข
ปัญหาจากรากของปัญหา โดยชุมชนเพื่อชุมชนอย่างแท้จริง

Abstract

This study is a quasi-experimental research aiming to study the effectiveness of the
Future Search Conference Technique (F.S.C) with a strong social support to increase the

XX

potential of the parish community in HIV/AIDS prevention and solution in Saitagu Subdistrict, Bangroad District, Burirum Province between October 2009 (B.E. 2552) – September 2010 (B.E. 2553). The effectiveness of the Future Search Conference Technique (F.S.C) in HIV/AIDS prevention activities was evaluated in three aspects. First, the recognition of HIV/AIDS among community leaders was measured before and after intervention the techniques by the query. Second, the ability of community leaders to prepare an action plan to prevent HIV/AIDS infection in the community was assessed. Finally, the knowledge about HIV/AIDS in people living in study community was compared with those in control subdistrict. Statistical data analysis included descriptive statistics and paired t-test. The study results showed that after intervention, community leaders have higher recognition to HIV/AIDS related issues significantly (p -value <0.05). In addition, the vision and an action plan to tackle HIV/AIDS prevention in community were developed by 1) increasing public health education 2) implementing the coin box of condoms in community and 3) developing new leaders in the community to get involved in operations an action plan such as the development of lead parents to communicate about sex with their children and the development of youth leaders. The community leaders could raise funding support from various sources for implementing their action plan. The results of the HIV/AIDS prevention activities also significantly increased the knowledge about HIV/AIDS among people in study community (p -value <0.05). Thus, the motivation and support from the government to develop systematic thinking process by applying Future Search Conference Technique (F.S.C) can facilitate the community to raise awareness and be involved in problem solving from the rootcause by themselves and truly for themselves.

บทนำ

จากสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย ตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยรายแรกในปี 2527 จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2552 สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์สะสมรวมทั้งสิ้น 351,523 ราย เสียชีวิตแล้ว 94,944 ราย (ร้อยละ 27) ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ เพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 83.9) และพบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25 - 39 ปี) มีจำนวนผู้ป่วยสะสมมากที่สุด (ร้อยละ 85.5) รองลงมาคือ กลุ่มเยาวชน (อายุ 15 - 24 ปี) พบร้อยละ 9.1 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่แสดงอาการ แต่สามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้อยู่ปะปนในสังคมอีกประมาณ 4 - 5 แสนคน⁽²⁾

สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในเขตสาธารณสุขที่ 14 ซึ่งประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา บุรีรัมย์ ชัยภูมิ สุรินทร์ ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2552 มีผู้ป่วยเอดส์สะสมรวมทั้งสิ้น 16,582 ราย เป็นผู้ป่วยของจังหวัดบุรีรัมย์ 4,226 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.20 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งประเทศ⁽¹⁾ โดยพบผู้ป่วยเอดส์กระจายอยู่ในทุกอำเภอ ส่วนอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 311 คน (30 เม.ย. 52) และกระจายอยู่ในทุกตำบลเช่นกัน จำนวนระหว่าง 18-59 คน และพบว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละตำบลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽³⁾

ปัจจุบันรัฐบาลได้มีพระราชบัญญัติกำหนดแผนการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่เน้นบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถดำเนินการต่างๆ ในพื้นที่ของตนเองได้ หนึ่งในหน้าที่ที่ต้องทำ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ของแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม F.S.C
2. เพื่อศึกษาการดำเนินงานของแกนนำชุมชนหลังจากได้รับการพัฒนาโดยกระบวนการ F.S.C
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเอดส์ของประชาชนในตำบลทดลองและตำบลควบคุม

สมมุติฐานงานวิจัย

1. การรับรู้เรื่องโรคเอดส์ของแกนนำชุมชนหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ
2. แกนนำชุมชนสามารถจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้
3. ภายหลังจากจัดกิจกรรมของแกนนำชุมชน ประชาชนในตำบลทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์มากกว่าตำบลควบคุม

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้าหรือมาตรการ (Intervention) ที่ให้ ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน (F.S.C) ให้แก่แกนนำชุมชน รวมทั้ง กระตุ้นเตือนและนิเทศติดตามจากผู้วิจัย

ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้เรื่องโรคเอดส์และการจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ของแกนนำชุมชน การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์ของประชาชนในตำบลทดลอง

นิยามศัพท์

เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference: F.S.C) หมายถึง กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้แทนกลุ่มต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องนั้น ๆ มาร่วมกันทำงาน โดยนำเอาประสบการณ์และบทเรียนของแต่ละคนและกลุ่มมาสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน และสร้างสำนึกพร้อมกัน พันธสัญญา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่ออนาคตที่ตีร่วมกัน ภายใต้อิทธิพลดังกล่าว ทุกคนจึงทำงานด้วยความหวัง โดยมีเป้าหมายที่สมาชิกทุกคนยอมรับและลดการใช้ปัญหา หรือการแก้ไขปัญหานั้นเป็นตัวตั้งในการทำงาน เพราะมักจะทำให้เกิดความขัดแย้งและความท้อแท้สิ้นหวังตามมา ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่

1. การวิเคราะห์เหตุการณ์ในอดีต เพื่อเชื่อมโยงกับสภาพการณ์และแนวโน้มในปัจจุบัน
2. การวิเคราะห์และสังเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันเพื่อความเข้าใจในทิศทางและปัจจัยที่มีอิทธิพลในประเด็นหลักของการประชุม
3. การสร้างจินตนาการถึงอนาคตที่พึงปรารถนาในประเด็นหลักของการประชุมเพื่อร่วมกันกำหนดความคิดเห็นร่วมและสร้างแผนปฏิบัติการไปสู่อนาคตร่วมกัน

แกนนำชุมชน หมายถึง ผู้นำชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบลหรือหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพของ อบต. หัวหน้าสถานีอนามัย ประธาน อสม. ครู แกนนำเยาวชน

การรับรู้เรื่องโรคเอดส์ หมายถึง การรับรู้ของแกนนำชุมชนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรคเอดส์

ความรู้เรื่องโรคเอดส์ หมายถึง ความสามารถจำได้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง การติดต่อ และการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มประชาชน

การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนกำหนดกิจกรรม
ด้านป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการระดมทรัพยากรในการดำเนินงานของแกนนำชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

1. เป็นการศึกษ เฉพาะกลุ่มแกนนำชุมชนที่ได้รับคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด มีความพร้อม
และเต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมรวมถึงประชาชนที่สุ่มได้ในตำบลสายตะกู ซึ่งเป็นตำบลทดลองและตำบลจับตาดู
ซึ่งเป็นตำบลควบคุมในอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์
2. ระยะเวลาในการศึกษา ตุลาคม 2552 – กันยายน 2553

1. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) วัดผลก่อนและหลังการดำเนินการ

2. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ดังนี้

ก. กลุ่มแกนนำชุมชน

ประชากร คือ แกนนำชุมชนซึ่งได้รับการแต่งตั้งทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการที่อยู่ในตำบลสายตะกู
อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกโดยเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด
ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลสายตะกู 1 คน หัวหน้าสถานีอนามัย
2 คน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน 5 คน ครูอนามัยโรงเรียน 5 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข 16 คน แกนนำสื่อท้องถิ่น
1 คน รวม 30 คน

ข. กลุ่มประชาชน

ประชากร คือ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่อายุ 15 - 65 ปี โดยอาศัยอยู่ในชุมชนไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
ในตำบลทดลอง ได้แก่ตำบลสายตะกู จำนวน 6,428 คน และตำบลควบคุม ได้แก่ ตำบลจับตาดู ซึ่งเป็นตำบล
ที่อยู่ใกล้มากที่สุดและมีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 5,278 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 15 - 65 ปี ที่คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย
(Simple random sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่ม (Random numbers table) ซึ่งในแต่ละครั้งที่สุ่ม สมาชิก
แต่ละหน่วยมีโอกาสถูกคัดเลือกเท่ากัน ขนาดของตัวอย่างใช้สูตรตารางของ Daniel; 1999

$$n = \frac{\delta^2 (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{(ES)^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง δ^2 แทนความแปรปรวนความคลาดเคลื่อนของประชากร, Z_{α} และ
 Z_{β} แทน คะแนนมาตรฐาน Z ณ ระดับ α และ β ที่นักวิจัยกำหนดไว้ตามลำดับ และ ES แทนขนาดผลของการ
จัดกระทำทางการวิจัย ซึ่งเทียบเคียงได้กับระดับความแม่นยำที่นิยมในรูปของผลต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากร
ที่แท้จริงและที่คาดหวัง ($\mu - \mu_0$)

ในการศึกษานี้ต้องการอำนาจการทดสอบ 0.80 สำหรับตรวจพบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของ
ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้เรื่องโรคเอดส์ในหมู่บ้านทดลองและควบคุม เท่ากับ 5 คะแนน (โดยวัดจากแบบสอบถาม)
และค่าประมาณความแปรปรวนเท่ากับ 100 ณ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ดังนั้น $\delta^2 = 100$; $Z_{\alpha_{0.05}} = 1.645$; $Z_{\beta} = Z_{0.20} = 0.842$, $ES = 5$

xx

$$n = \frac{100 (1.645 + 0.842)^2}{(5)^2}$$
$$= 24.74$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษามีจำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 49.48 คน หรือ 50 คน (2 x 24.74) คือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 100 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 3.1 แบบทดสอบการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มแกนนำชุมชน
- 3.2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มประชาชน

4. วิธีดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 4.1 เก็บรวบรวมข้อมูลการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มแกนนำชุมชนก่อนการทดลอง
- 4.2 พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนโดยประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน (F.S.C) เป็นเวลา 2 วัน จนได้วิสัยทัศน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของตำบลสายตะกู ตลอดจนแผนงานโครงการและผู้รับผิดชอบในการดำเนินงาน โดยที่องค์การบริหารส่วนตำบลสายตะกูจะเป็นผู้จัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้วย เช่น งบประมาณ ส่วนผู้รับผิดชอบในการดำเนินการตามแผนแกนนำชุมชนจะเป็นผู้ดำเนินการ โดยผู้วิจัยจะทำหน้าที่เพียงสนับสนุนทางด้านวิชาการและติดตามการดำเนินงานของแกนนำเท่านั้น
- 4.3 ผู้วิจัยสนับสนุนเอกสารความรู้และสื่อการสอนเรื่องโรคเอดส์แก่แกนนำชุมชน
- 4.4 เก็บรวบรวมข้อมูลในด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์ของประชาชนในตำบลทดลองและตำบลควบคุม ก่อนที่จะมีการดำเนินกิจกรรมของแกนนำชุมชน
- 4.5 ทีมวิจัยติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์เป็นระยะๆ
- 4.6 ติดตามนิเทศงานในพื้นที่หลังการพัฒนาไปแล้ว 3 เดือน
- 4.7 ทีมวิจัยลงพื้นที่ร่วมสังเกตการณ์ในการจัดกิจกรรมของทีมแกนนำ
- 4.8 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ทั้งของแกนนำชุมชนและประชาชน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

- ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อศึกษาความแตกต่างของข้อมูล 2 ชุด ได้แก่ Paired t – test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มแกนนำส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) อายุ 55 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 30) รองลงมาอยู่ระหว่าง 25 – 34 ปี (ร้อยละ 26.7) โดยมีอายุเฉลี่ย 41.5 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8 ปี แกนนำชุมชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ได้แก่ การทำไร่ ทำนา ทำสวนยางพารา (ร้อยละ 76.7) ส่วนสถานภาพทางสังคม หรือตำแหน่งในชุมชนพบว่า ส่วนใหญ่เป็น อสม. (ร้อยละ 43) รองลงมาเป็นกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 16.6) และเกินครึ่งเคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์แล้ว (ร้อยละ 56.7)

2. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มแกนนำชุมชนตำบลทดลอง ก่อนและหลังทดลองพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เรื่องโรคเอดส์หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

xx

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ของแกนนำตำบลตลองก่อนและหลังทดลอง

