

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี

The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province Journal

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2560

Volume 1 No.2 July–December 2017 ISSN : 2539-6676

หน้า

Page

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเฝ้าระวังภัยสุขภาพประชาชนจากสารเคมีตกค้าง
จากยาฆ่าแมลงกำจัดศัตรูพืช ในการบริโภคผักและ
ผลไม้ของชุมชนเทศบาลเมืองสองพี่น้อง จังหวัด
สุพรรณบุรีปี 2558-2559

เฉลิม สอดศรี

ธีราพร พลเลิศ

สุนทร ไพโรวิจารณ์

Contents

Original Articles

Surveillance of public health hazards from
pesticide residues, pesticide use in fruit
and vegetable consumption Municipality of
Songphinong Municipality, Songphinong,
Suphanburi, 2558-2559

Chalerm Sodsri

Teeraporn Palalert

Soontorn Privijarn

การประมวลสาระสำคัญการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง
โรคเอดส์ครั้งที่ 14 และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ครั้งที่ 1

ชญาภา ไตรวิญญ์สกุล

The systematization of hot issue during the
14th National Seminar on AIDS and the 1st on
STIs

Chayapa Triwisakun

ความสัมพันธ์ของปัจจัยเกี่ยวกับงานกับการเกิดปัญหา
สุขภาพจากความเครียดในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

จิรนนท์ จะเกรียง

The correlation of the factors about work with
health problems from stress among registered
nurses in Somdejpraputhalertla hospital

Chiranan Jakreng

ความรู้กับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากร
โรงพยาบาลอุ้มทอง

ปาลิดา ธนรุ่งเจริญกิจ

Knowledge and Care for drug resistant patients
of personnel in U-Thong Hospital

Palida Tanarunggarernkit

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม

อุไรวรรณ ทองคง

The Affected Factors to Health Behaviors
Promotion of Senile people in Samut
songkhram province

UraiwonTongkong

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี
เป็นวารสารทางวิชาการในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ และเป็นฐานข้อมูลในการศึกษา ค้นคว้าอ้างอิง จากแหล่งข้อมูลการวิจัย และการพัฒนางานให้เกิดประโยชน์ แก่บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุข
2. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุขมีการนำเสนอผลการดำเนินงาน มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้จากการปฏิบัติงานร่วมกัน แนวทางการดำเนินงาน

คณะที่ปรึกษา

- | | | |
|------------------------------|--|-----------|
| 1. แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์ | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | ที่ปรึกษา |
| 2. นายแพทย์อรรถพล ชีพสัตยากร | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ | ที่ปรึกษา |
| 3. นายแพทย์สุเมธ องค์วรรณดี | ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี | ที่ปรึกษา |
| 4. นายแพทย์โอภาส พูลพิพัฒน์ | ข้าราชการบำนาญ | ที่ปรึกษา |
| 5. ผศ.ดร.มธุรส ทิพย์มงคลกุล | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | ที่ปรึกษา |

บรรณาธิการ

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| นายแพทย์พราน ไพรสุวรรณ์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ |
|-------------------------|-------------------|

คณะบรรณาธิการ

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| 1. นายแพทย์พราน ไพรสุวรรณ์ | นายแพทย์เชี่ยวชาญ |
| 2. นายนิคม กสิวิทย์อำนาจ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| 3. นางสาวโสภภาพรรณ จิรนิติศัย | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| 4. นางสาวจุฑาทิพย์ ชมพูนุช | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 5. นายกวี โพธิ์เงิน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 6. นายไกรฤกษ์ สุธรรม | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| 7. นางปิยจุพร อินบำรุง | นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ |
| 8. นางนัยนา อ่อนโพธิ์แก้ว | นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ |
| 9. นางเพชรรัตน์ อรุณภาคมงคล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 10. ว่าที่ ร.ต.อนุสรณ์ ภาณุตานันท์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |

ผู้จัดการ

นางสาวศุภลักษณ์	แย้มสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
-----------------	----------	-----------------------

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวกฤตยา	โยธาทะเสริฐ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
2. นางสาวศรินทร์รัตน์	วิริยสุนทร	นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
3. นางสาวอาชีรญาณ	ใจจง	นักวิชาการพัสดุชำนาญการ

คณะผู้จัดทำวารสาร

1. นางสาวศุภลักษณ์	แย้มสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. นางสาวกฤตยา	โยธาทะเสริฐ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
3. นายกวี	โพธิ์เงิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
4. นายไกรฤกษ์	สุธรรม	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ
5. นางปัญจพร	อินบำรุง	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
6. ว่าที่ ร.ต.อนุสรณ์	ภาณุตานันท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
7. นางจตุพร	กุศลส่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
8. นางจอมสุตา	อินทรกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
9. นางปิยนุช	เทพยสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
10. นางพรวิมล	ชำนาญกิจ	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

กำหนดออก ปีละ 2 ครั้ง มกราคม, กรกฎาคม

พิมพ์ที่ : บริษัท ธรรมรักษ์การพิมพ์ จำกัด โทร. 0-3232-5534-5 โทรสาร 0-3232-7344

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ยินดีรับบทความทางวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพหรือผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือรอการตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-มิ.ย. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ก.พ.

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน ก.ค.-ธ.ค. ตีพิมพ์สมบูรณ์สัปดาห์แรกของเดือน ส.ค.

กำหนดขอบเขตเวลาของการรับเรื่องตีพิมพ์

ฉบับที่ 1 ภายในเดือน พ.ย. ฉบับที่ 2 ภายในเดือน พ.ค.

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง
บทความพินิจ	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง ที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุดและภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษารัตนศิลป์เป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาว

บทนำ	ไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
วัตถุประสงค์และวิธีการ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
ผลการศึกษา	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูลวิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
วิจารณ์	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุป เปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้
สรุป (ถ้ามี)	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป
เอกสารอ้างอิง	1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 2. การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม 3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อต้น และชื่อย่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิงเว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หา

ไม่ได้ทุกๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิงให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์และรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร/ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์: เล่มที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ก. วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช ตัวอย่าง เช่น ธีระ รามสูต, นิวัติ มนตรีวิสุติ, สุรศักดิ์ ลัมปิตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากกวางขวางของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527;10:101-2.

ข. วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ไล่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et.al. หรือและคณะ ถ้าเป็นภาษาไทย ใช้ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

ตัวอย่าง เช่น Fischl MA, Dickinson GM, Scottn GB. Evaluation of Heterosexual partner, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987;257:640-4.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น Toman K. Tuberculosis cas-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน; (ชื่อบรรณาธิการ) บรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน:ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค. ตระหนักจิต หาริมสูต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมพรรณ;2533. หน้า 115-20.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม หรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology, 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ. บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือนปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In:Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. P. 1561-5.

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง เช่น เอื้อมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542. 80 หน้า.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่ (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from:http://....

ตัวอย่าง เช่น Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5];18:52-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง[ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from:http://....

ตัวอย่าง เช่น Mewertris M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain of family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmwf.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf

ขนิษฐา กาญจนรังสีนนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ต.ค. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และแผ่น diskette ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี 123/202 ถนนเพชรเกษม ซอย 1 อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสาร พร้อมระบุชื่อ File และระบบที่ใช้ MSWord

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 2 ท่านร่วมพิจารณา

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ คณะบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียน จำนวน 5 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการ หรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี หรือคณะบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

ใบสมัครส่งบทความ/ผลงานวิชาการลงตีพิมพ์
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

1.ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)

.....
.....

2.ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)

.....
.....

3.ผู้พิมพ์

.....

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

4.วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย)

..... วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

5.ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี) วุฒีย่อ (ภาษาไทย)

..... วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ)

6.สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล

☐ เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความ/ผลงานวิชาการนี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่นหากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงชื่อ..... เจ้าของบทความ/ผลงานวิชาการ
(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

7. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ

1. ต้นฉบับบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 สำหรับภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกออกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ

2. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ ให้ส่งเอกสารต้นฉบับ 1 ชุดพร้อม Electronics File โดย

2.1 ใบสมัครและเอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว ส่งที่กลุ่มพัฒนางานวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ถนนศรีสุริยวงศ์ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000 โทร.032-338307-8

2.2 เอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ส่งเป็น Electronics File พร้อมระบุชื่อไฟล์ และระบบที่ใช้ Ms Word ที่ E-mail: kyothaprasert@yahoo.com

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ได้จัดทำขึ้น ในปี พ.ศ.2560 เป็นครั้งแรก ซึ่งวารสารวิชาการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ได้จัดทำขึ้น ในปี ที่ 1 เป็นฉบับที่ 2 ของเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2560 เป็นนิพนธ์ต้นฉบับหลายเรื่อง ที่ได้รับความสนใจจาก นักวิชาการเครือข่ายทางการแพทย์ และเครือข่ายสาธารณสุขอย่างมาก ในการนำผลการดำเนินงานทาง ด้านวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเผยแพร่ได้แก่ เรื่องการเฝ้าระวังภัยสุขภาพประชาชนจากสารเคมีตกค้าง จากยาฆ่าแมลงกำจัดศัตรูพืช ในการบริโภคผักและผลไม้ของชุมชนเทศบาลเมืองสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ปี พ.ศ. 2558-2559 การประมวลสาระสำคัญการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 14 และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ครั้งที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจากความเครียดในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ความรู้กับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรโรงพยาบาลอุ้มทอง และปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งประเด็นเหล่านี้ จะเป็นประโยชน์ ต่อการนำไปพัฒนางานในด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในระดับพื้นที่ และยังเป็นการใช้ ประโยชน์จากแหล่งฐานข้อมูลในการศึกษา ค้นคว้า อ้างอิงในงานวิชาการหรือวิจัยของกรมควบคุมโรคต่อไป

สุดท้ายนี้ คณะบรรณาธิการขอขอบคุณทุกท่าน ที่ให้ความสนใจและส่งบทความตีพิมพ์ในวารสาร ฉบับนี้ ทำให้การผลิตวารสารวิชาการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ลุล่วงและบรรลุ เป้าหมายไปได้ด้วยดี

บรรณาธิการ

การเฝ้าระวังภัยสุขภาพประชาชนจากสารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงกำจัดศัตรูพืช
ในการบริโภคผักและผลไม้ของชุมชนเทศบาลเมืองสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ปี พ.ศ.2558-2559
Surveillance of public health hazards from pesticide residues, pesticide use in fruit
and vegetable consumption Municipality of Songphinong Municipality, Songphinong,
Suphanburi, 2558-2559

เฉลิม สอดศรี สบ.(สาธารณสุขศาสตร์)

Chalerm Sodsri B.P.H.(Public Health)

ธีราพร พลเลิศ พย.บ.(พยาบาล)

Teeraporn Palalert B.N.S (Nursing)

สุนทร ไพริวิจารณ์ พย.บ.(พยาบาล)

Soontorn Privijarn B.N.S (Nursing)

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม

Occupational Medicine Office

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

Somdejphasangkharach 17 Hospital

จังหวัดสุพรรณบุรี

Suphanburi Province

บทคัดย่อ

1) ความสำคัญ

จากข้อมูลของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค พบว่าปี 2555-2557 พบเกษตรกรมีผลเลือดอยู่ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 30.94, 30.54 และ 34 กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง คือ กลุ่มผู้บริโภคมีปริมาณสารเคมีตกค้างในเลือดสูงถึงกว่า ร้อยละ 36 และจากการตรวจผัก/ผลไม้ในร้านอาหารและโรงครัวของโรงพยาบาล พบว่ามีสารเคมีตกค้างอยู่ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 55 จากข้อมูลดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการเฝ้าระวังภัยสุขภาพประชาชนจากสารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงกำจัดศัตรูพืช ในการบริโภคผักและผลไม้ ของชุมชนเทศบาลเมืองสองพี่น้อง อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี

2) วัตถุประสงค์

1. เพื่อเฝ้าระวังอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้บริโภค
2. เพื่อให้เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้บริโภคมีความรู้ในการป้องกันและสามารถลดอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

3) วิธีดำเนินงาน

เก็บตัวอย่างผัก/ผลไม้ในพื้นที่โดยสุ่มตัวอย่างจากตลาดสดบางลี่ ตลาดนัดหน้าโรงพยาบาลและตลาดนัดวัดดอน จำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน เจาะเลือดเพื่อหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในกลุ่มเกษตรกรและผู้บริโภค นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อดำเนินการแก้ไข โดยการจัดทำคู่มือประจำบ้านเรื่องการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยเพื่อให้ความรู้ประชาชน ให้ความรู้กับเกษตรกรและผู้บริโภคเรื่องการล้างผักก่อนปรุงอาหาร เก็บตัวอย่างผัก/ผลไม้ที่มีผลการตรวจไม่ปลอดภัยนำมาตรวจซ้ำ ในปี พ.ศ.2559 และเจาะเลือดตรวจซ้ำในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย

4) ผลการดำเนินงาน

จากการตรวจหาสารเคมีในผักและผลไม้ของเขตเทศบาลเมืองสองพี่น้อง จำนวน 3 ตลาด ได้แก่ ตลาดสดบางลี่ ตลาดหน้าโรงพยาบาล ตลาดนัดวัดดอนแก้ว พบผักที่มีสารตกค้างมากที่สุด คือ กะเพรา ถั่วฝักยาวและต้นหอม ตามลำดับ ผลการตรวจเลือดหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในกลุ่มเกษตรกรอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ร้อยละ 80.96 กลุ่มผู้บริโภคอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ร้อยละ 59.96 ให้ความรู้กลุ่มเกษตรกร จำนวน 17 ราย ร้อยละ 100 และกลุ่มผู้บริโภค จำนวน 446 ราย ร้อยละ 100 หลังจากนั้น นำกลุ่มผู้ที่มีผลเลือดระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยมาเจาะเลือดซ้ำ พบว่าประชาชนมีผลเลือดปกติ ร้อยละ 6.40 ปลอดภัยร้อยละ 31.57 มีความเสี่ยง ร้อยละ 59.40 และไม่ปลอดภัย ร้อยละ 2.60

5) สรุปผลการดำเนินงาน

จากการเฝ้าระวังผักและผลไม้ ทั้ง 3 ตลาด พบว่าผักและผลไม้ที่พบสารเคมีตกค้างมีปริมาณสารพิษในระดับไม่ปลอดภัยและไม่ปลอดภัยมาก ลดลงจาก ร้อยละ 39.93 เหลือเพียง ร้อยละ 9.37 ให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยกับการล้างผักก่อนปรุง พบว่าประชาชนมีผลเลือดในระดับปกติเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.40 มีผลเลือดในระดับปลอดภัยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 31.75 ผลเลือดมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.27 ส่วนผลเลือดที่ไม่ปลอดภัยลดลง ร้อยละ 12.14 ตามลำดับ

ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการสำเร็จได้ คือ ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมืองสองพี่น้อง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง ผู้นำชุมชน อสม.และประชาชนในเขตเทศบาลเมืองสองพี่น้อง อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี

Abstract

1) Importance

According to the Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control, the Department of Disease Control found that from 2012 to 2014, 30.94, 30.54% of the farmers had unsafe blood and 34 higher risk groups were the consumers. High blood residues of up to 36 percent and from fruit/vegetable inspection in restaurants and hospital kitchens. According to the data, 55% of the pesticide residues were detected. From this data, a public health surveillance program has been implemented from pesticide residues to pesticide residues. In the consumption of fruits and vegetables. The community of Songphinong Municipality, Songphinong, Suphanburi

2) Objectives

1. To monitor the hazards of pesticide use among vulnerable farmers and consumers.
2. In order for vulnerable farmers and consumers to have the knowledge to prevent and reduce the danger of pesticide use.