การรับรู้เรื่องโรคเอดส์	N	X̄	SD	t-value	95% CI		p-value
					lower	upper	
ก่อนทดลอง	30	51.38	4.84	4.25	8.37 – 23.97		0.00
หลังทดลอง	30	67.55	20.84				

3. ผลการพัฒนาศักยภาพโดยใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน (F.S.C) โดยแกนนำได้ระดมสมองวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่ ซึ่งพบปัญหา ดังนี้

- ปัญหาด้านเทคโนโลยี เยาวชนมีมือถือไหลดคลิกไปป์ จีบกัน หาแฟน ใช้ Internet ดูหนังไปป์ วีดีโอไปป์ มีมอเตอร์ไซด์ ทำให้ไปมาสะดวกเปิดโอกาสให้ได้ใกล้ชิดกัน วิทยุชุมชนก็สื่อให้ชาวบ้านพบกันง่ายขึ้น
- ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมในตำบลมีสวนสาธารณะ ป่ายาง กอไผ่ มีร้านอาหารโอเค ทำให้เป็นแหล่งพบปะ มั่วสุม และเอื้อให้มีเพศสัมพันธ์
- ด้านสังคม/เศรษฐกิจ พบว่า พ่อแม่ต้องอพยพไปทำงานต่างถิ่นทิ้งให้ลูกหลานอยู่กับตายาย ขาดความอบอุ่น ต้องแสวงหาสิ่งชดเชยในทางผิด ๆ บางครอบครัว พ่อ-แม่ ชอบดูหนังไปป์ลูก ๆ ก็เอาอย่าง
- ด้านวัฒนธรรม นิยมเลียนแบบตะวันตก มีค่านิยมวัตถุ ส่งผลให้พฤติกรรมของเยาวชนเปลี่ยนไป เยาวชนไม่รักนวลสงวนตัว มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรโดยไม่ป้องกัน มีพฤติกรรมชอบความรุนแรง

หลังจากนั้นแกนนำได้ร่วมกันกำหนดภาพอนาคตที่ชุมชนอยากเห็น ดังนี้

“สังคมอบอุ่น พื้นฟูวัฒนธรรม ผู้นำเข้มแข็ง เศรษฐกิจพอเพียง พร้อมเพรียงป้องกันโรคเอดส์”

โดยได้ร่วมกันกำหนดกิจกรรมและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม เพื่อมุ่งสู่ภาพอนาคตที่ชุมชนอยากเห็น โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล 25,000 บาท ประกอบกับในปีงบประมาณ 2553 กรมควบคุมโรคได้มีโครงการสนับสนุนงบประมาณแก่ตำบล/อำเภอ ที่มี อบต. ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อป้องกันเอดส์ กลุ่มแกนนำสตรีรวมตัวกันภายใต้ชื่อ “กลุ่มสตรีพิทักษ์เอดส์” จัดทำโครงการเพื่อขอรับสนับสนุนงบประมาณดังกล่าวผ่าน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ในนามองค์กรเอกชนด้านเอดส์และได้รับสนับสนุนงบประมาณจำนวน 87,300 บาท นำมาบูรณาการกับงบประมาณของ อบต. เพื่อดำเนินกิจกรรมตามที่จัดลำดับความสำคัญไว้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 กิจกรรมด้านการป้องกันเอดส์ของตำบลสายตะกู

โครงการ/กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
1. ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเอดส์ทางวิทยุชุมชน	แกนนำสื่อท้องถิ่น
2. รณรงค์โรคเอดส์ในหมู่บ้าน โดย อสม. และ อบต.	หัวหน้าสถานีอนามัย อบต.
3. พัฒนาแกนนำผู้ปกครองในการสื่อสารเรื่องเพศกับลูก (36 คน)	แกนนำครู อสม.
4. ค่ายพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชนในการป้องกันเอดส์	แกนนำครู แกนนำสตรี
5. ประกวดครอบครัวตัวอย่าง	แกนนำครู หัวหน้าสถานีอนามัย
6. ติดตั้งตู้ถุงยางอนามัยแบบหยอดเหรียญในชุมชน 2 ตู้	หัวหน้าสถานีอนามัย
7. ติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน	หัวหน้าสถานีอนามัย

xx

โดยพบว่าแกนนำสามารถดำเนินกิจกรรมได้ 6 กิจกรรม คงเหลือกิจกรรมที่ 5 คือ การประกวดครอบครัวตัวอย่างที่ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากผู้รับผิดชอบมีภารกิจมากประกอบกับสถานื่อนามัยก็อยู่ในช่วงปรับเปลี่ยนโครงสร้างเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ขาดการประสานงานและติดตามการดำเนินงาน

4. ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างในตำบลทดลองหลังการดำเนินกิจกรรมของแกนนำ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นกว่าก่อนการดำเนินกิจกรรมของแกนนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างในตำบลทดลองก่อนและหลังดำเนินการ

การรับรู้เรื่องโรคเอดส์	N	X̄	SD	t-value	95% CI		p-value
					lower	upper	
ก่อนทดลอง	50	5.42	1.39	2.48	0.12	1.12	0.02
หลังทดลอง	50	6.04	1.12				

5. ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างในตำบลควบคุม ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมของแกนนำพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างในตำบลควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้เรื่องโรคเอดส์	N	X̄	SD	t-value	95% CI		p-value
					lower	upper	
ก่อนทดลอง	50	6.02	0.94	1.60	0.09	0.81	0.12
หลังทดลอง	50	6.38	1.34				

6. ผลการเปรียบเทียบช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างในตำบลทดลอง พบว่าก่อนทดลองในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ทางโทรทัศน์ (ร้อยละ 82) รองลงมาเป็นการรับรู้ข้อมูลจาก อสม. (ร้อยละ 40) หลังการทดลองพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ทางโทรทัศน์ (ร้อยละ 90) รองลงมาคือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 62) และเป็นที่น่าสนใจที่ การรับรู้ทางวิทยุชุมชนเพิ่มขึ้นมากกว่าทุกช่องทางคือ 2.4 เท่า (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่างในตำบลทดลอง

	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		อัตราเพิ่ม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โทรทัศน์	41	82	45	90	1.1 เท่า
โปสเตอร์ในโรงพยาบาล	13	26	29	58	2.2 เท่า
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน	14	28	31	62	2.2 เท่า
เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	16	32	27	54	1.7 เท่า
อสม.	20	40	33	44	1.1 เท่า
วิทยุชุมชน	9	18	22	44	2.4 เท่า

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง แกนนำชุมชนมีการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < 0.5$ ทั้งนี้ น่าจะเป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมของแกนนำ โดยมีการอภิปรายซักถามและแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ ร่วมกันจนเกิดความเข้าใจ ประกอบกับแกนนำส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมเรื่องโรคเอดส์มาแล้ว ร้อยละ 56.7 และส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขถึงร้อยละ 43 ซึ่ง อสม. มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยและการสื่อสารสาธารณสุข ทำให้คะแนนการรับรู้เรื่องโรคเอดส์สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิวิธรา จิโรจนวัฒน์ และคณะ (2545)⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม AIC และ PRA พบว่า แกนนำชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้เรื่องโรคเอดส์เพิ่มขึ้น

จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาศักยภาพแกนนำโดยประยุกต์เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน (F.S.C) ทำให้ชุมชนเกิดโครงการกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับ ญาตา โตอุตซนัม และคณะ (2550)⁽⁸⁾ ที่ศึกษาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ของตำบลหนองไม้งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการใช้นโยบาย AIC และ F.S.C ทำให้ชุมชนเกิดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา โดย อบต. เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ ทำให้เกิดการดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของปรีชา สันรัมย์ (2541)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเรื่องพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล ที่พบว่ากิจกรรมแทรกแซงเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถพัฒนาให้คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล มีการจัดทำแผนพัฒนาตำบล ซึ่งการศึกษาค้างนี้พบว่าแกนนำชุมชนตำบลสายตะกูสามารถร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติงานในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์โดยชุมชนเพื่อชุมชนถึง 7 กิจกรรมได้แก่ การให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเอดส์ทางวิทยุชุมชน รณรงค์โรคเอดส์ในชุมชน พัฒนาแกนนำผู้ปกครองในการสื่อสารเรื่องเพศกับลูก ค่ายพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชนในการป้องกันเอดส์ ประกวดครอบครัวตัวอย่าง ติดตั้งตู้ถุงยางอนามัยแบบหยอดเหรียญ และการตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะกิจกรรมการพัฒนาแกนนำผู้ปกครองในการสื่อสารเรื่องเพศกับลูก ซึ่งเรื่องเพศเป็นรากของปัญหาเอดส์ แต่พบว่าในสังคมไทยโดยทั่วไปมักไม่ค่อยมีการสื่อสารเรื่องเพศ โดยหลายคนยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ยังคงเชื่อว่าเรื่องเพศเป็นสิ่งที่น่าอาย ไม่ควรนำมาพูด⁽¹²⁾ ใครพูดเรื่องเพศมักถูกมองว่าเป็นคนมั่วมากทางกามารมณ์ จึงทำให้โรคเอดส์ยังคงแพร่ระบาดในวงกว้างมากขึ้นในปัจจุบัน แต่จากผลการประเมินหลังเข้าอบรมพบว่า ผู้ปกครองมีความพึงพอใจและเข้าใจมากขึ้น มีการพูดคุยกับลูกและนำไปแนะนำกับคนในชุมชนต่อไป ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาให้เกิดแกนนำใหม่ ๆ ในชุมชน เพื่อไปดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในพื้นที่ต่อไปซึ่งจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืน

ในการดำเนินงานของตำบลดังกล่าวพบว่า เจ้าหน้าที่จากสถานีอนามัยเป็นผู้มีบทบาทหลักในการเชื่อมโยงประสานกับภาคีแกนนำและติดตามการดำเนินงาน สอดคล้องกับ ญาตา โตอุตซนัม⁽⁸⁾ ที่เสนอแนะว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ต้องเป็นผู้ที่มีสมรรถนะในการประสานงานและดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย สามารถชี้แจงองค์การบริหารส่วนตำบลเห็นความสำคัญของการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ซึ่งแกนนำจากสถานีอนามัยในตำบลที่ทำการทดลอง สามารถดำเนินการดังกล่าวจนได้รับสนับสนุนงบประมาณในการป้องกันเอดส์จากองค์การบริหารส่วนตำบลในปี 2553 และบรรจุเข้าในแผน 3 ปี นอกจากนั้นแกนนำสตรีก็ได้จัดทำโครงการในนามองค์การเอกชนด้านเอดส์ เพื่อขอรับงบประมาณจากกรมควบคุมโรคผ่านทางสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา เพื่อบริหารโครงการที่กำหนดไว้ แสดงให้เห็นถึงความสามารถของแกนนำหลังจากได้รับการพัฒนาดังกล่าว

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี

Health Behaviors of Working-Age Patients with HIV/AIDS Receiving Antiretroviral Therapy

กัลยาณี ศิริพานิชย์ศุกนต์ พย.ม.* Kanlayanee Siriphanitsakunt MNS*
สุวรรณา บุญยะลีพรรณ ปร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)** Suwana Boonyaleepun Ph.D. (Public Health)
*โรงพยาบาลศิครภูมิ จังหวัดสุรินทร์ Sikhoraphurn Hospital, Surin Province
**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไปที่โรงพยาบาลศิครภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 71 ราย ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2554 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีของ สุวรรณา บุญยะลีพรรณ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($X = 3.53$, $S.D. = 0.24$) เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านที่อยู่ในระดับดีมากมี 3 ด้าน เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อยได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ($X = 3.75$, $S.D. = 0.22$) 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ($X = 3.66$, $S.D. = 0.37$) 3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด ($X = 3.62$, $S.D. = 0.39$) ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับดีมี 3 ด้าน เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ 1) พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ($X = 3.40$, $S.D. = 0.49$) 2) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ($X = 3.14$, $S.D. = 0.55$) 3) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($X = 3.10$, $S.D. = 0.52$)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและรายข้อ พบว่าควรให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย โดยเฉพาะเรื่องการหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่างๆที่เหมาะสม และพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเฉพาะเรื่องการศึกษากับคนที่ไว้วางใจเมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิต และการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน ซึ่งบุคลากรที่มสุขภาพควรมีการวางแผนร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในการหาวิธีสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย อันจะส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ ลดปัญหาการติดยาต้านไวรัสเอชไอวีในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพ

xx

และคุณภาพชีวิตที่ดี

Abstract

This descriptive research aimed to study the health behaviors of working-age patients with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy at Sikhoraphum Hospital. The conceptual framework was based on Pender's Health Promotion Model. The sample group consisted of 71 working-age patients who have been receiving antiretroviral therapy for at least 5 years at Sikhoraphum Hospital, Surin province. The collecting of data had been done during January 2011 to March 2011. The research tool utilized a questionnaire technique consisting of demographic data and the health behaviors of persons with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy was developed by Suwana Boonyaleepun, and tested for reliability using Cronbach's alpha coefficient that yielded a result of 0.86. Data were analyzed to calculate frequency, percentage, mean (X) and standard deviation (S.D.).