3) How to operate.

Samples of local vegetables/ fruits are sampled from Bangli market. The market in front of the hospital and Wat Don market three times a month apart 1 month blood to find Choline esters in the farmers and consumers. Bring information to analyze causes. To correct By providing a home guide on safe food consumption to educate the public. Educate farmers and consumers about washing vegetables before cooking. Samples of fruit/vegetables with repeated insecure results in 2016 and repeated blood collection in vulnerable and unsafe populations.

4) Performance

There are three markets for the detection of chemicals in the fruits and vegetables of the two sibling mills: Banglian Fresh Market, Wat Don Temple Market The vegetables that contain the most residue are basil, lentil and onion, respectively. The results of the blood test for choline esters in the farmer group were at risk and unsafe 80.96 percent of the consumers were at risk and unsafe 59.96 percent and knowledge of the farmer group of 17 hundred. Each 100 and 466 consumers, 100 percent, then lead the group of bloody and insecure blood to repeat. It was found that people with normal blood loss 6.40% safe, 31.57% had a risk of 59.40% and unsafe 2.60%

5) Performance summary

From the 3 vegetables and fruits surveillance, it was found that fruits and vegetables found to contain toxic chemicals were unsafe and unsafe levels. Decreased from 39.93% to only 9.37%. Knowledge about safe food consumption and washing vegetables before cooking. It was found that the blood pressure in the normal level increased by 6.40%. The blood level in the safe level increased by 31.75%. The blood risk increased by 6.27%. The unsafe blood was decreased by 12.14%.The main factors that contributed to the success of the project were the cooperation of network partners such as the local administrative organization, the Songphinong municipality District Headquarters of Songphinong District, community leaders and people in the municipality of Songphinong Municipality, Songphinong, Suphanburi

ประเด็นสำคัญ

ภัยสุขภาพประชาชนของกลุ่มเสี่ยง, กลุ่มผู้บริโภค
สารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงกำจัดศัตรูพืช
การบริโภคผัก/ผลไม้ ชุมชนเทศบาลเมืองสองพี่น้อง
จ.สุพรรณบุรี

Key words

groups Public health risks of vulnerable groups,
consumer Pesticide residues, pesticides
Fruit / vegetable consumption. The municipality
of Songphinong Municipality SuphanBuri

บทนำ

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้มีการดำเนินงานสู่ตรวจหาสารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงกำจัดศัตรูพืช ในสถานประกอบการควบคู่ไปกับสารปนเปื้อนอื่นๆ เนื่องมาจากเกษตรกรมีการใช้สารเคมีดังกล่าวมากขึ้น เพราะต้องการให้ผลผลิตทางเกษตรที่เพาะปลูกไว้ไม่มีโรคและแมลงมาทำลายให้เสียหายและบางครั้งเกษตรกรไม่ได้ศึกษารายละเอียดในการใช้สารเคมี ให้ตรงกับศัตรูพืชที่มารบกวน หรือมีการใช้สารเคมีผสมกันอย่างหลากหลาย เพื่อให้สามารถป้องกันศัตรูพืชได้ สิ่งที่สำคัญ คือ สารเคมีแต่ละชนิดมีความเป็นพิษร้ายแรงสูง อาจทำให้ได้รับอันตรายจากการใช้หรือจากการบริโภคผัก/ผลไม้ เกิดอาการและความเจ็บป่วยต่างๆ ตามไปด้วย ดังนั้น การศึกษาพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชน เพื่อป้องกันโรคจากสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ปลูกผักในตำบลลุ่มลำชีอ.บ้านเขว้า จ.ชัยภูมิ จากข้อมูลการนำเข้าสารเคมี พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2520-2522 มีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเท่ากับ 116,322 ตัน, 109,907 ตัน และ 137,594 ตัน ตามลำดับ

ข้อมูลจากการสำรวจของมูลนิธิการศึกษา(Thai Education Foundation) ปี พ.ศ. 2555 มีปริมาณการใช้สารเคมีของเกษตรกรในพื้นที่ 4 อำเภอ ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีการสัมภาษณ์เกษตรกร 248 ครอบครัวปลูกพืชชนิดต่างๆ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ พืชไร่ ได้แก่ ข้าว ข้าวโพด มีพื้นที่เพาะปลูก 2,228 ไร่ ใช้สารเคมี 114,990 ลิตร/ปี กลุ่มที่ 2 พืชผักและดอกไม้ ได้แก่ กะหล่ำปี ผักกาดขาว ถั่วพริกทองแดงกวา ดอกเบญจมาศ มีพื้นที่เพาะปลูก 155 ไร่ ใช้สารเคมี 117,511 ลิตร/ปี และกลุ่มที่ 3 พืชไม้ผล ได้แก่ ลิ้นจี่ ลำไย มะม่วง พื้นที่เพาะปลูก 136 ไร่ ใช้สารเคมี 30,365 ลิตร/ปี

เมื่อพิจารณาข้อมูลอัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชในระดับประเทศ พบว่า ปี พ.ศ. 2557-2559 มีอัตราป่วย 24.63, 22.92 และ 18.90 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับพื้นที่รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 8 จังหวัด พบว่าปี พ.ศ.2557-2559 มีอัตราการป่วยเท่ากับ 7.90, 14.77 และ 14.71 ต่อแสนประชากร โดยในปี พ.ศ.2559 พบว่าจังหวัดสุพรรณบุรี มีอัตราป่วยสูงสุด 27.35 รองลงมาจังหวัดกาญจนบุรี 18.46 และจังหวัดเพชรบุรี 17.73 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และจากการตรวจคัดกรองเกษตรกร ด้วยกระดาษ (Reactive paper) ในปีพ.ศ.2559 ภาพรวมระดับเขต พบว่า มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ร้อยละ 30.2 (4,018 ราย จากเกษตรกรที่ได้รับ การตรวจทั้งหมด 13,311 ราย) และจากการตรวจผัก/ผลไม้ในร้านอาหารและโรงครัวของโรงพยาบาล สมเด็จพระสังฆราชของค์ที่ 17 พบว่า มีสารเคมีตกค้าง อยู่ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 55

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของค์ที่ 17 จึงได้จัดทำโครงการการเฝ้าระวังภัยสุขภาพของประชาชนจากสารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงกำจัดศัตรูพืช ในการบริโภคผักและผลไม้ของชุมชน ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้มีการดำเนินงานสู่ตรวจหาสารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงกำจัดศัตรูพืช ในสถานประกอบการควบคู่ไปกับสารปนเปื้อนอื่นๆ เนื่องมาจากเกษตรกรมีการใช้สารเคมีดังกล่าวมากขึ้น เพราะต้องการให้ผลผลิตทางเกษตรที่เพาะปลูกไว้ไม่มีโรคและแมลงมาทำลายให้เสียหายและบางครั้งเกษตรกรไม่ได้ศึกษารายละเอียดในการใช้สารเคมี ให้ตรงกับศัตรูพืชที่มารบกวน หรือมีการใช้สารเคมีผสมกันอย่างหลากหลาย เพื่อให้สามารถป้องกันศัตรูพืชได้ สิ่งที่สำคัญคือสารเคมีแต่ละชนิดมีความ

เป็นพิษร้ายแรงสูง อาจทำให้ได้รับอันตรายจากการใช้หรือจากการบริโภคผัก/ผลไม้ เกิดอาการและความเจ็บป่วยต่างๆ ตามไปด้วย ดังนั้น การศึกษาพัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชน เพื่อป้องกันโรคจากสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกผักในตำบลลุ่มลำซิว.บ้านเขว้า จ.ชัยภูมิ จากข้อมูลการนำเข้าสารเคมีพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ.2520-2522 มีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 116,322 ตัน, 109,907 ตัน และ 137,594 ตัน ตามลำดับ

ข้อมูลจากการสำรวจของมูลนิธิการศึกษา (Thai Education Foundation) ปี พ.ศ. 2555 มีปริมาณการใช้สารเคมีของเกษตรกรในพื้นที่ 4 อำเภอ ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีการสัมภาษณ์เกษตรกร 248 ครัวเรือนปลูกพืชชนิดต่างๆ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ พืชไร่ ได้แก่ ข้าว ข้าวโพด มีพื้นที่เพาะปลูก 2,228 ไร่ ใช้สารเคมี 114,990 ลิตร/ปี กลุ่มที่ 2 พืชผักและดอกไม้ ได้แก่ กะหล่ำปลี ผักกาดขาว ถั่วพริกทองแดงกวา ดอกเบญจมาศ มีพื้นที่เพาะปลูก 155 ไร่ ใช้สารเคมี 117,511 ลิตร/ปี และกลุ่มที่ 3 พืชไม้ผล ได้แก่ ลิ้นจี่ ลำไย มะม่วง มีพื้นที่เพาะปลูก 136 ไร่ ใช้สารเคมี 30,365 ลิตร/ปี

เมื่อพิจารณาข้อมูลอัตราป่วยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืชในระดับประเทศ พบว่า ปี พ.ศ. 2557-2559 มีอัตราป่วย 24.63, 22.92 และ 18.90 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับพื้นที่รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 8 จังหวัด พบว่าปี พ.ศ.2557-2559 มีอัตราการป่วย 7.90, 14.77 และ 14.71 ต่อแสนประชากร โดยปี พ.ศ. 2559 พบว่าจังหวัดสุพรรณบุรี มีอัตราป่วยสูงสุด 27.35 รองลงมาจังหวัดกาญจนบุรี 18.46 และจังหวัดเพชรบุรี 17.73 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และจากการตรวจคัดกรองเกษตรกรด้วยกระดาษ (Reactive paper) ในปี พ.ศ.2559 ภาพรวมระดับเขต พบว่ามีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย

ร้อยละ 30.2 (4,018 ราย จากเกษตรกรที่ได้รับการตรวจทั้งหมด 13,311 ราย) และจากการตรวจผัก/ผลไม้ในร้านอาหารและโรงครัวของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 พบว่ามีสารเคมีตกค้างอยู่ระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 55

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จึงได้จัดทำโครงการการเฝ้าระวังภัยสุขภาพของประชาชนจากสารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงกำจัดศัตรูพืช ในการบริโภคผักและผลไม้ของชุมชน

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาระดมความคิดเห็น ใช้ผลการตรวจทางวิทยาศาสตร์ เพื่อยืนยัน โดยผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ผลการตรวจสารเคมีตกค้างในผัก/ผลไม้ที่มีจำหน่ายในพื้นที่และ 3) ผลการตรวจเลือดของประชาชนเพื่อหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส 2 กลุ่มแยกเป็นเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงกับกลุ่มผู้บริโภค การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการต้องเป็นประชาชนที่พักอาศัยประจำในตำบลสองพี่น้อง มีความสมัครใจรับรู้ว่ามีความเสี่ยงต่อสารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงกำจัดศัตรูพืช ประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการโดยความสมัครใจทั้งหมด 463 คน ผัก/ผลไม้ที่เก็บตัวอย่างจากตลาดทั้งหมด 17 ชนิด แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ สัดส่วน และค่าเฉลี่ย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทการประกอบอาชีพและการประเมินความรู้เบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

2. ข้อมูลผลการตรวจสารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงในผัก/ผลไม้ที่มีจำหน่ายในพื้นที่ และผลการตรวจเลือดประชาชน เพื่อหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสผู้ที่เข้าร่วมโครงการ

การแปลผล

การตรวจหาสารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงในผัก/ผลไม้ จะแปลผลการตรวจเป็น 3 ระดับ คือ ปกติ ปลอดภัย และไม่ปลอดภัยมาก การตรวจหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของประชาชนจะแปลผลการตรวจโดยแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับปกติ ($\geq 100 \text{ u/ml}$) ระดับปลอดภัย ($\geq 87.5 \text{ u/ml}$) ระดับเสี่ยง ($\geq 75.0 \text{ u/ml}$) และระดับไม่ปลอดภัย ($< 75.0 \text{ u/ml}$) ตามลำดับ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ และได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.51 มากกว่าเพศชาย 3 เท่า กลุ่มอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด รองลงมาอายุ 50-59 ปี และอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 37.79, 25.48, 19.22 ตามลำดับ ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาผู้ที่ไม่ได้เรียน และชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.37, 19.58 และ 16.85 ตามลำดับ ประเภทการประกอบอาชีพเป็นอาชีพแม่บ้านมากที่สุด รองลงมาอาชีพค้าขาย และอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.85, 30.24, 23.76 ตามรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประเภทการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=463 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	118	25.49
หญิง	345	74.51
อายุ		
0-9	2	0.43
10-19	8	1.72
20-29	23	4.96
30-39	48	10.36
40-49	89	19.22
50-59	118	25.48
60 ปีขึ้นไป	175	37.79

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประเภทการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=463 คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	261	56.37
มัธยมศึกษา	78	16.85
ปริญญาตรี	32	6.9
ไม่ได้เรียน	92	19.87
ประเภทการประกอบอาชีพ		
เกษตรกร	22	4.75
ค้าขาย	140	30.24
นักเรียน	9	1.94
รับจ้าง	110	23.76
พนักงานบริษัท	10	2.15
แม่บ้าน	166	35.85
อื่นๆ	6	1.29

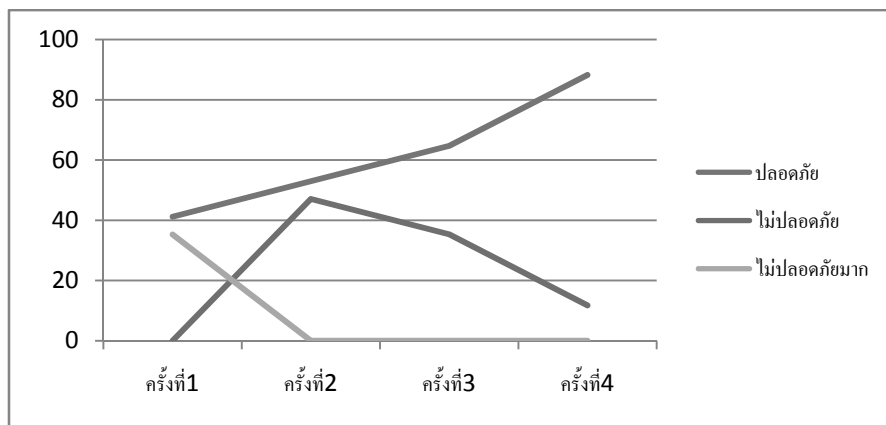
ส่วนที่ 2 ตรวจสอบเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงในผัก/ผลไม้และผลการตรวจเลือดประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ในเขตเทศบาลเมืองสองพี่น้อง อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ผลการตรวจสอบสารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงในผัก/ผลไม้ ที่มีจำหน่ายในเขตเทศบาลเมืองสองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี

ชนิดผัก/ผลไม้	จำนวน (N= 17 ชนิด)											
	ครั้งที่ 1			ครั้งที่ 2			ครั้งที่ 3			ครั้งที่ 4		
	ปลอดภัย	ไม่ปลอดภัย	ไม่ปลอดภัยมาก	ปลอดภัย	ไม่ปลอดภัย	ไม่ปลอดภัยมาก	ปลอดภัย	ไม่ปลอดภัย	ไม่ปลอดภัยมาก	ปลอดภัย	ไม่ปลอดภัย	ไม่ปลอดภัยมาก
1.ผักคะน้า		1		1			1			1		
2.มะเขือเทศ			1		1			1		1		
3.ต้นหอม			1		1			1			1	
4.มะระ	1			1			1			1		
5.ผักกาดหอม	1			1			1			1		
6.กะหล่ำปลี		1		1			1			1		
7.มะเขือยาว			1		1			1		1		
8.ชะอม	1			1			1			1		
9.แตงกวา	1			1			1			1		
10.ตังโอ๋		1			1			1		1		
11.กระเพรา			1		1			1			1	
12.สาระแหน่			1		1		1			1		
13.ตังฉ่าย	1			1			1			1		
14.ถั่วฝักยาว		1			1		1			1		
15.บล็อกเคอรี่	1			1			1			1		
16.ดอกกุยช่าย			1		1			1		1		
17.พริกหอม	1	0	0	1	0		1			0		
รวมทั้งหมด	7	4	6	9	8		11	6		15	2	
ร้อยละ	41.17	23.52	35.29	52.94	47.05	0	64.7	35.29	0	88.23	11.76	0

เมื่อพิจารณาผลการตรวจสอบสารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงของผัก/ผลไม้ จากการเก็บตัวอย่าง ในปี พ.ศ. 2558-2559 ปีละ 2 ครั้ง จำนวน 4 ครั้ง โดยแบ่งความปลอดภัยออกเป็น 3 ระดับ พบว่ามีแนวโน้มความปลอดภัยเพิ่มขึ้น จากครั้งที่ 1-4 ร้อยละ 41.17, 52.94, 6.47 และ 88.23 ตามลำดับ ส่วนความไม่ปลอดภัยมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 23.52, 47.05, 35.29 และ 11.76 ตามลำดับ ตามรายละเอียดตารางที่ 2 และแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงผลการตรวจสอบสารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงในผัก/ผลไม้ ที่มีจำหน่ายในเขตเทศบาลเมืองสองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี จำแนกออกเป็นระดับความปลอดภัยต่างๆ



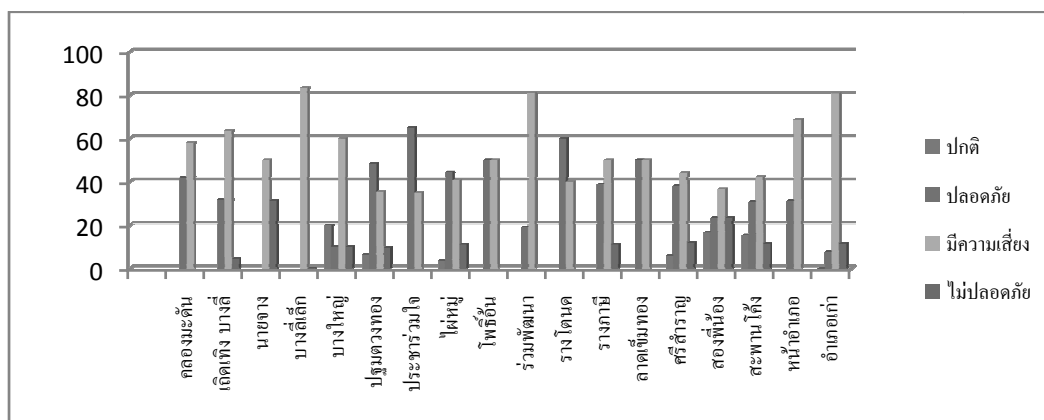
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ผลการตรวจเลือดหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองสองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี แบ่งออกเป็นระดับความรุนแรง จำแนกเป็นรายชุมชน

ชุมชน	ปกติ	ปลอดภัย	มีความเสี่ยง	ไม่ปลอดภัย	รวมทั้งหมด
ชุมชนคลองมะดัน		13 (2.81)	18 (3.89)	-	31 (6.70)
ชุมชนเถิดเทิง/บางลี่		21 (4.54)	42 (9.07)	3 (0.65)	66 (14.25)
ชุมชนนายจาง		3 (0.65)	8 (1.73)	5 (1.08)	16 (3.43)
ชุมชนบางลี่เล็ก			10 (2.06)	2 (0.43)	12 (2.59)
ชุมชนบางใหญ่	4 (0.86)	2 (0.43)	12 (2.59)	2 (0.43)	20 (4.32)
ชุมชนปฐมดวงทอง	2 (0.43)	15 (3.24)	11 (2.38)	3 (0.64)	31 (6.68)
ชุมชนประชาร่วมใจ		13 (2.81)	7 (1.51)	-	20 (4.32)
ชุมชนไผ่หมู่	(0.22) -	12 (2.59)	11 (2.59)	3 (2.38)	27 (5.83)
ชุมชนโพธิ์อ้น	-	9 (1.94)	9 (1.94)	-	18 (3.89)
ชุมชนร่วมพัฒนา		4 (0.81)	17 (3.67)	-	21 (4.54)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ผลการตรวจเลือดหาระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองสองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี แบ่งออกเป็นระดับความรุนแรง จำแนกเป็นรายชุมชน (ต่อ)

ชุมชน	ปกติ	ปลอดภัย	มีความเสี่ยง	ไม่ปลอดภัย	รวมทั้งหมด
ชุมชนรางโดนด	-	21 (4.54)	14 (3.02)	-	35 (7.56)
ชุมชนรางภาษี	-	7 (1.51)	9 (1.94)	2 (0.43)	18 (3.89)
ชุมชนลาดเข้มทอง	-	8 (1.73)	8 (1.73)	-	16 (3.46)
ชุมชนศรีสำราญ	2 (0.40)	13 (2.81)	15 (3.24)	4 (0.86)	34 (7.34)
ชุมชนสองพี่น้อง	5 (1.08)	7 (1.51)	11 (2.38)	7 (1.51)	30 (6.48)
สะพานโค้ง	4 (0.86)	8 (1.73)	11 (2.38)	3 (0.65)	26 (5.62)
ชุมชนหน้าอำเภอ		5 (1.08)	11 (2.38)		16 (3.46)
ชุมชนอำเภอเก่า		2 (0.43)	21 (4.54)	3 (0.65)	26 (5.62)
รวมทั้งหมด	18	163	245	37	463
ร้อยละ	3.89	35.21	52.92	7.99	100.00

แผนภูมิที่ 2 แสดงผลการตรวจเลือดหาระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองสองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี แบ่งออกเป็นระดับความรุนแรง จำแนกเป็นรายชุมชน



ส่วนที่ 3 ข้อมูลการประเมินความรู้เบื้องต้นผู้เข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังภัยสุขภาพประชาชน จำนวน 12 ข้อ ก่อน-หลังการดำเนินโครงการ ในเขตเทศบาลเมืองสองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ผลการประเมินความรู้เบื้องต้นผู้เข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังภัยสุขภาพประชาชน จากเมืองสองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี

ลำดับ	หัวข้อประเมินความรู้	ก่อนการดำเนินโครงการ				หลังการดำเนินโครงการ			
		เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	การเลือกซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืช								
	เลือกให้เหมาะสมกับชนิดของศัตรูพืช	258	55.72	205	44.27	385	83.15	78	16.84
	เลือกที่มีฤทธิ์ตกค้างสั้นและสลายตัวเร็ว	128	27.64	335	72.35	378	81.64	85	18.35
	ไม่เลือกซื้อที่มีฤทธิ์รุนแรง	85	18.35	378	81.64	390	84.23	73	15.76
2	ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเมื่อจำเป็นและใช้เพียงชนิดเดียวในการฉีดพ่นแต่ละครั้ง	289	62.41	174	37.58	420	90.71	43	9.28
3	ผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามฉลากกำหนด	225	48.59	238	51.4	455	98.27	8	1.72
4	ใช้ไม้คนขณะผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	188	40.61	275	59.39	397	85.74	66	14.25
5	ใส่หน้ากากถุงมือ เสื้อแขนยาวให้มิดชิด	204	44.06	259	55.93	395	85.31	68	14.68
6	ยืนอยู่เหนือลมในขณะที่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	111	23.97	352	76.02	450	97.19	13	2.8
7	ไม่สูบบุหรี่หรือกินอาหารในขณะที่พ่นสารเคมี	242	52.26	221	47.73	445	96.11	18	3.89
8	ควรใช้ปริมาณที่พอดีและฉีดพ่นให้หมดในแต่ละครั้ง	197	42.54	266	57.45	411	88.76	52	11.23
9	อาบน้ำทันทีหลังฉีดพ่นเสร็จแล้ว	320	69.1	143	30.88	458	98.92	5	1.08
10	เมื่อแมลงดื้อต่อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชควรใช้สารเคมีชนิดอื่น	328	70.84	135	29.15	156	33.69	307	66.3
11	เว้นระยะเก็บผักผลไม้หลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามที่ฉลากกำหนดอย่างเคร่งครัด	355	76.67	108	23.32	422	91.14	41	8.85
12	เก็บภาชนะบรรจุสารเคมีให้มิดชิดจากเด็กสัตว์เลี้ยง	321	69.33	142	30.66	458	98.92	5	1.08

เมื่อพิจารณาผลการประเมินความรู้เบื้องต้น ผู้เข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังภัยสุขภาพประชาชน จำแนกรายข้อ จำนวน 12 ข้อ ก่อน-หลังการดำเนินโครงการพบว่าทุกข้อผู้เข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังภัยสุขภาพ มีความเข้าใจเพิ่มขึ้นทั้งหมด 12 ข้อ ร้อยละ 100 โดยก่อนการดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่าง เห็นด้วยกับการไม่เลือกซื้อสารเคมีที่มีฤทธิ์รุนแรงน้อยที่สุด ร้อยละ 18.35 และเห็นด้วยกับการเว้นระยะเก็บผัก/ผลไม้ หลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามที่ฉลากกำหนดอย่างเคร่งครัดมากที่สุด ร้อยละ 76.67 ส่วนความคิดเห็นหลังการดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่าง เห็นด้วยเมื่อแมลงดื้อต่อสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ควรใช้สารเคมีชนิดอื่นน้อยที่สุด ร้อยละ 33.69 และมีความเห็นด้วยกับการอาบน้ำทันทีหลังฉีดพ่นเสร็จแล้ว และการเก็บภาชนะบรรจุสารเคมีให้มิดชิด จากเด็กสัตว์เลี้ยงมากที่สุด ร้อยละ 98.92

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ และได้รับการเจาะเลือดตรวจหาระดับเอนไซม์โคเลสเตอเรส ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.51 กลุ่มอายุในช่วง 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด รองลงมาอายุ 50-59 ปี และอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 37.79, 25.48, 19.22 ตามลำดับ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มากที่สุด รองลงมาผู้ที่ไม่ได้เรียนและชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.37, 19.58 และ 16.85 ตามลำดับ ประเภทการประกอบอาชีพเป็นอาชีพแม่บ้านมากที่สุด รองลงมาอาชีพค้าขายและอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.85, 30.24, 23.76 จะเห็นว่าเพศหญิงมีความสนใจสุขภาพจากการบริโภคผัก/ผลไม้ มากกว่าเพศชายถึง 3 เท่าตัว ดังนั้น ควรมีการให้ความรู้กลุ่มแม่บ้าน ให้สามารถรับรู้เลือกซื้อวัตถุดิบมา

ปรุงอาหารหรือมีการล้างผัก/ผลไม้ก่อนปรุงอาหารรับประทานจะได้มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น

ผลการตรวจหาสารเคมีตกค้างจากยาฆ่าแมลงของผัก/ผลไม้ จากการเก็บตัวอย่าง ในปี พ.ศ. 2558-2559 โดยแบ่งความปลอดภัยออกเป็น 3 ระดับ พบว่ามีแนวโน้มความปลอดภัยเพิ่มขึ้น จากการตรวจ 4 ครั้ง ร้อยละ 41.17, 52.94, 6.47 และ 88.23 ตามลำดับ ส่วนความไม่ปลอดภัยมีแนวโน้มลดลง ร้อยละ 23.52, 47.05, 35.29 และ 11.76 ตามลำดับ จากการดำเนินโครงการเป็นเวลา 2 ปีที่ผ่านมา เมื่อได้ทราบปัญหาการปนเปื้อนยาฆ่าแมลงกำจัดศัตรูพืชตกค้าง จึงได้ดำเนินการให้ความรู้ผู้ประกอบการในการเลือกซื้อผัก/ผลไม้ เพื่อนำมาจำหน่ายในตลาดสด ตลาดนัด ทำให้สถานการณ์สารเคมีตกค้างลดน้อยลง ซึ่งอาจจะเป็นแนวทางประการหนึ่งที่จะทำให้ผัก/ผลไม้ที่มีจำหน่ายในพื้นที่ปลอดภัยมากขึ้น แต่ก็อาจจะไม่ยั่งยืนเพราะยังมีการใช้สารเคมีกันอยู่มาก หากจะให้ความยั่งยืนเกษตรกรต้องมีความรู้ในการใช้สารเคมีมากขึ้นด้วย

ผลการตรวจเลือดหาระดับเอนไซม์โคเลสเตอเรสตกค้างของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ในปี พ.ศ. 2558-2559 โดยแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ และจำแนกออกเป็นรายชุมชน พบว่า ระดับปกติ ร้อยละ 3.89 ระดับปลอดภัย ร้อยละ 35.2 ระดับเสี่ยง ร้อยละ 52.92 และระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 7.99 ตามลำดับ เมื่อนำผลการตรวจเลือดของประชาชนมาเปรียบเทียบกัน ในปี พ.ศ. 2558-2559 พบว่า มีแนวโน้มของระดับปกติและปลอดภัยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 3.89, 35.2 เพิ่มขึ้นเป็น 6.40, 31.57 ส่วนระดับไม่ปลอดภัยลดน้อยลงจาก ร้อยละ 7.99 เหลือเพียง 2.60 เนื่องจากมีการดำเนินการให้ความรู้ โดยความรู้จากสื่อไวเนล โปสเตอร์คู่มือประจำบ้าน เรื่องการเลือกบริโภคอาหารที่ปลอดภัย/ปลอดภัย