Research results: 1) The overall health behavior level: An overview of the sample group have revealed that most participants have the highest level of health behavior ($X = 3.53$, $S.D. = 0.24$). Health behavior level in each aspect: The health behavior aspect score at a highest level have three categories The performance of health behavior have been categorized from highest to lowest score as followings: 1) Health behavior of health responsibility ($X = 3.75$, $S.D. = 0.22$) 2) Health behavior of spiritual growth ($X = 3.66$, $S.D. = 0.37$) 3) Health behavior of stress management ($X = 3.62$, $S.D. = 0.39$). The health behavior aspect score at a high level have three categories. The performance of health behavior have been categorized from highest to lowest score as followings: 1) Health behavior of nutrition ($X = 3.40$, $S.D. = 0.49$) 2) Health behavior of physical activities ($X = 3.14$, $S.D. = 0.55$) 3) Health behavior of interpersonal relations ($X = 3.10$, $S.D. = 0.52$).

The results of the overall health behavior of patients are at highest level. However, to generate the health behavior in each aspect, the lowest score of the average score is in the health behavior of physical activities especially the learning of the appropriated exercise, and also the health behavior of interpersonal relations such as to consult close person when they get some problems and seek information about HIV infection. Planning on the proper ways of health promotion which serve the real needs of patients should be launched together by the health care providers and HIV patients, both in group and individual activity. The activity would affect the adherent and gradual of HIV medicinal treatment and help preventing drug resistance in the future. The patients' health condition and quality of life would be developed. They could live a longer life, capable to work and not be a burden

xx

to family and society.

บทนำ

สถานการณ์เอดส์ทั่วโลกล่าสุด UNAIDS/WHO คาดว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 33.4 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่ประมาณ 31.3 ล้านคน⁽¹⁾ ส่วนในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 รวมทั้งสิ้น 366,945 ราย พบว่ารายงานผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานและวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 93.43⁽²⁾ จังหวัดสุรินทร์ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533-31 มีนาคม พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยเอดส์สะสมจำนวน 4,937 ราย สูงเป็นลำดับที่ 6 จาก 19 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นผู้ที่ยังคงมีชีวิตอยู่ 4,125 ราย กลุ่มอายุที่พบป่วยสูงสุดคือกลุ่มวัยแรงงานสูงถึงร้อยละ 65⁽³⁾ ส่วนในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2553 จำนวน 470 ราย⁽⁴⁾ สำหรับการสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วยเอดส์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานและวัยเจริญพันธุ์ มีทั้งการสูญเสียโดยตรงจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ายา และทรัพยากรสาธารณสุขต่างๆ ซึ่งต้องเข้าไปเนื่องจากการเจ็บป่วยและการสูญเสียผลผลิต รวมถึงการสูญเสียแรงงาน การสูญเสียการลงทุนที่เกิดจากการศึกษาและการฝึกอบรมทั้งบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ติดเชื้อ และการลงทุนในตัวผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียทางอ้อมที่เกิดจากการสูญเสียรายได้ที่พึงจะเกิดขึ้นของผู้ป่วยเอดส์ถ้าไม่ต้อป่วยและตายก่อนวัยอันควร อีกทั้งยังมีผลกระทบที่รุนแรงต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมที่แวดล้อม⁽⁵⁾

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพ ควบคุมปริมาณเชื้อไวรัส เอชไอวีได้ และให้เกิดการติดต่อยาน้อยที่สุดนั้น ผู้ป่วยต้องมี Adherence ที่ดีมากที่สุด คือพฤติกรรมมารับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ต่อเนื่องสม่ำเสมอถึงร้อยละ 95 ตั้งแต่เริ่มต้นให้ยา รวมทั้งมีความต่อเนื่องของการรับประทานยานี้ ตลอดไป⁽⁶⁾ และเพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมร่วมกันกับการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมานานกว่า 5 ปี จำนวน 132 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไปทำงานต่างจังหวัดและต้องเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลศีขรภูมิ จากการประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส เอชไอวี พบว่าความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีมีแนวโน้มที่ลดลงจากปี พ.ศ. 2550 อยู่ในระดับร้อยละ 98 เป็นร้อยละ 93 ในปีพ.ศ. 2553 ผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีแล้วเกิดเชื้อติดต่อยานในกลุ่มวัยแรงงาน ปี พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2553 มีจำนวนทั้งสิ้น 8 ราย⁽⁴⁾ และจากผลการศึกษานำร่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในวัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่โรงพยาบาลศีขรภูมิจำนวน 10 คน พบว่ายังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต เช่น ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ Medication adherence ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในวัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปที่โรงพยาบาลศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีมาก่อน รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al.⁽⁷⁾ ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยอาศัยแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ใช่ต้องการแค่เพียงหลีกเลี่ยงโรคเท่านั้น เมื่อบุคคลมีการผสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตในทุกด้าน ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพที่ดี และระยะเวลา 5 ปีเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะคงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติ

xx

พฤติกรรมสุขภาพนั้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต⁽⁸⁾ โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงรุกในการวางแผนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในหน่วยงานของผู้วิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป ที่โรงพยาบาลศิครณี จังหวัดสุรินทร์

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยเป็นพฤติกรรมที่เน้นความต้องการที่จะดำรงชีวิตและเพิ่มความผาสุกให้คงอยู่ มีการผสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพและส่งเสริมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ปลอดภัยจากปัญหาการดื้อยา ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน (Pender et al.,) ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) 2) การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical activity) 3) โภชนาการ (Nutrition) 4) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) 5) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth) 6) การจัดการกับความเครียด (Stress management) ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีของ สุวรรณ บุญยะสิทธิ์พรณ⁽⁹⁾

ยาต้านไวรัสเอชไอวี หมายถึง ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมีจุดมุ่งหมายในการรักษาเพื่อหยุดการเพิ่มจำนวนไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น มีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ไม่มีอาการจากการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็ง ลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ มีชีวิตยืนยาวขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี

Medication adherence หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอถึงร้อยละ 95 ตั้งแต่เริ่มต้นให้ยา และมีความต่อเนื่องของการรับประทานยาไปตลอดไป เพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีประสิทธิภาพควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ และให้เกิดการดื้อต่อยาให้น้อยที่สุด

CD4 cell count หมายถึง ระดับเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 ซึ่งเป็นเซลล์เป้าหมาย (Target cell) ของเชื้อเอชไอวีที่ใช้ในการแบ่งตัว โดยเชื้อเอชไอวีที่มีการแบ่งตัวอย่างต่อเนื่องในร่างกายจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไปเรื่อยๆ จนถึงจุดหนึ่ง ร่างกายจะแสดงอาการของการติดเชื้อเอชไอวีและหรือการติดเชื้อฉวยโอกาส

Karnofsky's score เป็นแบบวัดความสามารถทางกายของ Karnofsky ซึ่งมีค่าคะแนน 100 คะแนนในกรณีที่พักดี ไม่มีอาการหรืออาการแสดงว่าเจ็บป่วย และค่าคะแนนลดลงทุก 10 คะแนนตามความสามารถทางกายของผู้ป่วยจนถึง 0 คะแนนในกรณีที่เสียชีวิต

Viral load (Plasma HIV RNA) หมายถึง ปริมาณไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด ซึ่งในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีนั้นมีเป้าหมายเพื่อลดระดับ HIV RNA ในพลาสมา (Viral load) ให้ได้มากที่สุดจนถึงระดับที่เครื่องที่ใช้ในการตรวจวัดไม่สามารถตรวจวัดได้ (Undetectable level) หรือระดับต่ำกว่า 50–400 copies/ml

xx

และคงระดับนั้นไว้ให้ได้มากที่สุด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย มีอายุตั้งแต่ 20 - 60 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 132 ราย จากทะเบียนรายชื่อที่มาใช้บริการและติดตามการรักษาตามนัดที่โรงพยาบาลศิครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยตารางเลขสุ่ม ได้จำนวน 71 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีการดื้อยาและไม่มีการดื้อยา มีสัญชาติไทย สามารถพูด ฟังภาษาไทยและสื่อความหมายได้ดี มีความสนใจและผ่านความยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีของ สุวรรณา บุญยะลิพรรณ⁽⁹⁾ ซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al.⁽⁷⁾ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 โดยการแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพพิจารณาเป็นโดยรวมและรายด้าน ซึ่งใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับการให้คะแนน โดยใช้ค่าเฉลี่ย (X) กับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับคือ ระดับดีมาก ระดับดี ระดับพอใช้ และระดับน้อย เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนดังกล่าวเป็นดังนี้

คะแนน 3.50-4.00	พฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก
คะแนน 2.50-3.49	พฤติกรรมสุขภาพระดับดี
คะแนน 1.50-2.49	พฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้
คะแนน 1.00-1.49	พฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลาในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2554 - เดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ส่วนการเปลี่ยนแปลงของตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 52.10 และเพศหญิงร้อยละ 47.90 มีอายุระหว่าง 26-55 ปี อายุเฉลี่ย 41.27 ปี นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 98.60 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 70.40 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 25.40 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 47.90 รองลงมาคือ สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 21.10 อาชีพรับจ้างร้อยละ 39.40 รองลงมาคือ เกษตรกรร้อยละ 38.00 ค่ามัธยฐาน (Median) รายได้ของครอบครัวเท่ากับ 6,000 บาท/เดือน (ระหว่าง 1,000 ถึง 100,000 บาท/เดือน) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 98.60 รองลงมาคือเสียค่าใช้จ่ายเองร้อยละ 1.40 ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจร้อยละ 52.10 และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 47.90 เนื่องจากต้องเลี้ยงดูบุตรร้อยละ 16.90 ต้องใช้จ่ายประจำวันร้อยละ 18.30 ยังทำงานหารายได้ไม่พอเพียงร้อยละ 39.40 และอื่นๆร้อยละ 1.40

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศร้อยละ 90.10 รองลงมา คือ การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน ร้อยละ 4.20 ส่วนใหญ่เปิดเผยตนเองต่อครอบครัวร้อยละ 98.60