สอนวิธีการล้างผักตามมาตรฐานให้ครบทุกครัวเรือน ให้ความรู้รายบุคคลควบคู่ไปกับการตรวจเลือด ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้เกิดองค์ความรู้ ที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ตามลำดับ

ผลการประเมินความรู้เบื้องต้นผู้เข้าร่วม โครงการเฝ้าระวังภัยสุขภาพประชาชน จำแนกรายชื่อ จำนวน 12 ชื่อ ก่อน และหลังการดำเนินโครงการ พบว่า ทุกชื่อผู้เข้าร่วมโครงการมีความเข้าใจเพิ่มขึ้น ทั้งหมด 12 ชื่อ ร้อยละ 100 ความรู้เบื้องต้นดังกล่าว มีความจำเป็นต่อเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีและผู้เกี่ยวข้อง กับสารเคมีอย่างยิ่ง หากประชาชนไม่มีความรู้ อาจส่งผลให้เกิดอันตรายจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช เนื่องมาจากจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นพื้นที่เกษตรกรรม ยังมีการใช้สารเคมีค่อนข้างสูง รูปแบบของการได้มา ของสารเคมีดังกล่าว เกษตรกรหาซื้อได้ง่ายนอกจาก จะซื้อจากร้านขายปลีกแล้ว บางบริษัทมีตัวแทน จำหน่ายโดยตรงในพื้นที่พร้อมกับมีการส่งเสริม การขาย ลด-แลก-แจก-แถมสินค้าหรือรางวัลต่างๆ อีกด้วย ทำให้เกษตรกรมีการใช้สารเคมีเพิ่มขึ้น หลากหลายชนิดขึ้น ส่งผลให้ประชาชนของจังหวัด สุพรรณบุรี มีอัตราป่วยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืช สูงสุด ในปี พ.ศ. 2559 ของเขตสุขภาพที่ 5

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลักดันให้เกิด มาตรการต่างๆ ไม่ให้มีการนำสารเคมีมาใช้ใน ภาคเกษตรกรรมมากเกินไปเหมือนปัจจุบัน เกษตรกร ควรได้รับความรู้มากขึ้น ในการนำสารเคมีมาใช้ ในชีวิตประจำวัน

2. ควรมีการให้ความรู้แบบเฉพาะเจาะจง โดยการสร้างแกนนำจากเกษตรกรหมู่บ้าน/ชุมชน เข้าอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสิ่งแวดล้อม และ ความปลอดภัยของห่วงโซ่อาหาร ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เนื่องจาก ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำผลการตรวจสอบสารเคมีตกค้าง จากยาฆ่าแมลงในพืชผัก/ผลไม้ ซึ่งสามารถตรวจได้ เพียง 2 กลุ่ม คือ คาร์บาเมตและออร์กาโนฟอสเฟต เท่านั้น นำผลการตรวจมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล อาจจะไม่ครบถ้วน ควรหาชุดตรวจที่สามารถตรวจ ได้ครบทั้ง 4 กลุ่ม นำมาตรวจกลุ่มตัวอย่างแล้วนำ มาใช้วิเคราะห์อีกครั้ง จะทำให้ผลการศึกษาดังกล่าว ครบถ้วนถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลเมือง สองพี่น้อง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง ผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนในเขตเทศบาลเมือง สองพี่น้อง อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี และคณะทำงาน ของโครงการนี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง :

1. กัลยาณี จันธิมา และคณะ. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชน เพื่อการป้องกันโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกผักในตำบลกลุ่มลำชี อำเภอบำเหน็จ จังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ.2551-2552. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา; 2552.
2. เอกสารนำเสนอในการประชุมวิชาการเพื่อเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประจำปี พ.ศ. 2557 เรื่อง ประสพการณ์การแก้ปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชผ่านระบบการศึกษา. มูลนิธิการศึกษาไทย; 2557.
3. วรเชษฐ์ ขอบใจ และคณะ. พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มเกษตรกรต้นน้ำ : กรณีศึกษาชาวเขาเผ่าม้ง จังหวัดพะเยา.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ; 2553. 4(2) : น.36-46.
4. สงกรานต์ ดีรีน และคณะ. พฤติกรรมการป้องกันตนเองของเกษตรกรในการใช้สารเคมี:เขตสุขภาพที่ 5 วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี; 2560:น.36-46.

การประมวลสาระสำคัญการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 14
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1

The systematization of hot issue during the 14th National Seminar on AIDS
and the 1st on STIs

ชญาภา ไตรวิญญูสกุล, ศศม.

(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Chayapa Triwisakun, MA.

Bureau of AIDS and STIs

บทคัดย่อ

การประมวลสาระสำคัญการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 14 และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูล ความคิดเห็นของการสัมมนา เกี่ยวกับความก้าวหน้าในเชิงวิชาการ ความรู้ด้านโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลการดำเนินงาน และประสบการณ์การดำเนินงาน ภายใต้นโยบายสู่การยุติปัญหาเอดส์ 2 ปีที่ผ่านมาใช้ในการ 1) พัฒนาหรือต่อยอดการดำเนินมาตรการ 2) จำแนก อธิบาย และเสนอมุมมองในปัญหาที่ซับซ้อนและยังหาข้อตกลงได้ไม่ชัดเจน 3) แสวงหาข้อมูลที่จะช่วยให้นักปฏิบัติได้เป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานได้ 4) เพื่อมองหามิติใหม่ให้กับประเด็นสำคัญที่อยู่ในความสนใจและนำไปสู่การวางแผนวางนโยบาย หรือมาตรการในการปฏิบัติต่อไป โดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลจากการนำเสนอหัวข้อวิชาการ รวมทั้งผลการอภิปรายและข้อเสนอแนะในงานสัมมนา นำมาวิเคราะห์เนื้อหาที่เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับแนวคิดหลักของการจัดงานสัมมนา และนำเสนอในจัดเวทีผู้เชี่ยวชาญเพื่ออภิปราย ผลการค้นพบ และใช้ข้อมูลสนับสนุนข้อค้นพบเสนอแนะทิศทาง หรือแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสำคัญ สาระสำคัญจากการประมวล คือ การพัฒนามาตรการด้านการจัดการองค์ความรู้ด้านการดูแลรักษา การป้องกัน และการลดการตีตราในกลุ่มที่เป็นปัญหาในเชิงสังคมและมีความขัดแย้งในเจตคติของเพศสภาวะ โดยพบปัญหาในสถานที่ทำงานในเรื่องการเลือกปฏิบัติ การละเมิดสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีนำมาสู่ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และการดำเนินงานในระบบสุขภาพ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลรักษา การป้องกัน การดำเนินงาน และเสนอทางออกเพื่อผลักดันให้เกิดมาตรการที่จะส่งเสริมสนับสนุนเรื่อง “ลดการตีตรา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี” และ “นำไปสู่การยุติปัญหาเอดส์”

Abstract

The systematization of hot issue during the 14th National Seminar on AIDS and the 1st on STIs is aimed to collect the information and opinion regarding the advance in academic knowledge of AIDS and STIs, the performance and the implementation experiences under the policy Ending AIDS for two years ago. These were applied 1) to develop and expand

the measures 2) to classify, explain and propose the viewpoint of complex problems and unclear agreement 3) to seek for the information regarded as the good practical model for implementation 4) to look for the new dimension to the interesting issue and lead to the policy planning or the practical measure. The methodology is to collect the information from the academic presentation, including discussion and suggestion in the seminar. The content of information is analyzed and linked to the main concept of the seminar. This information is presented to the experts in order to discuss findings. The information which supported the findings helps to suggest the directions of guidelines related to the key issues. The systematization of hot issue is the development of knowledge management measure on care, treatment, prevention, reduction on stigma among social problem groups and attitude conflict of gender. These problems are found in workplaces such as discrimination and violation of HIV right. This leads to effect on life style and implementation of health system, involvement laws that are difficult to care, treatment, prevention, and implementation. The solutions are recommended to push the measure for promoting and supporting “Reduce stigma among HIV infected and lead to ending AIDS”.

บทนำ

การประมวลสาระสำคัญการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 14 และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 เป็นการรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้มีการนำเสนอความก้าวหน้าในเชิงวิชาการด้านโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนผลการดำเนินงานในงานสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 14 และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 17-19 ธันวาคม 2557 ณ อิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี โดยนำเสนอข้อมูลความรู้ ประสบการณ์ที่ได้ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 2 ปี ที่ผ่านมา ด้วยการแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นในเชิงวิชาการและการจัดการในเวทีของงานสัมมนาฯ โดยความร่วมมือร่วมกันระหว่างเครือข่ายผู้ทำงาน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากหลายภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาคประชาสังคม และองค์กรเอกชนทั้งภายในและต่างประเทศที่สนับสนุนการดำเนินงาน ภายใต้แผนงานของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ สู่เป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ ข้อมูลการประมวลสาระสำคัญ โดยรวบรวมการนำเสนอหัวข้อวิชาการหลัก (Plenary session) และหัวข้อวิชาการย่อย (Symposium session/ Skills building) โดยกำหนดขอบเขต และหัวข้อการอภิปรายทางวิชาการ 1. Stigma ในระบบสุขภาพ 2. PMCT 3. Care ในเด็กและวัยรุ่น 4. Harm reduction 5. Innovation vaccine AIDS/ STIs 6. คุณภาพบริการ HIV และ STIs 7. TB /HIV 8. แรงงานข้ามชาติ รวมทั้งผลการอภิปรายและข้อเสนอแนะนำมาเชื่อมโยงเนื้อหา ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดหลัก (Theme) ของการจัดงานสัมมนาฯ คือ “ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา : ยุติปัญหาเอดส์และเพศสัมพันธ์” ในประเด็น “สถานการณ์ ทิศทางและนโยบายการขับเคลื่อนของ

ระบบสุขภาพที่นำไปสู่การลดการตีตรายุติปัญหาเอดส์และเพศสัมพันธ์ : ประเด็นการนำเสนอจากงานสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ผ่านมา”

สาระสำคัญ

ข้อมูลการประมวลสาระสำคัญโดยรวบรวมการนำเสนอหัวข้อวิชาการหลัก (Plenary session) และหัวข้อวิชาการย่อย (Symposium session) รวมทั้งผลการอภิปรายและข้อเสนอแนะ นำมาเชื่อมโยงเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดหลัก (Theme) ของการจัดงานสัมมนาฯ คือ “ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา : ยุติปัญหาเอดส์และเพศสัมพันธ์” ในประเด็น “สถานการณ์ ทิศทางและนโยบายการขับเคลื่อนของระบบสุขภาพที่นำไปสู่การลดการตีตรายุติปัญหาเอดส์และเพศสัมพันธ์ : ประเด็นการนำเสนอจากงานสัมมนาระดับชาติครั้งที่ผ่านมา” จากการนำเสนอหัวข้อแนวคิดหลัก (Plenary session) และหัวข้อย่อยรายวันเสนอแนวคิดต่อการ ไม่ตีตรา คือความเข้าใจการตีตราและลดการเลือกปฏิบัติ เพื่อยุติปัญหาเอดส์ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้วยแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการไม่ตาย ไม่มีการเสียชีวิตจากเอดส์เพราะเอดส์รักษาได้ จะทำอย่างไรให้เป็นจริง การนำเสนอสถานการณ์ นโยบาย มาตรการ และแนวทางในการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในเรื่องการทำงานเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Stigma and Discrimination: S & D) ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผ่านมาของประเทศไทย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548-2557 พบว่ายังมีผลกระทบในการตรวจเลือดภายหลัง เช่น มีการติดเชื้อเอชไอวี มีการรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งปัญหานี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ ทั้งในฐานะที่เป็นผู้ติดเชื้อเองและในฐานะของคนทำงาน มีการแสดงออกใน 2 รูปแบบ คือทัศนคติทางด้านลบ การละเมิดสิทธิโดยตรง ซึ่งอาจเป็นเรื่องมุมมองของสังคมต่อปัญหาในเรื่องนี้ที่มีความแตกต่างกันไปในมิติของสถานะของการเป็นและไม่เป็นผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี

1. สถานะการเป็นผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มที่สังคมตีตราจากการประกอบอาชีพ (เช่น อาชีพบริการทางเพศ) กลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ และบุคคลที่สังคมตัดสินว่ามีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น กลุ่มผู้ขาย (ชนิดฉีดยา) ยังถูกกีดกันการเข้าถึงการป้องกัน ไม่มีการแจกเข็ม กระบอกฉีดยาเพราะถูกตีตราและปิดกั้นด้วยกฎหมาย งบประมาณ ที่ส่งผลต่อการตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ขายยาเสพติด ในช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมาไม่สามารถขับเคลื่อนการแก้ปัญหาเอดส์ในกลุ่มผู้ขายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. สถานะการไม่เป็นผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ได้แก่ บุคคลในชุมชน ที่เป็นผู้ให้บริการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ภาครัฐ ผู้รักษากฎหมาย สาเหตุการเลือกปฏิบัติมาจากการที่หน่วยงาน/บริษัทเหล่านั้น เกรงว่าภาพลักษณ์ของตัวเองจะไม่ดีในสายตาของสังคม กลุ่มที่มีความกลัวในลักษณะที่มากกว่าปกติ และเป็นเรื่อง “มโน” ทางสังคม ทำให้ต้องการทราบ ใครติดเชื้อเอชไอวีบ้าง

จุดเน้นของกิจกรรมของการดำเนินงานขับเคลื่อน

- มีการดำเนินโครงการสำคัญรองรับ ซึ่งเป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ และการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ได้แก่ โครงการรณรงค์สิทธิด้านเอดส์และพัฒนาดัชนีการตีตราและเลือกปฏิบัติที่ทำให้ประเด็นเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติ

มีความชัดเจนมากขึ้น อีกทั้งสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการรณรงค์และปกป้องสิทธิด้านเอดส์เป็นโครงการในลักษณะของการป้องกัน(Interventions) ซึ่งเริ่มดำเนินการในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ มีการทบทวนนโยบายและกฎหมายที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานแก้ไขปัญหาเอดส์และสิทธิมนุษยชน และล่าสุดมีการพัฒนาเครื่องมือวัดการตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D) โดยการสำรวจใน 2 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร และเชียงใหม่ โดยมีการวางแผนใช้เครื่องมือนี้สำรวจในระดับจังหวัดต่อไป