.....
ระยะเวลาที่ทราบว่ายามีเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 132.18 เดือน ระยะเวลาที่ทราบว่ายามีเชื้อเอชไอวีจนถึงระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเฉลี่ย 51.10 เดือน และระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเฉลี่ย 80.58 เดือน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรใหม่ร้อยละ 53.50 เหตุผลส่วนใหญ่ที่ต้องเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอชไอวีใหม่เนื่องจากเกิดผลข้างเคียงจากยารุนแรงมากถึงร้อยละ 46.50 รองลงมาเกิดจากการดื้อยาชนิดเดิมร้อยละ 4.20 เมื่อทราบว่าต้องเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอชไอวีตัวใหม่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดร้อยละ 52.10 รองลงมาคือ หยุดรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเดิมตามแผนการรักษาร้อยละ 43.70 และสอบถามเหตุผลในการเปลี่ยนยาต้านไวรัสเอชไอวีใหม่จากแพทย์ร้อยละ 31.00 ปัจจุบันได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรพื้นฐานกลุ่ม A มากที่สุดร้อยละ 94.40 รองลงมาคือ สูตรดื้อยา กลุ่ม D ร้อยละ 4.20 ส่วนใหญ่บุคคลที่ให้คำแนะนำในการตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเอชไอวีคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 93.00 เหตุผลในการตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเอชไอวีส่วนใหญ่เพราะคิดว่า จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงร้อยละ 97.20 รองลงมาคิดว่าจะทำให้อายุยืนยาวขึ้นร้อยละ 84.50 และคิดว่าจะทำให้อาการของโรคทุเลาลงร้อยละ 77.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสร้อยละ 50.70 โดยอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือ แก้มตบ/แขนชาลึบ/ก้นลึบร้อยละ 33.80 เมื่อมีอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีจัดการแก้ไขโดยไปปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 50.70 กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา (Medication adherence 95 %) เพียงร้อยละ 91.50

กลุ่มตัวอย่ำนมีระดับของ CD4 cell count หลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 77.90 cell/mm³ เป็น 557.12 cell/mm³ โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยของระดับ CD4 cell count ก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้น 479.22 cell/mm³ (95% CI = 422.26, 536.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.0001) น้ำหนักตัวเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 47.61 กิโลกรัม เป็น 56.93 กิโลกรัม โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้น 9.31 กิโลกรัม (95% CI = 6.90, 11.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.0001) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 18.54 กิโลกรัม/เมตร² เป็น 22.07 กิโลกรัม/เมตร² โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้น 3.52 กิโลกรัม/เมตร² (95% CI = 2.64, 4.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.0001) Karnofsky's score ของผู้ป่วยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 69.29 คะแนน เป็น 99.58 คะแนน โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ย Karnofsky's score ก่อนและหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้น 30.28 คะแนน (95% CI = 24.62, 35.93) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.0001) และมีผลตรวจ Viral load (Plasma HIV RNA) ครั้งล่าสุดหลังได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่าระดับ Viral load < 40 copies/ml คิดเป็นร้อยละ 91.50 ระดับ Viral load อยู่ในช่วง 40-1,000 copies/ml คิดเป็นร้อยละ 4.25 และระดับ Viral load > 1,000 copies/ml คิดเป็นร้อยละ 4.25

2. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (X = 3.53, S.D. = 0.24) เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมเป็นรายด้านทั้ง 6 ด้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับดีมาก 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (X = 3.75, S.D. = 0.22) พฤติกรรมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (X = 3.66, S.D. = 0.37) และพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด (X = 3.62, S.D. = 0.39) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับดีมี 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ (X = 3.40, S.D. = 0.49) พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรม

xx

และการออกกำลังกาย ($X = 3.14, S.D. = 0.55$) และ พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($X = 3.10, S.D. = 0.52$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมสุขภาพจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ($n = 71$)

พฤติกรรมสุขภาพ	X	S.D.	ระดับ
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี	3.75	0.22	ดีมาก
2. ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย	3.14	0.55	ดี
3. ด้านโภชนาการ	3.40	0.49	ดี
4. ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.10	0.52	ดี
5. ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	3.66	0.37	ดีมาก
6. ด้านการจัดการกับความเครียด	3.62	0.39	ดีมาก
โดยรวม	3.53	0.24	ดีมาก

2.2 ระดับพฤติกรรมสุขภาพรายข้อ

2.2.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพขณะได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี 1) การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด โดยเรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การรับประทานยาต้านไวรัสถูกต้องตามขนาดทุกมื้อ ($X = 4.00, S.D. = 0.00$) รองลงมาได้แก่ การไปตรวจตามนัด ($X = 3.95, S.D. = 0.26$) และการรับประทานยาต้านไวรัสตรงตามเวลา ($X = 3.91, S.D. = 0.28$) 2) การป้องกันโรคแทรกซ้อนเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับแรก เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การรักษาความสะอาดของร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่ทุกวัน ($X = 3.98, S.D. = 0.11$) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับการรักษาความสะอาดของช่องปากด้วยการแปรงฟันอย่างถูกต้องทุกวัน ($X = 3.98, S.D. = 0.11$) รองลงมาได้แก่ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะตามปกติอย่างสม่ำเสมอ ($X = 3.90, S.D. = 0.34$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมี 1 ข้อ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับสัตว์เลี้ยงบางประเภทที่อาจจะแพร่เชื้อโรค เช่น สุนัข แมว นก เป็ด ไก่หรือห่าน ($X = 2.98, S.D. = 1.16$) และ 3) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด โดยเรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ไม่มีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย ($X = 3.97, S.D. = 0.16$) รองลงมาคือ การแยกใช้ของส่วนตัว (เช่น ที่โกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ) ($X = 3.81, S.D. = 0.68$) และการทำลายสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกาย สิ่งที่ปนเปื้อนเลือดหรือน้ำเหลืองอย่างถูกต้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนนำไปซักล้างหรือกำจัดทิ้ง ($X = 3.71, S.D. = 0.67$)

2.2.2 ด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 2 ข้อ เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานบ้าน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารด้วยตนเอง) ได้ดี ($X = 3.92, S.D. = 0.25$) รองลงมาได้แก่ การมีวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อออกกำลังกายแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย ($X = 3.59, S.D. = 0.72$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับดี มี 1 ข้อ คือ ออกกำลังกายอย่างน้อย 20 - 30 นาทีต่อวันและออกกำลังกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ($X = 2.74, S.D. = 1.38$) และ

xx

ค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับพอใช้ มี 1 ข้อ คือ การหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่างๆ ที่เหมาะสม (จากหนังสือ วิทยุ/โทรทัศน์ จากบุคคลที่รู้จัก) ($X = 2.32$, $S.D. = 1.23$)

2.2.3 ด้านโภชนาการ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 2 ข้อ เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดหรือปรุงสุกและเสร็จใหม่ๆ ทุกมื้อ ($X = 3.64$, $S.D. = 0.71$) รองลงมาคือ มีการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวกับการชั่งครั้งก่อนทุกครั้ง ($X = 3.63$, $S.D. = 0.86$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับดี 3 ลำดับแรก ได้แก่ เมื่อน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงได้มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรับประทานอาหารให้เหมาะสม ($X = 3.47$, $S.D. = 1.02$) รองลงมาคือ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (ได้แก่ ข้าวและแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้) ครบ 3 มื้อทุกวัน ($X = 3.46$, $S.D. = 0.90$) และดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 8-10 แก้วทุกวัน ($X = 3.40$, $S.D. = 1.00$)

2.2.4 ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 2 ข้อ เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ มีการปฏิบัติบทบาทต่างๆ ต่อคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดี ($\bar{X} = 3.92$, $S.D. = 0.30$) รองลงมาได้แก่ ไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องได้เป็นอย่างดี ($X = 3.76$, $S.D. = 0.59$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับดี เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การไปมาหาสู่กับเพื่อนได้เป็นอย่างดี ($X = 3.42$, $S.D. = 0.92$) รองลงมาได้แก่ การได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนได้เป็นอย่างดี ($X = 3.21$, $S.D. = 1.12$) และเมื่อต้องการความช่วยเหลือจะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นทุกครั้ง ($\bar{X} = 3.09$, $S.D. = 1.03$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับพอใช้ มี 2 ข้อ เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ เมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิตได้มีการปรึกษากับคนที่ไว้วางใจ (เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน) ($X = 2.39$, $S.D. = 1.04$) และการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน ($X = 2.38$, $S.D. = 1.10$)

2.2.5 ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับแรก เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ได้รับความรักและให้ความรักกับผู้อื่น ($X = 3.90$, $S.D. = 0.30$) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับทำงานบ้านหรือประกอบอาชีพได้ดี ($X = 3.90$, $S.D. = 0.34$) รองลงมาได้แก่ ประพฤติหรือปฏิบัติตนให้มีคุณค่า ($\bar{X} = 3.85$, $S.D. = 0.45$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับดี มี 2 ข้อ ได้แก่ สร้างเสริมหรือหาแหล่งที่ช่วยให้มีกำลังใจดี ($X = 3.32$, $S.D. = 0.99$) และประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ทำบุญ สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ ($X = 3.01$, $S.D. = 1.07$)

2.2.6 ด้านการจัดการกับความเครียด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 3 ลำดับแรก เรียงลำดับค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ยอมรับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ($X = 3.88$, $S.D. = 0.39$) รองลงมาคือ เมื่อทำสิ่งใดๆ จะทำตามกำลังไม่เร่งรัดให้เสร็จโดยเร็ว ($X = 3.74$, $S.D. = 0.62$) และ ผ่อนคลายความเครียดได้ดี (เช่น การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดระบายกับบุคคลที่ไว้วางใจหรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ) ($X = 3.73$, $S.D. = 0.58$) ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในระดับดี มี 1 ข้อ ได้แก่ เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดที่จัดการด้วยตนเองไม่ได้ ได้มีการปรึกษากับบุคคล

xx

ที่สนับสนุนได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์วัยแรงงานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป ที่โรงพยาบาลศิครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่ร่างกายมีการพัฒนาสูงสุด มีความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว มีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ได้อย่างยืนยาว ผ่านกระบวนการของการต่อสู้เพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติร่วมกับเชื้อเอชไอวี อีกทั้งยังเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวเป็นช่วงระยะเวลาที่ยาวนานเพียงพอที่ผู้ป่วยจะคงไว้ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต⁽⁸⁾ แต่จากการพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้าน พบว่ายังมีประเด็นปัญหาที่บุคลากรทีมสุขภาพควรมีการร่วมวางแผนกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย โดยเฉพาะเรื่องการหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่างๆที่เหมาะสม และพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเฉพาะเรื่องการปรึกษากับคนที่ไว้วางใจ (เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน) เมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิต และการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน ในการส่งเสริมสนับสนุนและให้ความรู้กับผู้ป่วยในเชิงรุกด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง อันจะส่งผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ ลดปัญหาการติดยาต้านไวรัสเอชไอวีในอนาคต สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้ยาวนาน ทำงานได้ไม่เป็นภาระให้แก่ครอบครัวและสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะ ในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีและดีมาก บุคลากรทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในเชิงรุก ได้แก่ การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเน้นให้มีส่วนร่วมระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ แกนนำศูนย์องค์กรวม และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการการปรับเปลี่ยนกระบวนการให้การปรึกษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล การจัดโปรแกรมเชิงรุกเพื่อณรงค์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี และการจัดให้มีบริการด้านข้อมูลข่าวสารทางโทรศัพท์ โดยแกนนำศูนย์องค์กรวมและเจ้าหน้าที่สุขภาพให้บริการ 24 ชั่วโมง (Hot line)

2. ข้อเสนอแนะ ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีซ้ำอีกครั้ง ภายหลังจากการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแล้ว

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงทดลองในการที่จะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ในประเด็นที่เกี่ยวกับด้านการออกกำลังกายหรือด้านการ

xx

มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางหรือกลยุทธ์ในอันที่จะส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นอย่างต่อเนื่องยั่งยืนต่อไป