- มีการใช้มาตรการการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) เพราะให้ความสำคัญในเรื่องลดการตีตรา และผู้ขายที่มีความซับซ้อนของปัญหา เช่น ติดยาและติดเชื้อเอชไอวี การดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องให้ความสำคัญต่อการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยการปรับทัศนคติชุมชน เพื่อมีส่วนร่วมในการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการ ในส่วนของ การจัดบริการเมทาโดนในชุมชน

ข้อเสนอการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

- การสร้างความเข้าใจเรื่องการตีตราและลดการเลือกปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ด้วยการไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ เป็นประเด็นที่ทุกภาคส่วนพยายามก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของทัศนคติ และกระบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้น มีผลต่อการบังคับใช้กฎหมาย ทั้งนี้ ปัญหาการตีตราไม่ใช่เรื่องที่จะมีใครถูกหรือผิด แต่มีสาเหตุมาจากความเข้าใจที่ผิด เช่น เอดส์รักษาไม่หาย น่ารังเกียจ การให้ความรู้ไม่สามารถแก้ไข ปัญหาการตีตราได้ เนื่องจากการตีตรา มาจากค่านิยม และการตัดสินทางสังคม (Moral judgment)

ดังนั้น การตีตรา จึงมักเป็นการให้ค่าของสังคมที่ทำให้
สิ่งต่างๆ เป็นสิ่งผิดปกติ และส่งผลกระทบต่อกิจกรรม
ที่เกิดขึ้น

- ต้องมียุทธศาสตร์/มาตรการเร่งด่วน ในการ
การจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบ

- ไม่ควรมีสถานที่แยกเพื่อให้ผู้ติดเชื้อรวมกลุ่ม
กันเฉพาะผู้ติดเชื้อเท่านั้น เพราะการแยกตัวนี้ จะทำให้
ชุมชนข้างนอกไม่ยอมรับ โดยเสนอว่าผู้ติดเชื้อ ควรมี
การดำเนินชีวิตตามปกติอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน

- การเคารพสิทธิ ความเข้าใจสิทธิของบุคคล
การทำให้มีความรู้สึกลดลง เมื่อเข้ารับการตรวจ
เลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่
ยังขาดความมั่นใจและกังวลต่อผลกระทบที่เกิดจาก
สังคมและคนรอบข้าง อันเนื่องจากการขาดความรู้
ในสังคมไทยยังมีความเห็นแก่ตัวและไม่คำนึงถึงสิทธิ
ของผู้อื่น อีกทั้งผู้ถูกกระทำก็ยอมให้เกิดการตีตรากับ
ตนเอง ต้องสร้างให้เกิดความรู้จริง

- การปกป้องสิทธิและคุ้มครองสิทธิ ซึ่งต้องช่วย
กันทุกหน่วยงานทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่
ได้ผลจริง ควรมีการกำหนดบทลงโทษ และมีการเร่ง
สร้างความเข้าใจผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ
มหาวิทยาลัย หรือบริษัทที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน
ซึ่งยังมีการบังคับให้พนักงานตรวจเลือดหาการติดเชื้อ
เอชไอวี หรือกรณีการละเมิดสิทธิของคลินิกตรวจ
สุขภาพที่ส่งผลเอชไอวีให้นายจ้าง (โดยไม่ขออนุญาต)
“สถานการณ์ ทิศทางและนโยบายการขับเคลื่อนของ
ระบบสุขภาพที่นำไปสู่การลดการตีตราผู้ติดเชื้อ
เอชไอวีและเพศสัมพันธ์ : ประเด็นการนำเสนอจากงาน
สัมมนาระดับชาติครั้งที่ผ่านมา” แนวคิดการทบทวน
และสังเคราะห์สรุปเนื้อหาวิชาการจากงานสัมมนา
ระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 14 และโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1

เป็นการ “สังเคราะห์เชิงบรรยาย” โดยวิเคราะห์
ประเด็นการนำเสนอหัวข้อหลัก และหัวข้อย่อยที่มี
การอภิปรายแต่ละเรื่อง คัดเลือกบางประเด็น หรือ
หัวข้อของการนำเสนอใน Theme รายวันแต่ละวัน
ซึ่งประกอบด้วยงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ดูแล
รักษา ที่สามารถค้นหาข้อมูลหาคำตอบ เพื่ออธิบายผล
การค้นพบ และใช้สนับสนุนข้อค้นพบ เพื่อนำมาใช้
ในการกำหนดทิศทาง หรือเสนอมาตรการ (ตามแผน
งานยุทธศาสตร์สมัชชาและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ใน ๕ ยุทธศาสตร์) ที่เกี่ยวข้อง กับ
มาตรการที่จะส่งเสริมสนับสนุน เรื่อง “ลดการตีตรา
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี” และนำไปสู่การยุติปัญหาเอดส์”

วัตถุประสงค์

- 1) พัฒนาหรือต่อยอดการดำเนินมาตรการ
- 2) จำแนก อธิบาย และเสนอมุมมองในปัญหาที่
ซับซ้อนและยังหาข้อตกลงได้ไม่ชัดเจน
- 3) แสวงหาข้อมูลที่จะช่วยให้นักปฏิบัติยึดไว้เป็น
แบบอย่างที่ดีในการทำงานได้
- 4) เพื่อมองหามิติใหม่ให้กับประเด็นสำคัญที่อยู่
ในความสนใจ และนำไปสู่การวางแผน วางนโยบาย
หรือมาตรการในการปฏิบัติต่อไป

แนวความคิดจัดงานสัมมนาไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา : ยุติปัญหาเอดส์และเพศสัมพันธ์

Plenary 1 ไม่ตีตรา : เข้าใจการตีตราและลดการ
เลือกปฏิบัติ...เพื่อยุติปัญหาเอดส์

Plenary 2 ไม่ติด : ทศวรรษแห่งการเปลี่ยนแปลง
เพื่อบ่มบ่มการไม่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์

Plenary 3 ไม่ตาย : ไม่มีการเสียชีวิตจากเอดส์เพราะ
เอดส์รักษาได้ : ทำอย่างไรให้เป็นจริง

Plenary 1 ไม่ตีตรา : เข้าใจการตีตราและลดการเลือกปฏิบัติ...เพื่อยุติปัญหาเอดส์

สถานการณ์ นโยบาย มาตรการ และแนวทาง ในการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ”

จุดเน้นของกิจกรรมและผลการดำเนินงานในเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Stigma and Discrimination: S&D) ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ผ่านมาของประเทศไทย

ปี พ.ศ.2548 เริ่มมีการกล่าวถึงประเด็นการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อและครอบครัว ต่อมา มีการดำเนินงานสำรวจที่ทำให้ประเด็นเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติมีความชัดเจนมากขึ้น และสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยมากขึ้น การรณรงค์และปกป้องสิทธิด้านเอดส์ เป็นการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ การรายงานสถานการณ์ด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ของสถานที่ทำงาน สถานประกอบการ หน่วยงานราชการ และภาคเอกชนมีกิจกรรมที่มีส่วนร่วมของสภานายความ ทบพวนสถานการณ์ด้านนโยบายและกฎหมายที่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน แก้ไขปัญหาเอดส์และสิทธิมนุษยชน โดยคณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เข้ามามีส่วนขับเคลื่อนงาน โดยศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ และภาคประชาสังคม

ปี พ.ศ. 2556-2557 มีการพัฒนาเครื่องมือวัดการตีตราและเลือกปฏิบัติ (S&D) โดยการสำรวจใน 2 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร และเชียงใหม่ และกำหนดขยายผลการสำรวจในระดับจังหวัดต่อไป สร้างความเข้าใจเรื่องการตีตราและลดการเลือกปฏิบัติ เพื่อบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ ซึ่งเป็นเรื่องของทัศนคติ และกระบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้น มีความซับซ้อนเป็นเรื่องที่ไม่ปกติธรรมดา เรื่องความ

คิดเห็น จากความเข้าใจที่ผิด การกระทำในรูปของความไม่สบายใจ รังเกียจ ละเมิดสิทธิ ทั้งนี้ ปัญหาการตีตราไม่ใช่เรื่องที่จะมีใครถูกหรือผิด การตีตรามาจากค่านิยมและการตัดสินทางสังคม (Moral judgment) การให้ค่าของสังคมที่ทำให้สิ่งต่างๆ เป็นสิ่งผิดปกติ และส่งผลกระทบต่อกิจกรรมที่เกิดขึ้น

ผลกระทบในการตรวจเลือดภายหลังพบว่า มีการติดเชื้อเอชไอวี ถูกคนในสังคมดูถูก ถูกทำร้ายแล้วแจ้งความตำรวจไม่รับแจ้ง

จากนั้น ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ผู้ดำเนินการเสวนาได้ขอให้วิทยากรแต่ละท่านนำเสนอเนื้อหาในประเด็นต่างๆ สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

สาระสำคัญ

การสะท้อนภาพการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริงในสังคมไทย ซึ่งปัญหานี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ ส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิต ทั้งในฐานะที่เป็นผู้ติดเชื้อเอง และในฐานะของคนทำงาน เนื่องจากหน่วยงานของรัฐและเอกชนหลายแห่ง ยังนำเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีมาพิจารณาภาพลักษณ์ และการตัดสินใจในเรื่องหน้าที่การงาน

1. ประเด็นในเรื่องเพศที่หลากหลาย และแตกต่างออกไป

2. ประเด็นถุงยางอนามัยทัศนคติด้านลบต่อถุงยางอนามัย เพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและป้องกันโรค ยังขาดมุมมองในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อความสุขหรือสุขภาวะทางเพศ

3. ประเด็นการตรวจเลือด ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจและกังวลต่อผลกระทบที่เกิดจากสังคมและคนรอบข้าง

การปิดกั้นการดำเนินงานในลักษณะต่างๆ กับกลุ่มผู้เฝ้าไข้ ที่ผ่านมามีสาเหตุมาจากการ

ติตราและเลือกปฏิบัติการทำให้อาการเอดส์หมดไป จึงต้องให้ความสำคัญต่อการลดการติตราและเลือกปฏิบัติกลุ่มผู้ติดเชื้อกับกฎหมาย หรือมาตรการต่างๆ เกี่ยวกับยาเสพติดที่นำไปสู่การติตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อยาเสพติดภายในประเทศไทย รวมถึงเป็นปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนการแก้ปัญหาเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ การตีความว่าเข้ม/อุปถัมภ์ ของผู้ติดเชื้อเป็นเสมือนการส่งเสริมให้คนกระทำความผิด ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดเชื้อมีอัตราที่สูงมาก และมีแนวโน้มไม่ลดลง

ปัญหาการติตราและเลือกปฏิบัติ มีการแสดงออกใน 2 รูปแบบ ได้แก่

1. แสดงออกในรูปของทัศนคติทางด้านลบ เช่น รังเกียจ ไม่อยากคบ หรือ ไม่เข้าใจ ดังนั้น จึงเป็นบทบาทของภาครัฐที่ต้องเร่งสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง เช่น เอดส์รักษาได้ หรือ ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีสามารถได้รับยา และทำงานได้ตามปกติ เป็นต้น โดยควรทำความเข้าใจกับสื่อ และทุกสาขาอาชีพ เช่น ครู และกลุ่มผู้ใช้แรงงาน
2. การละเมิดสิทธิโดยตรง เช่น มีการบังคับตรวจเลือด และเมื่อพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีก็ไม่รับเข้าทำงาน หรือ กรณีที่สถานศึกษาบางแห่งมีแนวปฏิบัติในการไม่ยอมรับผู้มีเชื้อเอชไอวีเข้าเรียนพยาบาล เป็นต้น

ผลสำเร็จที่ผ่านมา

- การนำมาตรการการลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction) มาใช้ในหน่วยบริการของรัฐ มาตรการนี้ มีประโยชน์เพราะให้ความสำคัญในเรื่องลดการติตรา และผู้ติดเชื้อที่มีความซับซ้อนของปัญหา เช่น ติดยาและติดเชื้อเอชไอวีด้วยทำให้สถานการณ์

การแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ติดเชื้อลดลง (หน่วยบริการสุขภาพของกรุงเทพมหานครมีบริการเมทาโดน แต่มีข้อจำกัดหลายประการเป็นเหตุให้ผู้ติดเชื้อไม่เข้ามาในระบบบริการ)

- การดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้คนในชุมชน เข้าสู่ระบบบริการได้สะดวกมากขึ้น เป็นช่องทางให้ได้รับข้อมูลความรู้ และได้อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีข้อจำกัดสำหรับการดำเนินงานในบางพื้นที่ เนื่องจากการมีทัศนคติ มุมมอง และความเข้าใจทางด้านลบต่อผู้ติดเชื้อ

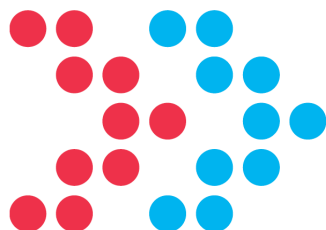
ข้อเสนอแนะ

1. ความยุติธรรม เนื่องจากมีหลายกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับผลกระทบ เช่น นักศึกษาถูกออกจากการเรียน จึงขอเสนอว่ากระทรวงสาธารณสุข ควรจัดทำมาตรการให้คลินิกตรวจสุขภาพที่เจาะเลือดและส่งผลเอชไอวีให้นายจ้าง (โดยไม่ขออนุญาต) ต้องได้รับโทษ เช่น พักใบอนุญาต หรือ ถอนใบอนุญาต
2. ควรมีการกำหนดบทลงโทษ และมีการเร่งสร้างความเข้าใจในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ กับผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้อง
3. ต้องสร้างให้เกิดความรู้จริง
4. การเคารพสิทธิ ความเข้าใจสิทธิของบุคคล สังคม ซึ่งทุกคนในสังคมต้องช่วยกันและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหากฎหมายนโยบาย หรือ แนวทางการจัดบริการ เพื่อลดการติตราและเลือกปฏิบัติ
5. การปกป้องสิทธิและคุ้มครองสิทธิ ซึ่งต้องช่วยกันทุกหน่วยงานทุกภาค

ผู้ติดเชื้อควรมีการดำเนินชีวิตตามปกติอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน

Plenary2 : “เปลี่ยน...เพื่อไม่มีการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์เอดส์และเงื่อนไขหรือบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง

การบรรลุเป้าหมาย คือ การยุติปัญหาเอดส์ ทุกภาคส่วนจำเป็นต้องปรับวิธีคิด วิธีการ และรูปแบบการดำเนินงานอะไรบ้าง และอย่างไรบ้าง สถานการณ์ความก้าวหน้า มาตรการ และแนวทาง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ คือ ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



Fast-Track Targets

by 2020

90-90-90

Treatment

500 000

New infections among adults

ZERO

Discrimination

by 2030

95-95-95

Treatment

200 000

New infections among adults

ZERO

Discrimination



FAST-TRACK
ENDING THE AIDS EPIDEMIC BY 2030

ตัวชี้วัดระดับประเทศ และผลสรุประดับโลกเรื่องรายงานการติดเชื้อรายใหม่ ประเทศไทย ร้อยละ 89 ไม่มีการติดเชื้อรายใหม่ จากตารางสามารถอธิบายได้ ดังนี้