2.4 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในระยะยาวและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนและปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเชิงรุกในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อป้องกันปัญหาการต้อตาและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณ บัญยะสีพรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้ข้อเสนอแนะรวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Joint United Nation Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO). AIDS epidemic update December 2009. Retrieved June 16, 2010, from http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf ; 2009.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2553, ค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2553, จาก http://203.157.15.4/reportaids/2010/T1_09073110851.pdf; 2553.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. สถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดสุรินทร์ปี 2533 - มีนาคม 2553. [ม.ป.ท. : ม.ป.พ.] ; 2553.
4. คลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์. สถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 2545 - 2553. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.] ; 2553.
5. ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากร ของโรคเอดส์. ใน : พิมพัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, ต้นสนีย์ เรืองสอน. องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. นครปฐม : รุ่งแสง ; 2541 : หน้า 77 - 109.
6. พัชรี ชันติพงษ์. แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
7. Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed. New Jersey : Pearson Education; 2002.
8. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983 ; 51 : 390-395. Cited in Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed. New Jersey : Pearson Education ; 2002.
9. สุวรรณ บัญยะสีพรรณ. แบบจำลองเชิงสาเหตุของพฤติกรรมของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. (วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2550.
10. เบญจมาภรณ์ ชุมแสง. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี.

xx

- (วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2553.
11. ยุทธไชย ไชยสิทธิ์. พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป. (วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2553.
 12. ลัดดา พลพุทธา. พฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป. (วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2553.
 13. Abel, E., Hopson, L., & Delville, C. Health promotion for women with human immunodeficiency virus or acquired immunodeficiency syndrome. *JAANP*. 2006 ; 18 : 534 – 543.
 14. Riley, T., Lewis, B., Lewis, M.P., et al. Low-income HIV-infected women and the process of engaging in healthy behavior. *JANAC*. 2008 ; 19(1) : 3 – 15.
 15. ผาสุก ลิ้มรัตนพิมพ์. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. (วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2551.
 16. รัชณี นามจันทรา. กระบวนการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุยืนยาว. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2546.
 17. วราภรณ์ บุญเชียง, วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, และคณะ. ปัจจัยส่งเสริมการมีชีวิที่ยืนยาวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. *วารสารโรคเอดส์* 2551 ; 21(1) : 36 – 46.
 18. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2540
 19. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549/2550. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
 20. Sidat, M., Fairley, C., & Grierson, J. Experiences and perception of patients with 100% adherence to highly active antiretroviral therapy : A qualitative study. *AIDS Patient Care and STDs*. 2007 ; 21(7) : 509 – 520.
 21. อรทัย จินดาไตรรัตน์. บทบาทของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีวินัยในการรักษา

ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี. (การค้นคว้าอิสระ) เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2548.

การส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อน ม.11 ตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

Promotion of Health Seeking Behavior of Community Leprosy Contacts at Moo 11 Tumbol Ban Sok, Khonsawan District, Chaiyaphum Province

ญาดา โตอุตชนม์	สม.*	Yada Toutchon	M.P.H.
ศิริวรรณ หิรัญอร	พย.บ. **	Siriwan Hirunon	B. Nursing
นิยม ไกรปุย	สสม.*	Niyom Kripui	M.SW.
สุนทรา ไพฑูรย์	วทบ.*	Soontara Paitoon	B. Sc.
*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา		The Office of Disease Prevention and Control 5 th Nakhon Ratchsima	
**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสก		Ban Sok ,Sub District Health Promoting Hospital	

บทคัดย่อ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่สามารถทำให้เกิดความพิการ ซึ่งความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นสาเหตุที่ทำให้โรคเรื้อนเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม สาเหตุของความพิการนั้นส่วนใหญ่แล้วพบว่า เกิดจากการมารับการรักษาที่ล่าช้า การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อน โดยการประยุกต์ใช้การตลาดเชิงสังคม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พิการ จำนวน 96 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน ทำการวิเคราะห์ชุมชน การรับข้อมูลข่าวสาร การแสวงหาการบริการสุขภาพ คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของชุมชน นำข้อมูลที่ได้มาประชุมเชิงปฏิบัติการและประยุกต์ใช้แนวคิดหลักการการตลาดเชิงสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาผู้สัมผัสโรคเรื้อนในกลุ่มทดลอง ผลผลิตเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาโรคเรื้อน ทดลองใช้สื่อต่างๆ และประเมินสื่อ พบว่าสื่อที่ชุมชนสนใจและมีอิทธิพลต่อการรับรู้โรคเรื้อน คือ สื่อบุคคล (อสม.ให้ความรู้ที่บ้าน) ร้อยละ 43.10 รองลงมาคือแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 27.59 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้สัมผัสโรคเรื้อนของกลุ่มทดลองออกมาตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคเรื้อนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการศึกษาโดยจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้สัมผัสโรคเรื้อนตามแนวคิดการตลาดเชิงสังคม สามารถให้ข้อเสนอแนะการวางแผนการดำเนินงานการดำเนินงานการให้ความรู้โรคเรื้อน การผลิตสื่อรูปแบบต่างๆ ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อเร่งรัดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนออกมาตรวจรักษาก่อนที่จะปรากฏความพิการ

Abstract

The leprosy is a contagious chronic disease causing permanent disability in patients. Therefore, it has been a crucial problem for public health, economics and society. Disability

XX

causation in leprosy mainly is from delay treatment. Hence, this study aimed to determining the effectiveness of application of social marketing and social support for promoting health seeking behavior of leprosy contact cases. This study was quasi-experimental research. Samples of the study were 96 persons, 48 being the experimental group and 48 being the comparison group. Analysis of community, communication channels, quality of health seeking, perceived of leprosy and collected data to plan for application of social marketing and social support for promoting health seeking behavior of experimental group. They were produced media, test media.

The result found that influential media for Leprosy awareness were people media (health volunteer) 43.10 % and Cutout media 27.59%. After intervention Leprosy awareness of target group significantly increase than before intervention and significantly more than control group. Leprosy patient contacted people of target group had more physical exam for Leprosy finding than control group. Suggestion : The result from promotion of Leprosy health care seeking behavior experiment can be used in planning of Leprosy health education and proper media producing which go along with community life style and also persuade leprosy patient to get medical care before disability come out.

บทนำ

โรคเรื้อนเป็นปัญหาสำคัญทั้งทางสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังไม่ได้รับการรักษายังสามารถเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเรื้อนที่สำคัญ⁽¹⁾ โรคเรื้อนยังคงเป็นปัญหาสำคัญของหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนาในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หลังจากประเทศไทยปรับเปลี่ยนการรักษาโรคเรื้อนด้วยยาแดปโซน (Dapsone monotherapy) ที่ใช้มาตั้งแต่ปี 2507 มาเป็นยาผสมเคมีบำบัดแบบใหม่ขององค์การอนามัยโลกในปี 2532 ส่งผลให้สามารถรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้หายจากโรคและจำหน่ายจากทะเบียนได้เร็วยิ่งขึ้น อัตราความชุกของโรคลดลงอย่างรวดเร็วจาก 7.9 ต่อประชากรหมื่นคน ในปี 2527 เหลือเพียง 3.0 ต่อประชากรหมื่นคนในปี 2532⁽²⁾ และลดลงเหลือเพียง 0.36 ต่อประชากรหมื่นคน ในปี 2552 แต่ในความเป็นจริงนั้นอัตราการความชุกโรคที่ลดลงมิได้สะท้อนสถานการณ์ที่เป็นจริง เนื่องจากยังพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กถึงร้อยละ 4.31 และผู้ป่วยใหม่พิการระดับ 2 สูงถึงร้อยละ 14.08 จากรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานควบคุมโรคเรื้อนปีงบประมาณ 2550 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีอัตราการความชุกของโรคเรื้อนเท่ากับ 0.25 รายต่อประชากรหมื่นคน มีอัตราผู้ป่วยใหม่พิการเกรด 2 ร้อยละ 10.84 ไม่มีผู้ป่วยใหม่วัยเด็ก เมื่อดูข้อมูลผู้ป่วยใหม่พิการเกรด 2 พบว่าจังหวัดชัยภูมิในพื้นที่บ้านโสก ตำบลบ้านโสก อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ มีอัตราผู้ป่วยใหม่พิการเกรด 2 ถึงร้อยละ 16.66⁽³⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นว่าแม้อัตราการความชุกโรคเรื้อนของประเทศไทยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ระดับไม่เกิน 1 ต่อหมื่นประชากร ซึ่งองค์การอนามัยโลกถือว่าควบคุมได้จนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขแล้ว แต่ยังมีตัวชี้วัดของการควบคุมโรคเรื้อนที่แสดงให้เห็นถึงความล่าช้าในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนนั่นคือ อัตราความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จะต้องน้อยกว่าร้อยละ 7 ซึ่งจังหวัดชัยภูมียังมีอัตราผู้ป่วยใหม่พิการเกรด 2 เกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ถึงแม้ว่าสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิได้จัดกิจกรรมในการดำเนินการป้องกันการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนครบทุกกิจกรรมแล้วก็ตาม

xx

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะ ม. 11 ตำบลบ้านโสก อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่ทำการทดลอง (Intervention) และ ม. 11 ตำบลหนองตูม อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ เป็นหมู่บ้านเปรียบเทียบ (Control) และเป็นพื้นที่ที่มีความล่าช้าในการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อนเท่านั้น (Patient Delay)

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นและหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นผู้วิจัยได้นำไปสัมภาษณ์ประชาชน จำนวน 30 ราย เพื่อนำผลที่ได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์คอนบรีคัลฟ่าเท่ากับ 0.73

- แบบสำรวจข้อมูลจากเอกสาร
- แบบสัมภาษณ์ใช้สำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ เมื่อมีภาวะไม่สุขสบายไปรับบริการที่ไหน อย่างไร หากมีอาการผิดปกติทางผิวหนังทำอย่างไร และช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

- แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับโรคเรื้อนในประเด็นสาเหตุ อาการ การรักษา การแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อมีภาวะไม่สุขสบายไปรับบริการที่ไหน อย่างไร หากมีอาการผิดปกติทางผิวหนังทำอย่างไร และช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

- แบบสัมภาษณ์การรับรู้โรคเรื้อนสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ได้นำแนวคิดการตลาดเชิงสังคมมาใช้ในการวางแผนดำเนินงาน จึงได้มีการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย การนำหลัก 4 P คือ การแบ่งส่วนกลุ่มเป้าหมาย (Segmentation) ตลอดจนการวิเคราะห์ด้านค่านิยม ความเชื่อของกลุ่มเป้าหมายและการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งดำเนินการเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. ดำเนินการวิเคราะห์ระบบบริการ องค์กรชุมชน และกลุ่มเป้าหมาย ในประเด็นอาชีพ เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ความเชื่อและการรับรู้โรคเรื้อน สื่อและช่องทางในการสื่อสาร โดยการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และสัมภาษณ์เชิงลึก ในผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 15 คน

2. สัมภาษณ์ตัวแทนประชาชน เกี่ยวกับการรับรู้โรคเรื้อน พฤติกรรมแสวงหาบริการด้านสุขภาพ ช่องทางการรับสื่อ หมู่บ้านละ 48 คน จำนวน 2 หมู่บ้าน รวม 96 คน

3. สัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเรื้อนตามแบบสอบถามในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบบการให้บริการของสถานีนามัย สถานีอนามัยละ 3 คน จำนวน 2 แห่ง รวม 6 คน

4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มผู้นำชุมชน ตัวแทนชุมชน จำนวน 30 คน ตามหลักของการตลาดเชิงสังคมในด้านการบริการ ราคา สถานที่ และการส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ระยะที่ 2 ติดตามประเมินผล

1. ประชุมติดตามงานในครั้งที่ 1 และ 2 โดยใช้เทคนิคการจัดการความรู้ เพื่อยกระดับหมุนเกลียวของการทำงานให้ดียิ่งขึ้น

2. หลังการทดลองประเมินการรับรู้โรคเรื้อนในกลุ่มตัวอย่าง จำนวนผู้สัมผัสโรคเรื้อนที่ออกมาตรวจโรคผิวหนัง