สีแดง แสดงถึงการทำงานที่ยังไม่ดี

สีเหลือง แสดงถึงการทำงาน พอใช้

สีฟ้า แสดงถึงการทำงานได้ดี

Country scorecards

Legend

1	2	3	4	5a	5b	5c	6
● <30%	● <30%	● <30%	● <50%	● <30%	● <50%	● <50%	● Yes
● 30–50%	● 30–50%	● 30–50%	● 50–80%	● 30–50%	● 50–80%	● 50–80%	● Yes, but with conditions
● >50%	● >50%	● >50%	● >80%	● >50%	● >80%	● >80%	● No

1. Estimated percentage of adults (15 years and older) living with HIV who are receiving antiretroviral therapy, 2013
2. Estimated percentage of children (0–14 years) living with HIV who are receiving antiretroviral therapy, 2013
3. Percentage of estimated HIV-positive incident tuberculosis cases that received treatment for both tuberculosis and HIV, 2013
4. Estimated percentage of pregnant women living with HIV who received antiretroviral medicines for preventing mother-to-child transmission, 2013
5. Condom use (most recent data reported, as of 2014)
 - 5a = Condom use at last sex among people with multiple sexual partners
 - 5b = Condom use: sex workers
 - 5c = Condom use: men who have sex with men
6. HIV-specific restrictions on entry, stay or residence, 2014

สำหรับสถานะของประเทศไทย อยู่ในสถานะสีเหลือง คือ การรักษาคนไข้ที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับวัณโรคได้รับยาต้านไวรัส และตัวชี้วัดที่ 5c ที่ได้กล่าวว่าการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากกว่า ร้อยละ 80 ซึ่งมากกว่าความเป็นจริง

- การติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทหารเกณฑ์ ลดเหลือร้อยละ 0.5

- การติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.5 ลดลงเหลือร้อยละ 0.58 เพราะเรามีกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มชายไทย เช่น การเที่ยวของชายไทยน้อยลงและใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น

- การติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ การติดเชื้อเอชไอวีจาก ร้อยละ 30 ลดลงเหลือร้อยละ 2.5 ในกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษแอบแฝง การติดเชื้อเอชไอวี เหลือร้อยละ 1.96 มีผลจากโครงการถุงยางอนามัยร้อยเปอร์เซ็นต์ ที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และยังมีอยู่ อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีให้มีความเข้มข้นมากขึ้น

- การติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ใช้เสพยาชนิดฉีด ระยะเวลา 3 ปี หลังการติดเชื้อเอชไอวีลดลงเหลือร้อยละ 13.8 ต้องให้ความเข้มข้นกับการทำงานขององค์กรเอกชน เช่น มีงบประมาณจากกองทุนโลก ทำโครงการแลกเปลี่ยนเข็ม

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. จัดตั้งและการขยายโครงสร้างระดับนโยบาย มีความสำคัญมาก เช่น ศูนย์โรคเอดส์ มีศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีเงินงบประมาณในการดำเนินงาน แสดงถึงภาวะผู้นำในการจัดการกับปัญหาเอดส์ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

2. Local responses and national scaling up การริเริ่มโครงการที่มีประสิทธิภาพและขยายเป็นนโยบายระดับประเทศ มี 3 โครงการ เป็นตัวอย่างที่ดีของประเทศไทย ได้แก่

- โครงการถุงยางอนามัย 100 %
- โครงการการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก
- โครงการ ARV ซึ่งเริ่มปี 2547 สามารถทำสำเร็จในเวลา 2 ปี

3. การวิจัยและการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ทุกภาคส่วนที่ร่วมกันดำเนินงานและทำงานมาโดยตลอด เช่น HIP-NAP เป็นจุดแข็งในประเทศไทย ในการพัฒนางานวิจัย วางแผนการลงโปรแกรม การวิจัยใหม่ การพัฒนาทางพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อใช้ในการวางแผนงานต่างๆ ในการลดผู้ติดเชื้อรายใหม่

4. ภาควิชาที่สำคัญ เช่น NGO UNAIDS WHO GF มหาวิทยาลัย มีส่วนสำคัญมากในการดำเนินงาน

สัดส่วนของผู้ติดเชื้อรายใหม่ : พ.ศ. 2555-2556

- กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อรายใหม่มากขึ้น ถึงร้อยละ 44 ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มารับบริการในคลินิก พบการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 30

- กลุ่มพนักงานบริการและคู่นอน การติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 12

- การติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มขึ้น จากประมาณร้อยละ 6 เป็นร้อยละ 16

- การติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จากร้อยละ 1-2 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10

ความสำเร็จในการดำเนินงานการส่งเสริมการได้รับยาต้านไวรัส

ในประเทศไทย กลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัสครอบคลุม ร้อยละ 60 (430,000 ราย) เป้าหมายใน

การลดการติดเชื้อรายใหม่ ในทุกกลุ่มประชากร อย่างน้อยร้อยละ 90 และยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 40 ที่ยังไม่รู้สถานะของตนเอง

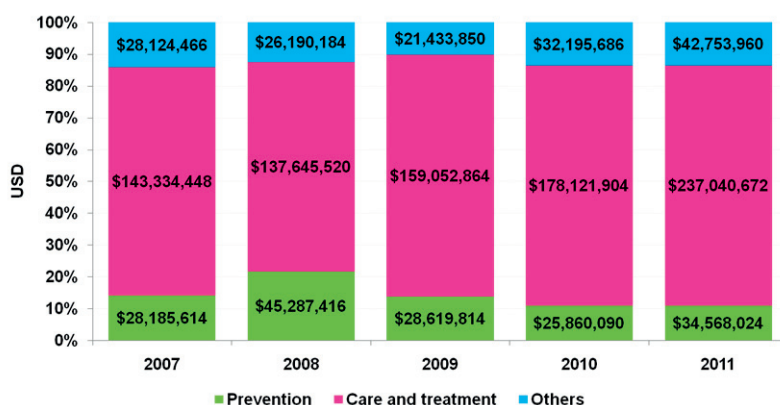
กลุ่มประชากร	เข้าสู่ระบบการรักษา
กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	ร้อยละ 26
กลุ่มพนักงานหญิงบริการ	ร้อยละ 56
กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด	ร้อยละ 44

ข้อเสนอแนะ

ขยายโครงการแจกเข็ม และกระบอกฉีดยาให้มากขึ้น

งบประมาณการรักษา และการป้องกัน ต้องมีสัดส่วนที่เหมาะสม ระหว่างการรักษาและการป้องกัน เพื่อมุ่งสู่การไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่

AIDS spending by category, 2007–2011



Source: Prepared by www.aidsdatahub.org based on www.aidsinfoonline.org

ยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง ทั้งในเชิงเป้าหมาย โครงสร้าง บริบทการทำงาน เพื่อไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามเป้าหมายการยุติปัญหา เอดส์

ความสำคัญของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

● ความหลากหลายทางเพศ ซึ่งเริ่มมีรายงาน มากขึ้น ก็เป็นสาเหตุหนึ่งของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ใช่ เพื่อการสืบพันธุ์

● การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเป็นเรื่องทำได้ ยาก เพราะเหตุผลทางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้ง ความเชื่อบางประการปัญหาจากการระบาดของ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่

- การเจ็บป่วยซ้ำซาก เมื่อไม่ได้รับการรักษาที่ ถูกต้องเป็นภาระของระบบสาธารณสุขผลกระทบทาง เศรษฐกิจ ทั้งทางตรงและทางอ้อม
- โรคแทรกซ้อนในคู่เพศสัมพันธ์
- การควบคุมยังไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร

ความก้าวหน้าเกี่ยวกับงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- องค์การอนามัยโลกจัดทำยุทธศาสตร์โลกในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2549 – 2558) คู่มือดำเนินการต่างๆ และมาตรการกำจัดโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis) บางภูมิภาคมีการผลักดันงานกำจัด STI อื่นๆ เช่น โรคแผลริมอ่อน

- การพัฒนาด้านการตรวจขั้นสูง การพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HPV)

ประโยชน์ของการจัดบริการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย
- ลดโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะในสตรี มักมีผลร้ายแรง ปีกมดลูกอักเสบ ท้องนอกมดลูก เป็นหมัน
- ลดการแพร่เชื้อเอชไอวี
- ลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมจากโรคเอดส์และกามโรค

การปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงระบบบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- ปัจจุบัน มีแนวโน้มที่สถานการณ์โรคจะรุนแรงขึ้น จึงควรปรับปรุงงานเพื่อให้มีความพร้อมในการรองรับปัญหา

เป้าหมายของการปรับปรุง

- ให้มีระบบบริการตรวจรักษาที่เข้าถึงง่าย และได้รับความยอมรับจากกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง
- ให้มีมาตรการควบคุมที่ได้ผลในการลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและกามโรคมีกลไกหรือระบบในการควบคุมกำกับงาน STI ในทุกระดับ

การปรับปรุงระบบควบคุมโรค STI ในระดับจังหวัด

1. ให้มีคณะกรรมการประสานงานการควบคุม STI ในระดับจังหวัด หรืออาจเป็นคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานในคณะกรรมการที่มีอยู่เดิม
2. ให้มีการจัดบริการ STI ที่เป็นมิตร รวมถึงการทำ one stop STI service
3. ให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI)

สถานการณ์ และความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีทางชีวการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ และมาตรการหรือแนวทางเพื่อเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ตามเป้าหมายที่มุ่งสู่การยุติปัญหาเอดส์ นโยบายการกระจายอำนาจและการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีผลต่อบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพื้นที่อย่างยั่งยืน

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การให้ความรู้ สร้างความตระหนักให้ใช้ถุงยางอนามัย วิธีการลดการติดเชื้อรายใหม่ ต้องคิดนอกกรอบ Prevention package

การตรวจเอดส์

- เพื่อให้รู้สถานะของตัวเองว่าไม่ติดเชื้อ หรือติดเชื้อ
- ถ้าตัดสินใจจะตรวจ ตรวจแล้วไม่เจอ รับรองได้ว่าคนๆ นั้น จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น (ถ้าการให้คำปรึกษาหลังตรวจดี เน้นเรื่อง remain negative) และยิ่งถ้าคู่นอนก็มาตรวจพร้อมกันหรือในเวลาไล่เลี่ยกัน ก็ไม่เจอ คนนี้หรือคู่นี้ไม่ต้องตรวจซ้ำอีกเลยในชีวิต นอกจากฝ่ายหนึ่ง ฝ่ายใดจะไปเสี่ยงมา

- คนที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ ต้องตรวจปีละ 2 ครั้ง หรือบ่อยกว่านั้นเพื่อหวังว่าจะตรวจพบแต่เนิ่นๆ (อาจรักษาหายขาดได้) และป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อให้คนอื่นมากจนเกินไป

- ถ้าตรวจพบและมีการให้คำปรึกษาที่ดีหลังตรวจ คนๆ นั้น จะป้องกันการส่งต่อเชื้อให้ผู้อื่นด้วยความสำนึกในการเป็นมนุษย์ และยิ่งถ้าได้รับยาต้านฯ ทันที ภายใน 6 เดือน ก็ไม่สามารถแพร่เชื้อให้ใครได้

- ถ้าจะตรวจเพื่อการป้องกัน (ไม่ใช่เพื่อการรักษา) ประชาชนต้องรู้สิทธิ์ และเห็นประโยชน์ แพทย์ต้องแนะนำ รัฐต้องรณรงค์ประชาสัมพันธ์

- การขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (male circumcision)

- การให้ยาต้านฯ ป้องกันก่อนหลังสัมผัสเชื้อ Vaccine

การรู้ผลเลือดของตัวเอง (ไปตรวจเอชไอวี) มากขึ้น เร็วขึ้น ถี่ขึ้น ประกอบด้วย

- ต้องสร้างอุปสงค์ (demand) ของการตรวจเอ็ดส์ ให้มองเห็นประโยชน์ของการตรวจรู้แต่เนิ่นๆ ทั้งต่อตัวเอง ต่อครอบครัว และต่อสังคม ให้ถือเป็นหน้าที่พลเมืองที่จะต้องไปขอตรวจ เหมือนกับการตรวจสุขภาพประจำปี มีสื่อที่มีประสิทธิภาพในการชักชวนให้ไปตรวจเลือด

- ต้องสร้างอุปทาน (supply) ให้เพียงพอกับอุปสงค์ แพทย์ พยาบาล ต้องมองเห็นประโยชน์ที่จะแนะนำคนไข้ทุกรายให้ตรวจเอ็ดส์ การตรวจต้องฟรี ไม่ยุ่งยาก ยกเลิก pre-test counseling และการเซ็นยินยอม เด็กต่ำกว่า 18 ปี ต้องสามารถตัดสินใจขอตรวจเองได้ สถานที่ต้องสะดวกและเป็นมิตร อยู่ใกล้ชุมชน บริการต้องรวดเร็ว รู้ผลภายในชั่วโมง สามารถตรวจได้เองที่บ้าน เจ้าหน้าที่ต้องเพียงพอ โดยมีขบวนการในการทอ้งถ่ายภาระงานอย่างเป็นระบบ ผลต้องเชื่อถือได้ มีมาตรการในการรักษา

ความลับที่ดี และมีระบบส่งต่อไปรับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

- จะทำให้คนกล้ามาตรวจ กล้ามารักษา ต้องกำจัดการกีดกันและแบ่งแยกผู้ติดเชื้อ

การใช้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์ ในการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่

- HPTN-052 & Partner study : ยาต้านไวรัสลดการถ่ายทอดเชื้อได้ 96-100% เพราะกว่า 90% ของคนที่กินยาต้านฯ เกิน 6 เดือน จะตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวีในเลือด และในน้ำคัดหลั่ง ถ้าเชื้อในเลือดน้อยกว่า 1,000 copies/ml จะไม่ส่งต่อเชื้อให้ใคร

การลดการตีตราและแบ่งแยก

- การตีตราและกีดกันผู้ติดเชื้อยังมีอยู่ในทุกวงการ ยังไม่มีการแก้เป็นระบบ และต่อเนื่อง ต้องหาสาเหตุและแก้ไขถูกจุด ทุกฝ่ายต้องทำความเข้าใจ โดยเฉพาะสื่อ พร้อมมีมาตรการทางกฎหมายในการป้องปรามและบังคับใช้ต้องลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เสมือนโรคอื่นๆ

กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลแม่สุก จังหวัดพะเยา เป็นหน่วยงานทำงานด้านเอ็ดส์มา ยาวนานและต่อเนื่อง ใช้วิกฤตเป็นโอกาส ในชุมชนเดิมเป็น สภากอปปี้ มีการนำข้อมูลเข้าสู่เวทีประชาคมระดับตำบล เมื่อเอ็ดส์เกี่ยวข้องกับโครงการสร้างสังคม คณะทำงานมาจากหลายภาคส่วน ร่วมกันทุกเครือข่าย มีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ตามมติจากชุมชน มีการกำหนดนโยบายสาธารณะ

บทบาทการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในทศวรรษแห่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เพื่อมุ่งสู่การยุติปัญหาเอ็ดส์ร่วมกัน ความหลากหลายทางเพศ สุขภาพอนามัย การเจริญพันธุ์ สิทธิที่ควรได้รับการจัดบริการที่เป็นมิตรให้กับคนที่มีความหลากหลายทางเพศ กลุ่มพนักงานบริการ คนในพื้นที่ คนขายของ

คนในเรือนจำไม่สามารถเข้าถึงถุงยางอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์

ยังไม่มีบริการเมธาโดนในหน่วยงานเอกชน และโรงพยาบาลยังไม่มีบริการแจกเข็ม/กระบอกฉีดยา การทำงานต้องมียุติบัย ควรจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวาง และกลุ่มประชากรไม่เข้าสู่ระบบบริการ เพราะกลัวการตีตรา สนับสนุนให้เกิดการร่วมแก้ปัญหาด้วยการเพิ่มพลังทำงานอย่างจริงจัง ข้อจำกัดด้านงบประมาณในงานป้องกัน การเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้ยา การเสริมพลังให้คนทำงาน สามารถทำงานต่ออย่างไร ประเด็นของบทบาททางเพศในสังคมไทย งานเอดส์ในมุมมองเอกชน ควรแก้ไขในเชิงอำนาจ การปฏิรูปประเทศไทย ควรเพิ่มบทบาทของคนกลุ่มน้อยในสังคม

Plenary 3 : “ไม่มีการเสียชีวิตจากเอดส์... เพราะเอดส์รักษาได้”

ความก้าวหน้าในการดูแลรักษา

ปัจจุบัน การรักษาเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสจะเริ่มการรักษาเมื่อระดับ CD4<500 แนวโน้มในปัจจุบันจะให้ยาต้านไวรัสเลย (any CD4 level) โดยไม่ต้องรอให้ระดับ CD4 ต่ำ เพื่อเป็นการรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น

มาตรการ/แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หน่วยบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีให้เร็วขึ้นได้ ต้องเป็นการทำงานร่วมกันหลายๆ ด้าน การรณรงค์การตรวจเอชไอวีโดยสมัครใจอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต (Normalize HIV testing) ใช้ข้อมูลเพื่อช่วยแก้ปัญหาในพื้นที่และร่วมกันทำงานเชิงรุกเพื่อแก้ปัญหา ไม่ควรละเลยเรื่องการตีตราบางกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก (key population)

การใช้ฐานข้อมูล ระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อ/เอดส์ ของสำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (NAPPlus) ใช้สำหรับวิเคราะห์ประสิทธิภาพการรักษาของสถานบริการ และเพื่อปรับปรุงคุณภาพการรักษาและบริการ

อุปสรรคของการทำงานเอดส์ในพื้นที่ ในเรื่อง การตรวจรักษาเร็ว คือ

1. ภาระงานเกินกำลังคน (Work overload) มีการเพิ่มแพทย์ แต่ไม่เพิ่มเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลจึงทำงานเชิงรุกทำได้ยาก
2. การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในการตรวจร่างกายประจำปี ทำได้ยากเพราะมีแรงต้านทั้งภายในและภายนอก
3. การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในโรงพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพ ในการบริหารจัดการ
4. ผู้ต้องขังแรกเข้าเรือนจำ ไม่มีงบประมาณรองรับ
5. ไม่มีงบประมาณสนับสนุน ตรวจคัดกรองกลุ่มชายรักชายกลุ่มนักเรียนมัธยมปลาย เนื่องจากไม่ใช่พื้นที่เป้าหมายและไม่ใช่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) อีกทั้งนักเรียนมีพัฒนาการตามวัย จึงต้องฝึกอบรมใหม่เรื่อยๆ

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ยาต้านไวรัส ต้องมีความพร้อมทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และคนใกล้ชิดช่วยเหลือ
2. ใช้รูปแบบคัดกรองที่ไม่ซับซ้อน และส่งต่อไปยังหน่วยที่มีความพร้อม
3. สำหรับหน่วยบริการ : ต้องเน้นไปที่การป้องกันก่อนการติดเชื้อเพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ ต้องควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับคนที่ติดเชื้อแล้วทำอะไร ให้คนเข้ารับการรักษาได้เร็ว (CD4 ยังสูง) เพื่อลดการป่วยจากโรคแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่การตายการให้บริการจะมีคุณภาพดีได้ ถ้าปริมาณผู้มาใช้บริการไม่มาก และจะทำให้เสียชีวิตจากเอดส์น้อยลงระบบให้คำแนะนำการรักษาผ่าน social media

เช่น Application Line เป็นช่องทางการสื่อสารที่มีประโยชน์มาก

ข้อเสนอแนะ กลวิธีที่สนับสนุนการเข้ามาตรวจหาการติดเชื้อเร็ว ดังนี้

1. ทำให้การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการตรวจปกติ อย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต และตรวจอีกถ้ามีพฤติกรรมเสี่ยง
2. สนับสนุนการลดการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงบริการที่เป็นมิตรบริการ Outreach
3. ใช้ฐานข้อมูลให้เป็นประโยชน์วิเคราะห์หาสาเหตุและให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาโดยเร็ว

ข้อเสนอแนะ

1. เชื้อมดิดยาที่สะอาดและมีเพียงพอสำหรับกลุ่มผู้เฒ่าเพื่อให้เข้าถึงโอกาสในการป้องกัน
2. แรงงานต่างด้าว ในเชิงนโยบาย เป้าหมายสุขภาพ คือ ไม่ตายและมีสุขภาพแข็งแรง
3. แนวปฏิบัติการลดอันตรายต้องเป็นจริง ทุกหน่วยบริการต้องมีการรักษาด้วยเมทาโดน

4. สร้างการยอมรับความเข้าใจเรื่องเอดส์รักษาได้

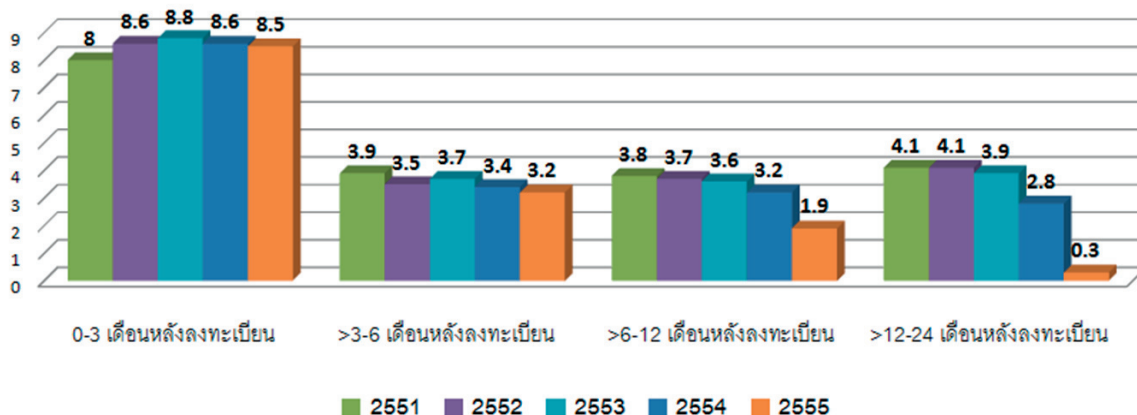
5. ลดความทุกข์ยากของผู้ให้บริการ (service provider) รัฐต้องคิดกลยุทธ์ให้ทุกหน่วยงานของรัฐ และเอกชนที่มีความพร้อม และมีข้อมูลเท่าเทียมกัน

6. same day result การตรวจเลือดโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ปีละ 2 ครั้ง จะทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการตรวจเลือดและทราบถึงสิทธิการเข้าถึงบริการเพื่อป้องกันตัวเอง

7. การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด มีการใช้ร่วมกัน ใช้เชื่อมโยงการทำงาน

8. เน้นหลักการดูแลสุขภาพตามหลักสิทธิมนุษยชน สปสช. สนับสนุนทุกหน่วยบริการให้ยาได้ตามชุดสิทธิประโยชน์ มีผลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2557 สนับสนุนยา ARV ตามแนวทางการปฏิบัติการรักษาของไทยมุ่งไปสู่การพัฒนาคุณภาพการรักษาและไม่ให้ตายด้วยเอชไอวี ปัจจัยหลักการเสียชีวิตมีดังต่อไปนี้

การเข้าถึงการวินิจฉัยล่าช้า (CD4 ต่ำมาก) พบว่าผู้ติดเชื้อเสียชีวิตสูงเมื่อได้รับยาในระยะ 3 เดือนแรก



1. ไม่ได้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส

2. ผู้ป่วยเอดส์มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเกือบร้อยละ 90 มากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอดส์ อย่างไรก็ตาม คนไข้ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการตรวจเอดส์เพื่อลดการตายคนเข้าสู่ระบบได้เร็วขึ้น คุณภาพการรักษาและระบบบริการสามารถวิเคราะห์จาก Viral load suppress

1. ใช้คณะทำงานระดับเขต (RAC) ให้เป็นประโยชน์
2. การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทำให้เป็นส่วนหนึ่งที่ยั่งยืนในระบบ
3. เน้นการป้องกันมากขึ้น เพื่อลดผู้ติดเชื้อรายใหม่

สรุป

การประมวลสาระสำคัญของการสัมมนาพบว่า การนำเสนอแนวคิด เน้นให้ผู้สัมมนาได้เข้าใจในมิติของการมองเรื่องปัญหาผลกระทบจากการถูกตีตราจากบุคลากรที่ให้บริการ หัวข้อการนำเสนอมีความสอดคล้องและครอบคลุมแนวคิดหลักของงานสัมมนา เนื้อหาการนำเสนอที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย มาตรการ สถานการณ์ ผลการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ดูแลรักษาโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ดำเนินงานในช่วงเวลา 2 ปีที่ผ่านมา มีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลรักษา การป้องกัน

และการลดการตีตราในกลุ่มที่เป็นปัญหาในเชิงสังคมที่มีความขัดแย้งในเจตคติของเพศภาวะ อนามัยเจริญพันธุ์ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์สู่เป้าหมาย การยุติปัญหาเอดส์ ยังมีประเด็นปัญหาการตีตราเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะในกลุ่มชายรักชาย กลุ่มใช้สารเสพติด ชนิดฉีด โดยพบว่ากฎหมายในการลงโทษผู้ใช้สารเสพติด เป็นอุปสรรคต่อการดูแลรักษาผู้ใช้สารเสพติดที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วป่วย และกลุ่มที่ยังไม่สามารถป้องกันการแพร่เชื้อ สาระสำคัญที่ได้เป็นข้อมูลซึ่งนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบ และสะท้อนผลการดำเนินงานของเครือข่าย สู่การสรุปบทเรียนองค์ความรู้ของวิชาการ เทคโนโลยีในเชิงการจัดการ ซึ่งมีส่วนผลักดันในการขับเคลื่อนสู่การปรับปรุง และพัฒนานโยบายให้สอดคล้องกับสถานการณ์และสามารถกำหนดแผนระยะยาวในการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในปีต่อไป

เอกสารอ้างอิง :

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์นำเสนอในงานสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่14 และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ,2558.

ความสัมพันธ์ของปัจจัยเกี่ยวกับงานกับการเกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียด
ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

The correlation of the factors about work with health problems from stress
among registered nurses in Somdejpraputhalertla hospital

จิรนนท์ จะเกรียง วท.ม (อาชีวเวชศาสตร์)

Chiranan Jakreng M.Sc.

กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม

Occupational Medicine,

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

Somdejpraputhalertla hospital

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับงานกับการเกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียดในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 263 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach, s Alpha) เท่ากับ 0.896 และ 0.930 แบบสอบถามมีการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด (5-1 คะแนน) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา T-test และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. พยาบาลวิชาชีพมีการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานด้านลักษณะงานและด้านสภาพแวดล้อมการทำงานในระดับปานกลาง และสัมผัสปัจจัยด้านองค์กร/การบริหารงานและด้านสัมพันธภาพในระดับน้อย
2. พยาบาลวิชาชีพเกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียดในระดับน้อย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม
3. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่เกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียดกับกลุ่มที่ไม่เกิดปัญหาสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงาน ทั้ง 4 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
4. การสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงาน ทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ($r = 0.626$, $p\text{-value} < 0.01$)

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแนวทางการป้องกันและลดการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ก่อให้เกิดความเครียด รวมทั้ง ลดการเกิดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเครียดในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพได้

คำสำคัญ : ปัญหาสุขภาพจากความเครียด พยาบาลวิชาชีพปัจจัยเกี่ยวกับงาน

Abstract

This cross-sectional analytic study aimed to examine the relationship between the factors about work and health problems from stress among 263 registered nurses in Somdejpraputhalertla hospital. Data were collected in November 2016. Self administered questionnaire with internal consistency reliability (Cronbach, s Alpha) of 0.896 and 0.930. The questionnaire contained 5 levels highest to lowest (5-1) likert scale were used to collect data. Descriptive statistics, T-test and Pearson Correlation Coefficient were used to analyze data.

1. The registered nurses were expose the factors about work such as the work characteristics and organization and administration in the moderate level. And exposed the relationships and environment in the workplace in the low level.

2. The registered nurses were happen the health problems from stress all of the body, mind and behavior in the low level.

3. The group of registered nurses who had health problems from stress and the group didn't have health problems were the average score in the factors about work all of 4 aspects at the significantly difference at the 0.05 level.

4. The factors about work all of 4 aspects were positively and moderately correlated with the health problems from stress all of 3 aspects ($r = 0.626$, $p < 0.01$).

The results from this study can be beneficial from the development of the guideline for preventing and reducing the factors associated to the cause of stress. Expectively, health problems from stress among registered nurses could be decrease.

KEYWORD : Health problems from stress, Registered nurses, the factors about work

บทนำ

สภาพสังคมปัจจุบันมีการพัฒนาไปสู่ความทันสมัย ทั้งในด้านวิชาการ เทคโนโลยีสารสนเทศ เศรษฐกิจ และสังคมทำให้บทบาทหน้าที่และการดำเนินชีวิตของมนุษย์เปลี่ยนแปลงไป มนุษย์แต่ละคนจะมีการปรับตัวที่แตกต่างกันและไม่เท่ากัน คนที่สามารถปรับตัวได้ดี ก็จะดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ส่วนคนที่ปรับตัวได้ไม่ดีจะก่อให้เกิดปัญหาและเกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตขึ้นได้

ความเครียด⁽¹⁻⁵⁾ คือ สภาวะของร่างกายและจิตใจเกิดจากการถูกระงับจากสภาวะแวดล้อมภายนอกหรือภายในร่างกายเอง ความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนในทุกช่วงเวลา และเมื่อเกิดความเครียดในตัวบุคคลแล้วจะทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม⁽⁶⁾ นอกจากนี้ภาวะเครียดยังส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการคิดและปฏิบัติงานลดลง⁽⁷⁻⁸⁾ เกิดการลาป่วยขาดงาน โอนย้าย ลาออก

งานแต่ละอาชีพที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านลักษณะงาน ด้านโครงสร้าง และการบริหารองค์กร บรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน⁽⁹⁻¹¹⁾ การทำงาน หรืออาชีพที่ต้องมีการแข่งขันสูง งานที่ต้องรับผิดชอบสูง หรือมีความซ้ำซากน่าเบื่อ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดได้ง่าย กลุ่มอาชีพที่มีความเครียดสูง ได้แก่ กลุ่มอาชีพด้านบริการ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น⁽¹²⁾

ความเครียดกับการทำงานเป็นของคู่กัน โดยเฉพาะกับบุคลากรในโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานบริการสุขภาพที่มีอันตรายแอบแฝงอยู่ในกระบวนการทำงาน ทั้งทางด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ และจิตวิทยาสังคม⁽¹³⁾ การปฏิรูประบบราชการและระบบสุขภาพ การมีระบบการประกันคุณภาพของโรงพยาบาลทำให้มีการตรวจสอบ

มาตรฐานของงานอยู่เสมอ จึงต้องมีการพัฒนาด้านเอกสารเพิ่มขึ้นอีก⁽¹⁴⁾ จากภาระงานที่มีมาก การทำงานบนความคาดหวังของผู้ป่วยญาติ และเพื่อนร่วมงาน⁽¹⁵⁾ รวมทั้งปัจจัยทางสภาพแวดล้อมการทำงานและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีหลายการศึกษาชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพมีอัตราการถูกระงับการทำงานและความรุนแรงและอัตราการฆ่าตัวตายสูง⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ ความเครียดจากการทำงานส่งผลกระทบให้เกิดความเหนื่อยล้า ขาดงาน ลาออกจากงาน ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการลดลง รวมถึงส่งผลให้เกิดการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยผิดพลาดได้⁽¹⁸⁾ พยาบาลมีอัตราความเครียดที่เกิดจากการทำงาน ท้อแท้ เบื่อหน่าย หหมดแรงจนไม่อยากทำอะไร (Burn out) สูงที่สุดร้อยละ 66.0 รองลงมาได้แก่ ผู้ช่วยแพทย์ แพทย์ฝ่ายบริหาร และนักเทคนิคการแพทย์ พบในอัตราร้อยละ 61.8, 38.6, 36.1 และ 31.9 ตามลำดับ⁽¹⁹⁾

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิขนาด 311 เตียง ตั้งอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม มีบุคลากรทั้งหมด 941 คน พยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุดในโรงพยาบาล มีจำนวน 293 คน ร้อยละ 31.1 ของเจ้าหน้าที่ทั้งหมด มีการผลัดเวรกันขึ้นปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นบุคลากรกลุ่มที่มีการสัมผัสปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานตลอดเวลา เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด⁽²⁰⁾ ต้องเผชิญกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่หลากหลาย เชื้อก่อโรคที่อุบัติขึ้นใหม่และเชื้อดื้อยาที่รุนแรงขึ้น ทำให้การทำงานมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น การอยู่เวรทำให้นอนไม่เป็นเวลาและเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตร่วม

กับบุคคลในครอบครัวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เกิดการลาออกจากงานก่อนวัยอันควร ทำให้เกิดการขาดแคลนพยาบาล⁽¹⁵⁾ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม

ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อให้ทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียดในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เสนอให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ และนำไปสู่มาตรการวางแผนป้องกันและลดปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลมีระดับความเครียดที่เหมาะสม ลดการเกิดปัญหาสุขภาพและความสูญเสียในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ อีกทั้งยังช่วยดำรงบุคลากรพยาบาลไว้ในองค์กรได้อีกด้วยวัสดุและวิธีการ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ประชากรที่ศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มาไม่น้อยกว่า 1 ปีและยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 การสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ก่อให้เกิดความเครียด ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน มีทั้งหมด 33 ข้อ ประกอบด้วย ด้านลักษณะงาน 12 ข้อ ด้านองค์กร/การบริหารงาน 7 ข้อ ด้านสัมพันธภาพ 6 ข้อ และด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.896

ส่วนที่ 3 ปัญหาสุขภาพจากความเครียด ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 3 ด้าน มีทั้งหมด 24 ข้อ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย 8 ข้อ ด้านจิตใจ 9 ข้อ และด้านพฤติกรรม 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.930

แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุดถึงน้อยที่สุด (5-1 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- การแปลความหมายค่าเฉลี่ยระดับของการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานและเกิดปัญหาสุขภาพใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้⁽²¹⁾

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด/เกิดปัญหาสุขภาพน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด/เกิดปัญหาสุขภาพน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด/เกิดปัญหาสุขภาพปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด/เกิดปัญหาสุขภาพมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด/เกิดปัญหาสุขภาพมากที่สุด

2. สถิติที่ใช้ในการทดสอบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดปัญหาสุขภาพจากการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงาน ได้แก่ Independent t-test

การแบ่งกลุ่มระหว่างผู้เกิดและไม่เกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียด โดยแบบสอบถามระดับของการเกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ

ดังนี้ มากที่สุดถึงน้อยที่สุด (5-1 คะแนน) โดยปัญหา สุขภาพสุขภาพ มีทั้งหมด 3 ด้าน รวม 24 ข้อ มี คะแนนเต็ม 120 คะแนน (24 ข้อ x 5 คะแนน) แล้ว

แบ่งเป็น	ค่า r	ระดับของความสัมพันธ์
ผู้ที่ไม่เกิดปัญหาสุขภาพ หมายถึง ผู้ที่มีคะแนน	0.90 - 1.00	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
รวม 1- 60 คะแนน	0.70 - 0.90	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
ผู้ที่เกิดปัญหาสุขภาพ หมายถึง ผู้ที่มีคะแนน	0.50 - 0.70	มีความสัมพันธ์กันในระดับ
รวมตั้งแต่ 61 คะแนนขึ้นไป		ปานกลาง
3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบขนาดของความสัมพันธ์	0.30 - 0.50	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
ระหว่างการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานกับการเกิด	0.00 - 0.30	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลประวัติการทำงาน ลักษณะงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ และข้อมูลทางด้านสุขภาพ (n=263)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	34	12.9
21 - 30 ปี	75	28.5
31 - 40 ปี	96	36.5
41 - 50 ปี	58	22.1
51 - 60 ปี		
Mean $\pm$ SD = 42.61 $\pm$ 8.824, Min = 23, Max = 59 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	96	36.5
คู่	147	55.9
หม้าย/หย่า/แยก	20	7.6
ประเภทตำแหน่ง		
ข้าราชการ	234	89.0
พนักงานราชการ, พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	27	10.2
ลูกจ้างชั่วคราว	2	0.8

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลประวัติการทำงาน ลักษณะงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ และข้อมูลทางด้านสุขภาพ (n=263) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาทำงานใน ร.พ. สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า	51	19.4
1 – 10 ปี	85	32.3
11 – 20 ปี	89	33.8
21 – 30 ปี	38	14.5
มากกว่า 30 ปี		
Mean $\pm$ SD = 19.60 $\pm$ 9.471, Min = 1, Max = 39 ปี		
จำนวนชั่วโมงการทำงานจริงเฉลี่ยในแต่ละวัน		
7 - 8 ชั่วโมง	59	22.4
9 - 10 ชั่วโมง	97	36.9
11 - 12 ชั่วโมง	31	11.8
มากกว่า 12 ชั่วโมง	76	28.9
Mean $\pm$ SD = 10.699 $\pm$ 4.37955, Min = 7, Max = 16 ชั่วโมง		
ปัญหาทางการเงินและเศรษฐกิจในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา		
มี	43	16.3
ไม่มี	220	83.7
ขาดความสมดุลในชีวิตงานและครอบครัวในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา		
ใช่	104	39.5
ไม่ใช่	159	60.5
การทำงานในขณะที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา		
ใช่	120	45.6
ไม่ใช่	143	54.4
การขาดงาน/ลางาน ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่เคย	213	81.0
เคย	50	19.0
- ปัญหาทางสุขภาพ	40	15.2
- เบื่องาน ท้อแท้	3	1.1
- อื่นๆ	7	2.7

จากตาราง 1 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 263 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 36.5 มีอายุเฉลี่ย 42.61 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.9 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 89.0 ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 19.6 ปี จำนวนชั่วโมงการทำงานจริงเฉลี่ยในแต่ละสัปดาห์ 10.69 ชั่วโมง มีปัญหาทางด้านการเงินและเศรษฐกิจ ร้อยละ 16.3 คิดว่าตนเองขาดสมดุลในชีวิตงานและครอบครัว ร้อยละ 39.5 ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ต้องทำงานในขณะที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ร้อยละ 45.6 และมีการขาดงาน/ลางาน ร้อยละ 19.0 ซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่จากปัญหาทางสุขภาพ ร้อยละ 15.2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านลักษณะงาน (n=263)

ปัจจัยเกี่ยวกับงานด้านลักษณะงาน	Mean	S.D.	ระดับ
1. ปริมาณงานที่มากเกินไปจนไม่สามารถทำให้เสร็จทันเวลา	3.26	0.84	ปานกลาง
2. ชั่วโมงการทำงานยาวนาน (เกิน 8 ชั่วโมง)	3.56	1.04	มาก
3. ทำงานที่มีความยากเกินไป	2.71	0.69	ปานกลาง
4. ทำงานที่ง่ายเกินไป	2.17	0.76	น้อย
5. ทำงานที่มีความซ้ำซาก จำเจ น่าเบื่อ	2.53	0.76	ปานกลาง
6. ทำงานที่มีความหลากหลายมากจนขาดความชำนาญ	2.53	0.88	ปานกลาง
7. ทำงานที่ไม่สามารถควบคุมได้	2.48	0.92	น้อย
8. ทำงานที่ไม่ทราบวัตถุประสงค์หรือเนื้องานที่แน่ชัด	2.14	0.84	น้อย
9. ทำงานมากกว่า 1 อย่าง ในเวลาเดียวกัน	3.45	0.87	ปานกลาง
10. ทำงานเป็นกะทำให้พักผ่อนไม่เต็มที่	3.18	1.35	ปานกลาง
11. ทำงานกับภาวะวิกฤตต่อชีวิตของผู้ป่วย	3.55	1.21	มาก
12. ทำงานกับความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ	4.14	0.89	มาก
ภาพรวมด้านลักษณะงาน	2.97	0.50	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่าพยาบาลวิชาชีพสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานด้านลักษณะงานในภาพรวมทั้ง 12 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกตามตัวแปรที่ศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการสัมผัสปัจจัยด้านลักษณะงานในระดับมาก 3 ข้อ ได้แก่ ชั่วโมงการทำงานยาวนาน (เกิน 8 ชั่วโมง) ทำงานกับภาวะวิกฤตต่อชีวิตของผู้ป่วยและทำงานกับความคาดหวังของผู้ป่วย และญาติ ระดับปานกลาง 6 ข้อ ได้แก่ ปริมาณงานที่มากเกินไปจนไม่สามารถทำให้เสร็จทันเวลา ทำงานที่มีความยากเกินไป ทำงานที่มีความซ้ำซาก จำเจ น่าเบื่อ ทำงานที่มีความหลากหลายมากจนขาดความชำนาญ ทำงานมากกว่า 1 อย่าง ในเวลาเดียวกัน และทำงานเป็นกะทำให้พักผ่อนไม่เต็มที่ที่เหลือเป็นระดับน้อย 3 ข้อ

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านองค์กร/การบริหารงาน (n=263)

ปัจจัยเกี่ยวกับงานด้านองค์กร/การบริหารงาน	Mean	S.D.	ระดับ
1. ความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของตนเอง	2.33	0.93	น้อย
2. การแบ่งงานไม่ยุติธรรม	2.38	0.93	น้อย
3. ขาดความพึงพอใจในงาน	2.32	0.93	น้อย
4. ขาดความมั่นคงในงาน	2.03	0.88	น้อย
5. มีปัญหาในการติดต่อสื่อสารทั้งในและนอกหน่วยงาน	2.19	0.74	น้อย
6. ไม่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างาน	1.98	0.91	น้อย
7. ขาดความก้าวหน้าในการเลื่อนตำแหน่งและเงินเดือน	2.33	1.02	น้อย
ภาพรวมด้านองค์กร/การบริหารงาน	2.22	0.68	น้อย

จากตาราง 3 พบว่า พยาบาลวิชาชีพสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานด้านองค์กร/การบริหารงานในภาพรวมทั้ง 7 ข้อ อยู่ในระดับน้อย เมื่อแยกตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการสัมผัสปัจจัยด้านองค์กร/การบริหารงานในระดับน้อยทั้ง 7 ข้อ

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านสัมพันธภาพ (n=263)

ปัจจัยเกี่ยวกับงานด้านสัมพันธภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
1. มีความขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน	1.66	0.72	น้อย
2. มีความขัดแย้งกับหัวหน้างาน	1.60	0.81	น้อย
3. มีความขัดแย้งกับผู้รับบริการและญาติ	1.60	0.67	น้อย
4. ขาดการให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือในการทำงานร่วมกัน	1.85	0.73	น้อย
5. ขาดความไว้วางใจระหว่างเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน	1.78	0.73	น้อย
6. ขาดความไว้วางใจระหว่างเจ้าหน้าที่ต่างหน่วยงาน	1.84	0.66	น้อย
ภาพรวมด้านสัมพันธภาพ	1.72	0.54	น้อย

จากตาราง 4 พบว่า พยาบาลวิชาชีพสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานด้านสัมพันธภาพในภาพรวม ทั้ง 6 ข้อ อยู่ในระดับน้อย เมื่อแยกตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการสัมผัสปัจจัยด้านสัมพันธภาพในระดับน้อย ทั้ง 6 ข้อ

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ก่อให้เกิดความเครียดด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน (n=263)

ปัจจัยเกี่ยวกับงานด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน	Mean	S.D.	ระดับ
1. ทำงานในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ไม่ปลอดภัย	2.41	0.96	น้อย
2. ทำงานเกี่ยวกับสารเคมี ฝุ่น ควัน ก๊าซต่างๆ	1.95	0.94	น้อย
3. ทำงานเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค เช่น เข็มหรือของมีคมทิ่มตำ ติดเชื้อทางเดินหายใจ ฯลฯ	3.66	1.10	มาก
4. งานที่ต้องยก/เคลื