XX

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย t-test

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์

จากการวิเคราะห์ชุมชน พบว่า ม. 11 บ้านโสก ต.บ้านโสก อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ เป็นหมู่บ้านที่มีสิ่งคมกึ่งเมือง เนื่องจากมีโรงงานเย็บผ้าขนาดใหญ่ตั้งอยู่ในตำบลบ้านโสก และผู้นำครอบครัวส่วนใหญ่จะนิยมไปทำงานที่ต่างประเทศ ทำให้หมู่บ้านนี้มีแต่เด็กและวัยสูงอายุเป็นส่วนใหญ่ มีการนับถือหมอรำทรง หมอมอ แต่จะไปหา ก็ต่อเมื่อการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันแล้วไม่ดีขึ้น ส่วนหมอพื้นบ้านจะรักษาโดยการเป่า ในกรณีที่ได้กร้องไห้มากๆ หรือเป็นคางทูม เป็นต้น ร้อยละ 80 ของครัวเรือนจะมีอาชีพเกษตรกรรม ทำนาได้ปีละ 1 ครั้ง จากการสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างและการจัดสนทนากลุ่มในผู้นำชุมชนหมู่บ้านทดลอง พบว่าช่องทางรับสื่อของชุมชนมีลักษณะคล้ายๆกัน โดยในเวลากลางวันจะฟังวิทยุเป็นส่วนใหญ่ โดยผู้จัดรายการวิทยุ ชื่อ หนุ่มภุชรา ชุมชนคนทำนาจนอน และสาวกาหลง เวลาเข้าบางครั้งผู้ใหญ่บ้านจะเปิดหอกระจายข่าวประชาสัมพันธ์เรื่องต่างๆ เวลาเย็นหรือกลางคืนจะดูโทรทัศน์ ส่วนใหญ่จะเป็นช่อง 3 และช่อง 7 ส่วนการรับข่าวสารด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข ส่วนใหญ่จะได้รับจากหอกระจายข่าว และ อสม.

จากการทำสนทนากลุ่ม พบว่าในชุมชนมีแต่ผู้สูงอายุและเด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียน ระดับประถม ที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน หากเป็นวัยแรงงานจะเดินทางไปทำงานที่อื่น และจะกลับมาบ้านช่วงเทศกาลหรือฤดูทำนาเท่านั้น ส่วนใหญ่ผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจะมีอาชีพรับจ้างหากพ้นฤดูทำนาแล้ว ดังนั้นในเวลากลางวันจะไม่ค่อยมีใครอยู่ที่บ้าน นอกจากผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ในหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านเปรียบเทียบหมู่บ้านละ 48 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.20 และ 75) มีอายุ ตั้งแต่ 40 ขึ้นไป จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 64.60 และ 83.30) มีรายได้ส่วนตัว และรายได้ของครอบครัวน้อย ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000 – 3,000 บาท

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 หมู่บ้าน เมื่อมีภาวะไม่สุขสบายเกิดขึ้นไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ จะไปรับบริการที่สถานีอนามัย (ร้อยละ 72.90 และ 43.80) แต่เมื่อสอบถามถึงอาการผิดปกติทางผิวหนังที่เกิดขึ้นจะไปรับบริการที่ใดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงเลือกไปสถานีอนามัยเช่นเดิม (ร้อยละ 70.80 และ 39.60) ในส่วนของการเดินทางไปรับบริการนั้นส่วนใหญ่เดินทางโดยรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 62.50 และ 85.40) และมีความสะดวกสบาย เนื่องจากมีระยะทางไม่ไกล ส่วนใหญ่อยู่ห่างจากสถานบริการเพียง 2-3 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 10-15 นาที

2. การวางแผน

ในขั้นตอนนี้ได้ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการในตัวแทนประชาชนบ้านโสก จำนวน 30 คน ได้มาช่วยวางแผนการดำเนินงาน โดยมีวัตถุประสงค์ว่าทำอย่างไรจึงจะให้ชุมชนมีความรู้เรื่องโรคเรื้อนและออกมาตรวจรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติที่ผิวหนัง จากผลการประชุมดังกล่าว ได้มีข้อสรุปดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นสื่อบุคคลที่ไปให้ความรู้และตรวจคัดกรองประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง โดย อสม. จะลงไปพร้อมกับการควบคุมโรคใช้หวัดใหญ่ 2009 และแนะนำหรือส่งต่อผู้ที่มีอาการผิวหนังเรื้อรังคล้ายโรคเรื้อนให้มาตรวจในวันธรรมดาที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน หรือไปรับการตรวจที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน

xx

2. กลุ่มผู้นำชุมชนจัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเรื้อนขนาดใหญ่จำนวน 6 แผ่น เพื่อติดทางเข้าออกของหมู่บ้าน หน้าวัด หน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสก และที่ทำการผู้ใหญ่บ้านซึ่งเป็นที่นัดหมายในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน โดยใช้ภาพของ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีในชุมชนพร้อมกับภาพโรคเรื้อนในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนที่ผ่านไปมาได้มีความรู้เรื่องโรคเรื้อน

3. กลุ่มผู้นำชุมชนจัดทำแผ่นความรู้เรื่องโรคเรื้อนซึ่งเป็นภาพสีสวยงาม สำหรับติดในบ้านทุกหลังคาเรือนในสถานที่ที่ไม่โดนแดดและฝน และสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน เป็นสถานที่ที่ทุกคนในครัวเรือนจะต้องเดินผ่านเป็นประจำ เพื่อให้สมาชิกในครัวเรือนได้อ่านความรู้โรคเรื้อนเมื่อว่างจากภารกิจ

4. กลุ่มผู้นำชุมชนติดต่อผู้ดำเนินรายการที่สถานีวิทยุชุมชนที่เป็นที่ชื่นชอบของชุมชนบ้านโสก ซึ่งได้แก่ หนุมภุช F.M.103.50 MHZ จัดทำ Spot โรคเรื้อนสำหรับเปิดที่หอกระจายข่าวและในรายการวิทยุ และยังให้ผู้ดำเนินรายการเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน โดยมีการพูดคุยเรื่องโรคเรื้อนในรายการวิทยุในเดือนธันวาคม 2552 เป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยจะออกอากาศช่วงเวลา 12.00 – 13.00 น. เนื่องจากกลุ่มผู้นำชุมชนจะทำการตรวจหาผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนประกอบกับการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนในช่วงเดือนมกราคม 2553

3. การพัฒนา การทดสอบ และการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบต่าง ๆ ของแผน

ในขั้นตอนนี้ผู้ดำเนินการวิจัยได้คัดเลือกข้อความ ตัวอย่างสื่อโรคเรื้อน มอบให้กับกลุ่มตัวแทนชุมชนในการดำเนินการผลิตป้ายประชาสัมพันธ์ การใช้รูปภาพของ อสม. และเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยมาประกอบกับรูปโรคเรื้อน การเลือกสถานที่ในการติดตั้งโปสเตอร์ การจัดทำแผ่นความรู้โรคเรื้อนที่ใช้ติดในทุกหลังคาเรือน การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนผ่านทางผู้ดำเนินรายการที่ชื่นชอบของชุมชน สื่อจากการผลิตแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์โรคเรื้อนขนาดใหญ่จำนวน 6 แผ่น ติดทางเข้าออกของหมู่บ้าน หน้าวัด หน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสก และที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งได้ทำการประเมินแล้วพบว่า เป็นจุดที่ประชาชนทุกคนในหมู่บ้าน จะต้องเดินทางผ่านเป็นประจำ เพราะเป็นทางที่ใช้เข้าออกของหมู่บ้านและจะต้องมาวัด เมื่อส่งลูกหลานไปโรงเรียนจะต้องผ่านหน้าวัด หรือสถานีอนามัยที่อยู่กลางบ้าน จากการสนทนากลุ่มพบว่า รายการวิทยุชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านให้ความสนใจติดตามรับฟัง ได้แก่ หนุมภุช F.M.103.50 MHZ จึงได้ดำเนินการตกลงราคาในการอัด Spot โรคเรื้อนเพื่อใช้เปิดที่หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน

4. การดำเนินงาน

กลุ่มผู้นำชุมชนได้ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ ได้แก่ การผลิตป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นความรู้โรคเรื้อน Spot โรคเรื้อน การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการตรวจคัดกรองโดย อสม. การตกลงราคาในการว่าจ้างสถานีวิทยุชุมชนในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ผู้วิจัยและกลุ่มผู้นำชุมชนได้ทำการตรวจสอบช่องทางการรับสื่อของชุมชน พบว่ามีการผลิตป้ายประชาสัมพันธ์ จำนวน 6 แผ่น ติดตั้งที่ทางเข้าออกของหมู่บ้าน หน้าวัด หน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสก และที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน ผลิตแผ่นความรู้เรื่องโรคเรื้อนและโรคผิวหนังที่พบบ่อยติดในบ้านทุกหลังคาเรือน กลุ่มผู้นำชุมชนได้ดำเนินการจ้างผู้จัดรายการวิทยุชุมชนที่ชุมชนชื่นชอบ ในการอัด Spot โรคเรื้อนที่หอกระจายข่าว และให้ความรู้โรคเรื้อนในรายการวิทยุชุมชนในเดือนธันวาคม 2552 และเดือนมกราคม 2553 อสม.ได้ตรวจคัดกรองผู้ที่มีอาการทางผิวหนังตามแบบคัดกรองและนัดมาตรวจโดยทีมเคลื่อนที่จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ในวันที่ 18 มกราคม 2553 มีผู้ออกมารับการตรวจโรคผิวหนัง จำนวน 43 คน มีอาการสงสัยทางผิวหนังจำนวน 3 คน ตรวจร่างกายแล้วไม่พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน

xx

จากการสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเรื้อนจากเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยทั้ง 2 แห่ง ที่รับผิดชอบการตรวจรักษา พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการติดต่อของโรคเรื้อน (Mode of transmission) และผลเสียของการรักษาที่ล่าช้า หลังจากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนให้กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านโสก เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2552 และทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทั้งสองแห่งเมื่อสิ้นสุดโครงการ (มกราคม 2554) พบว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านโสก สามารถตอบข้อคำถามเกี่ยวกับโรคเรื้อนได้ถูกต้องครบถ้วน ส่วนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหนองคู ยังมีบางคนที่ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการติดต่อของโรคเรื้อน และผลเสียของการรักษาที่ล่าช้า

5. การประเมินประสิทธิผลของการตลาด

จากการดำเนินงานของตัวแทนชุมชนในการให้ความรู้โรคเรื้อนแก่ชุมชน โดยการผลิตสื่อโรคเรื้อน และพบว่าสื่อโรคเรื้อนที่ชุมชนพึงพอใจมากที่สุดคือ สื่อบุคคล (อสม. ให้ความรู้ที่บ้าน) รองลงมาได้แก่ ป้ายประชาสัมพันธ์ (ตาราง 1) จึงใช้สื่อดังกล่าวในการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และออกมาตรวจรักษาเมื่อมีอาการสงสัยทางผิวหนังว่าเป็นโรคเรื้อน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสื่อที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้โรคเรื้อนในหมู่บ้านทดลองหลังการทดลอง

ชนิดของสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ (ไวเนล)	16	27.59
หออกระจายข่าว (Spot)	8	13.79
แผ่นพับ	7	12.07
วิทยุชุมชน	2	3.45
สื่อบุคคล(อสม. ให้ความรู้ที่บ้าน)	25	43.10

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากการใช้สื่อให้ความรู้โรคเรื้อนแก่ชุมชน จึงทำการประเมินผลการให้ความรู้โดยทำการสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน พบว่าคะแนนการรับรู้โรคเรื้อนหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า การรับรู้ภาวะคุกคาม และการรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติมีค่าคะแนนลดลง (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการรับรู้โรคเรื้อน ก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง				กลุ่มเปรียบเทียบ			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	21.33	3.56	22.88	3.73	20.83	2.19	21.60	3.50
การรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรค	5.81	2.25	7.29	3.18	0.65	1.96	5.54	2.83
การรับรู้ภาวะคุกคาม	12.69	1.11	14.29	1.13	13.50	1.41	13.21	1.96
การรับรู้ต่อสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ	11.67	2.89	15.58	1.91	12.33	3.18	11.67	3.63
การรับรู้โรคเรื้อน(รวม)	51.50	5.44	60.04	5.50	47.31	4.28	52.02	5.61

จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โรคเรื้อนหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 (ตาราง 3)

พฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

Behavior Basic Safety of Radiographic Darkroom Workers in Community Hospitals, Nakhon Ratchasima.

เสกสรร คำชาย วท.ม. (วิทยาศาสตร์รังสี)
โรงพยาบาลจักราช จังหวัดนครราชสีมา

Seksan Khakhai M.Sc. (Radiological science)
Chakkarat Hospital, Nakhon Ratchasima
Province

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยกับสถานภาพส่วนตัว และระยะเวลาในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์ม โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ประชากร ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ที่ปฏิบัติงานในปีงบประมาณ 2553 จำนวน 58 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น 0.93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประชากร ผลการศึกษา พบว่าผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความปลอดภัย ในระดับต่ำ (ร้อยละ 48.28) เมื่อจำแนกพฤติกรรมความปลอดภัยด้านต่างๆ พบว่า มีพฤติกรรมความปลอดภัย ด้านการส่งเสริมและการบำรุงรักษาสูงสุด ร้อยละ 81.89 และพฤติกรรมความปลอดภัยด้านการป้องกันต่ำสุด ร้อยละ 48.79 พบมีพฤติกรรมความปลอดภัยมากที่สุด ถึงร้อยละ 96.55 ในด้านการตรวจตราเครื่องมือและอุปกรณ์ ในห้องล้างฟิล์มให้พร้อมใช้สม่ำเสมอ การใช้ยาฆ่าฟิล์มตามระบบเรียงลำดับ ก่อน - หลัง (first in - first out) การพัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติเพื่อปฏิบัติงานตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่องและการเปลี่ยนอิริยาบถในการทำงาน เช่น ยืน เดิน นั่ง มีการเคลื่อนที่ตลอดเวลา พบมีพฤติกรรมความปลอดภัยน้อยที่สุดในเรื่อง วัตถุประสงค์สัมพัทธ์ ในห้องล้างฟิล์มซึ่งพบเพียงร้อยละ 8.62 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยพบว่า เพศชายมีพฤติกรรม ความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีสูงกว่าเพศหญิง ($\mu_{ชาย} = 3.97, \sigma_{ชาย} = 0.88$; $\mu_{หญิง} = 3.00, \sigma_{หญิง} = 0.87$) 4 ด้าน จากทั้งหมด 5 ด้าน ผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสีที่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี มีพฤติกรรม ความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีสูงที่สุด ($\mu = 4.50, \sigma = 1.53$) ส่วนผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสีที่มี อายุมากกว่า 50 ปี มีพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีต่ำกว่าทุกช่วงอายุ ผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์ม รังสีตำแหน่งพนักงานเอกซเรย์หรือผู้ช่วยงานรังสี มีพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีสูงที่สุด ($\mu = 4.41, \sigma = 1.53$) โดยตำแหน่งที่มีพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีต่ำที่สุดคือ ตำแหน่งนักรังสีการแพทย์ จากผลการวิจัยดังกล่าว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนพัฒนาพฤติกรรมความปลอดภัย ของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน ในอนาคตต่อไป

Abstract

The purpose of this survey research was to study behavior basic safety of radiographic darkroom workers in community hospitals and compare the various factors related to safety behaviors. The populations in this study consisted of 58 radiographic darkroom workers in community hospitals, Nakhon Ratchasima province. The questionnaires were developed

xx

ตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค จำนวน 26 คน ร้อยละ 44.83 รองลงมาได้แก่ตำแหน่งพนักงานเอกซเรย์หรือผู้ช่วยงานรังสี จำนวน 22 คน ร้อยละ 37.93 ส่วนตำแหน่งนักรังสีการแพทย์หรือนักรังสีเทคนิค จำนวน 6 คน ร้อยละ 10.34 และน้อยที่สุดคือ อื่นๆ จำนวน 4 คน ร้อยละ 6.89

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการล้างฟิล์มรังสี ผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการล้างฟิล์มรังสีไม่เกิน 10 ปี จำนวน 24 คน ร้อยละ 41.38 รองลงมาได้แก่ช่วงเวลา 11 – 20 ปี จำนวน 21 คน ร้อยละ 36.21 และน้อยที่สุด ช่วงเวลา 21 – 30 ปี จำนวน 13 คน ร้อยละ 22.41 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N = 58)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	35	60.34
หญิง	23	39.66
2. อายุ		
ต่ำกว่า 31 ปี	14	24.14
31 – 40 ปี	24	41.38
41 – 50 ปี	16	27.59
มากกว่า 50 ปี	4	6.89
3. ตำแหน่งงาน		
นักรังสีการแพทย์หรือนักรังสีเทคนิค	6	10.34
เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค	26	44.83
พนักงานเอกซเรย์หรือผู้ช่วยงานรังสี	22	37.93
อื่นๆ ระบุ (ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประจำตึก)	4	6.897
4. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการล้างฟิล์มรังสี		
ไม่เกิน 10 ปี	24	41.38
11 – 20 ปี	21	36.21
21 – 30 ปี	13	22.41

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสี

ผลการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ที่ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความปลอดภัยระดับต่ำ ร้อยละ 48.28 รองลงมาคือมีพฤติกรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.48 และมีพฤติกรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 10.34 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

xx

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

พฤติกรรมความปลอดภัย	จำนวน (N = 58)	ร้อยละ
มีพฤติกรรมความปลอดภัยระดับสูง (27 – 33 คะแนน)	6	10.34
มีพฤติกรรมความปลอดภัยระดับปานกลาง (20 – 26 คะแนน)	24	41.48
มีพฤติกรรมความปลอดภัยระดับต่ำ (0 – 19 คะแนน)	28	48.28

ผลการวิจัยพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดยจำแนกตามพฤติกรรมที่ถูกต้องในด้านต่างๆ พบว่าผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความปลอดภัยมากที่สุดในด้านการส่งเสริมและการบำรุงรักษา ร้อยละ 81.89 ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมความปลอดภัยระดับสูง รองลงมาคือมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานให้เข้ากับคนและการปรับคนให้เข้ากับงาน ร้อยละ 77.59 ใกล้เคียงกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการจัด ร้อยละ 76.72 โดยจัดว่าเป็นพฤติกรรมความปลอดภัยพฤติกรรมความปลอดภัยเดียวกันคือพฤติกรรมความปลอดภัยระดับปานกลาง ส่วนในด้านการปกป้องคุ้มครอง ร้อยละ 51.38 และในด้านการป้องกัน ร้อยละ 48.79 ถูกจัดเป็นพฤติกรรมความปลอดภัยระดับต่ำ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละที่ตอบถูกเกี่ยวกับพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ในด้านต่างๆ

พฤติกรรมความปลอดภัย	ประชากร (N = 58)	
	ตอบถูกร้อยละ	อันดับที่
1. ด้านการส่งเสริมและการบำรุงรักษา	81.89	1
2. ด้านการป้องกัน	48.79	5
3. ด้านการปกป้องคุ้มครอง	51.38	4
4. ด้านการจัด	76.72	3
5. ด้านการปฏิบัติงานให้เข้ากับคนและการปรับคนให้เข้ากับงาน	77.59	2
$\mu = 19.79$	min= 8	max= 32

พฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามพฤติกรรมที่ถูกต้องตามรายชื่อ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์ม โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา เป็นรายชื่อพบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยมากที่สุด จำนวน 4 ข้อ ร้อยละ 96.55 คือตรวจตราเครื่องมือและอุปกรณ์ในห้องล้างฟิล์มให้พร้อมใช้สม่ำเสมอ ใช้น้ำยาล้างฟิล์มตามระบบเรียงลำดับ ก่อน - หลัง (first in – first out) พัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติเพื่อปฏิบัติงานตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่องและเปลี่ยนอิริยาบถในการทำงาน เช่น ยืน เดิน นั่ง มีการเคลื่อนที่ตลอดเวลา และมีพฤติกรรมความปลอดภัยน้อยที่สุด 3 อันดับท้ายในเรื่องวัดความชื้นสัมพัทธ์ในห้องล้างฟิล์ม ร้อยละ 8.62 วัดระดับสารเคมีในบรรยากาศห้องล้างฟิล์มรังสี ร้อยละ 13.79 และวัดการไหลเวียนของอากาศในห้องล้างฟิล์ม ร้อยละ 13.79 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

xx

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน
จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามพฤติกรรมที่ถูกต้องตามรายชื่อ

พฤติกรรมความปลอดภัย	ตอบถูก (N = 58)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ตรวจร่างกายประจำปีอย่างสม่ำเสมอ	55	94.83
2. ร่วมแสดงความคิดเห็นให้มีการปรับเปลี่ยนลักษณะการปฏิบัติงาน เช่น ให้ผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสีได้เปลี่ยนไปปฏิบัติงานในลักษณะอื่น เพื่อลดความเสี่ยงจากสารเคมี	42	72.41
3. ร่วมรณรงค์ให้ผู้ปฏิบัติงานใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากสารเคมี	48	82.75
4. ฝ้าระวังและคัดกรองการสัมผัสสารเคมีที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพก่อให้เกิด การเจ็บป่วยจากการทำงาน	45	77.59
5. การปรับงานให้กับคนและการปรับคนให้เข้ากับงาน	24	41.38
6. สวมถุงมือในการผสม/เปลี่ยนน้ำยาล้างฟิล์ม	40	68.91
7. สวมแว่นตา หรือ กระบังหน้าในการผสม/เปลี่ยนน้ำยาล้างฟิล์ม	24	41.42
8. สวมรองเท้าที่หุ้มเท้าทั้งหมดในการผสม/เปลี่ยนน้ำยาล้างฟิล์ม	33	56.89
9. อาบน้ำทันที ทุกครั้งหลังการผสม/เปลี่ยนน้ำยาล้างฟิล์ม	11	18.96
10. สวมชุดป้องกันอันตรายจากสารเคมีในการล้างฟิล์ม	13	22.41
11. สวมถุงมือในการล้างฟิล์ม	14	24.14
12. สวมแว่นตา หรือ กระบังหน้าในการล้างฟิล์ม	9	15.52
13. ล้างมือทุกครั้งหลังการสัมผัสน้ำยาล้างฟิล์ม	53	91.38
14. ทำความสะอาดทันที เมื่อน้ำยาหกเลอะเปรอะเปื้อน	55	94.83
15. เข้ารับการอบรมเรื่องอันตรายจากสารเคมีในห้องล้างฟิล์ม	22	37.93
16. ตรวจสอบสภาพพัดลมดูดอากาศ	47	81.03
17. กำจัดน้ำยาดีเวลลอปเปอร์ โดยการเจือจางกับน้ำเปล่า เป็น 1% ก่อนระบาย สู่สิ่งแวดล้อม	35	60.34
18. วัดระดับสารเคมีในบรรยากาศห้องล้างฟิล์มรังสี	8	13.79
19. วัดความชื้นสัมพัทธ์ ในห้องล้างฟิล์ม	5	8.62
20. วัดการไหลเวียนของอากาศในห้องล้างฟิล์ม	8	13.79
21. รายงานอุบัติเหตุการณ์อันตรายจากห้องล้างฟิล์มรังสี	35	60.34
22. จัดเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์การปฐมพยาบาล	24	41.38
23. ผสมน้ำยาล้างฟิล์มที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก หรือห้องผสมเฉพาะ	39	67.24
24. ปฏิบัติตามกฎระเบียบและวิธีการทำงานเพื่อความปลอดภัยตลอดเวลา	49	84.48
25. ตรวจตราเครื่องมือและอุปกรณ์ในห้องล้างฟิล์มให้พร้อมใช้สม่ำเสมอ	56	96.55
26. เก็บน้ำยาล้างฟิล์มในห้องที่แยกเป็นสัดส่วนจากห้องอื่นๆ	40	68.97

xx

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามพฤติกรรมที่ถูกต้องตามรายชื่อ (ต่อ)

พฤติกรรมความปลอดภัย	ตอบถูก (N = 58)	
	จำนวน	ร้อยละ
27. ใช้น้ำยาล้างฟิล์มตามระบบเรียงลำดับ ก่อน-หลัง (first in -first out)	56	96.55
28. จัดสถานที่ให้เกิดความปลอดภัย เช่น จัดเก็บสารเคมีอย่างเป็นระเบียบ เป็นต้น	53	91.38
29. รับการปฐมพยาบาลเรื่องพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีก่อนการปฏิบัติงาน	29	50.00
30. พัฒนาคณะเองให้มีคุณสมบัติเพื่อปฏิบัติงานตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง	56	96.55
31. ยกหรือเคลื่อนย้าย เครื่องมือ อุปกรณ์ในห้องล้างฟิล์ม	35	60.34
32. บิด เอี้ยวลำตัว ก้ม หรือเงย ขณะทำงานในห้องล้างฟิล์มเป็นประจำ	33	56.89
33. เปลี่ยนอิริยาบถในการทำงาน เช่น ยืน เดิน นั่ง มีการเคลื่อนที่ตลอดเวลา	56	96.55

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

เปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามเพศ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในภาพรวมเพศชายมีพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีสูงกว่าเพศหญิง ($\mu_{ชาย} = 3.97, \sigma_{ชาย} = 0.88 ; \mu_{หญิง} = 3.00, \sigma_{หญิง} = 0.87$) และเมื่อพิจารณาในด้านต่างๆ เพศชาย มีพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีสูงกว่าเพศหญิง 4 ด้าน จากทั้งหมด 5 ด้าน คือการส่งเสริมและการบำรุงรักษา การป้องกัน การปกป้องคุ้มครอง และการปรับงานให้เข้ากับคนและปรับคนให้เข้ากับงาน ในขณะที่เพศหญิงมีพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีสูงกว่าเพศชายในด้านการจัด ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามเพศ

พฤติกรรมความปลอดภัย	ชาย		หญิง	
	μ	σ	μ	σ
1. การส่งเสริมและการบำรุงรักษา	3.42	0.84	3.09	1.11
2. การป้องกัน	5.08	2.18	4.09	2.11
3. การปกป้องคุ้มครอง	5.31	2.34	5.23	1.62
4. การจัด	2.86	0.93	3.23	0.81
5. การปรับงานให้เข้ากับคนและการปรับคนให้เข้ากับงาน	3.17	0.88	3.00	0.87
รวม	3.97	1.43	3.73	1.30

เปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามอายุ

xx

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าในภาพรวมผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสีที่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี มีพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีสูงที่สุด ($\mu = 4.50, \sigma = 1.53$) รองลงมาได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสีที่มีอายุต่ำกว่า 31 ปี ไล่เลี่ยอายุระหว่าง 31 - 40 ปี ส่วนผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสีที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีต่ำกว่าทุกช่วงอายุ ดังรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามอายุ

พฤติกรรมความปลอดภัย	ต่ำกว่า 31 ปี		31 - 40 ปี		41 - 50 ปี		มากกว่า 50 ปี	
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ
1. การส่งเสริมและการบำรุงรักษา	3.00	1.18	3.38	0.92	5.38	0.81	3.25	0.96
2. การป้องกัน	4.93	2.59	4.42	2.32	5.13	2.09	3.75	1.50
3. การปกป้องคุ้มครอง	5.93	1.50	5.50	2.10	5.94	2.74	4.25	0.96
4. การจัด	3.00	1.04	3.17	0.87	3.13	0.96	2.25	0.96
5. การปฏิบัติงานให้กับคนและการปรับคนให้เข้ากับงาน	3.07	0.92	3.17	0.70	2.94	1.06	3.50	1.00
รวม	3.99	1.45	3.93	1.38	4.50	1.53	3.40	1.08

เปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามตำแหน่ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าในภาพรวมผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสีตำแหน่งพนักงานเอกซเรย์หรือผู้ช่วยงานรังสี มีพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีสูงที่สุด ($\mu = 4.41, \sigma = 1.53$) รองลงมาได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสีตำแหน่งอื่นๆ (ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานประจำตึก) ส่วนตำแหน่งเจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคอยู่ในอันดับต่อมา โดยตำแหน่งที่มีพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีต่ำที่สุดคือ ตำแหน่งนักรังสีการแพทย์ รายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามตำแหน่ง

พฤติกรรมความปลอดภัย	นักรังสีการแพทย์		เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์		พนักงานเอกซเรย์		อื่นๆ (ลูกจ้างชั่วคราวพนักงานประจำตึก)	
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ
	1. การส่งเสริมและการบำรุงรักษา	3.00	0.89	3.35	0.89	3.13	1.08	4.00
2. การป้องกัน	4.5	2.17	4.36	1.98	5.36	2.40	3.50	3.11
3. การปกป้องคุ้มครอง	3.83	1.47	5.15	1.40	6.73	2.75	5.75	1.26
4. การจัด	2.83	1.17	3.00	0.94	3.09	0.94	3.14	0.99
5. การปฏิบัติงานให้กับคนและการปรับคนให้เข้ากับงาน	2.83	0.75	3.16	0.82	3.75	0.50	3.25	0.96
รวม	3.40	1.43	3.80	1.21	4.41	1.53	3.93	1.26

xx

เปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการล้างฟิล์มรังสี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าในภาพรวมผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสีที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการล้างฟิล์มรังสีไม่เกิน 10 ปี มีพฤติกรรมความปลอดภัยในห้องล้างฟิล์มรังสีสูงสุด ($\mu = 4.42, \sigma = 1.40$) รองลงมาได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสีที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการล้างฟิล์มรังสี 11 - 20 ปี และผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสีที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการล้างฟิล์มรังสี 21 - 30 ปี มีพฤติกรรมความปลอดภัยต่ำที่สุดดังรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำแนกตามระยะเวลาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการล้างฟิล์มรังสี

พฤติกรรมความปลอดภัย	ไม่เกิน 10 ปี		11 - 20 ปี		21 - 30 ปี	
	μ	σ	μ	σ	μ	σ
1. การส่งเสริมและการบำรุงรักษา	3.38	1.01	3.24	1.01	3.15	0.89
2. การป้องกัน	5.13	2.46	4.62	2.19	4.00	1.87
3. การปกป้องคุ้มครอง	6.00	1.62	5.65	2.98	5.25	1.71
4. การจัด	3.17	1.01	3.09	0.83	2.83	0.99
5. การปรับงานให้กับคนและการปรับคนให้เข้ากับงาน	3.17	0.88	3.10	0.83	2.92	0.95
รวม	4.42	1.40	3.94	1.57	3.63	1.28

สรุปและวิจารณ์ผล

พฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความปลอดภัยระดับต่ำ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพฤติกรรมที่มีความปลอดภัยน้อยที่สุด 3 อันดับท้ายในเรื่อง วัดความชื้นสัมพัทธ์ในห้องล้างฟิล์ม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สำคัญไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดเรื่องความชื้นสัมพัทธ์ในห้องล้างฟิล์มรังสีควรอยู่ที่ 30 - 50 % วัดระดับสารเคมีในบรรยากาศห้องล้างฟิล์มรังสีพบว่าไม่สอดคล้องตามข้อกำหนดกฎบัตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ปี 1985 ที่กำหนดไว้ว่าความเข้มข้นของกลูตารัลดีไฮด์ในบรรยากาศ ต้องไม่เกินมาตรฐาน 0.1 พีพีเอ็ม⁽⁶⁾ และวัดการไหลเวียนของอากาศในห้องล้างฟิล์มระบบไหลเวียนอากาศในห้อง ซึ่งสมาคมสถาปนิกแห่งสหรัฐอเมริกากำหนดไว้ต้องไม่ต่ำกว่า 10 แอร์เซนจ์ต่อชั่วโมง^(5,7,8) ส่วนพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสีโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาในด้านต่างๆ พบว่ามีพฤติกรรมความปลอดภัยมากที่สุดในด้านการส่งเสริมและการบำรุงรักษา ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมความปลอดภัยระดับสูง เมื่อจำแนกรายข้อ เรื่องการตรวจร่างกายประจำปีอย่างสม่ำเสมอ เป็นพฤติกรรมความปลอดภัยที่สูง แสดงว่าผู้ปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสีให้ความสนใจในด้านสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะงานในคำจำกัดความงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกด้านการส่งเสริมและการบำรุงรักษา^(8,9,10) รองลงมาด้านการปรับงานให้กับคนและการปรับคนให้เข้ากับงาน พบว่าในรายข้อพัฒนาตนเองให้มีคุณสมบัติเพื่อปฏิบัติงานตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่องมีพฤติกรรมความปลอดภัยสูงสุดในด้านนี้ และยิ่งสอดคล้องกับความปลอดภัยในการทำงาน Supervisor's Safety Checklist ของ Dereamer⁽⁸⁾ ด้านการแนะนำและฝึกอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัย การให้ความรู้แก่พนักงานในด้านความปลอดภัยให้เป็นไปตามกฎระเบียบแห่งความปลอดภัย ส่วนด้านที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในห้องล้างฟิล์มรังสี

xx

11. สมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน (ประเทศไทย). แผนฉุกเฉิน ป้องกันและระงับอันตรายจากรังสี. <http://www.dmsc.moph.go.th/webroot/Radiation/thad/Download/rule08a.doc>. [Online].
12. อภาพกรณ์ อินทนนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพการปรับตัวเพื่อสู่ความเป็นเลิศความเหนื่อยหน่ายในงานกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ]. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2549.
13. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ. <http://www.thaihed.com/demo/show.php?SID=132>. [Online].
14. อัครชาติ ตินสุลานนท์. ความรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค กรณีศึกษาในสายงานธุรกิจวิศวกรรม ธุรกิจก่อสร้างและบำรุงรักษา. วิทยานิพนธ์ วศ.ม. (วิศวกรรมความปลอดภัย). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.วิทยาเขตบางเขน ; 2546.
15. สุระ จันลา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ระบบความปลอดภัยและพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานระดับปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ในนิคมอุตสาหกรรมบ้านหว้า (ไฮเทค). วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สถาบันเทคโนโลยี พระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ; 2547.
16. วไลพร ภิญโญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัย : กรณีศึกษา พนักงานโรงงานผลิตอุปกรณ์ไฟฟ้าแห่งหนึ่ง ในจังหวัด ในจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ; 2544.

ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ หรือโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเน้นเรื่องที่น่าสนใจ จะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

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

บทความที่ใหม่ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกระชับรัด ใจได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่อง ต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอธิบายต่อท้ายชื่อและสถานที่ทำงาน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ 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 การอ้างอิงวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

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

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) 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 รามสูตร, นีวัต มนต์วีรสวัต, สุรศักดิ์ สัมปตตะวานิช, และคณะ, อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยา คลินิกจากวงต่างของผิวหนังผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 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. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย, ใน : ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หาริมสูตร, บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน, พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : รวมทรงศน์, 2533 : 115 – 120.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์ติดหน้าเดียวลงบนกระดาษสี ขนาด A4 (21 x 29.7 ซม.) ใช้ Font Angsana new ส่งบทความซึ่งพิมพ์ในแผ่นเก็บข้อมูล สำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์มายังที่บรรณาธิการ

4.2 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำภาษาไทยที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพโปสเตอร์แทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

4.4 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด พร้อมหนังสือนำส่งถึงบรรณาธิการวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 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 ถือเป็นผลงานวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 หรือ กองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน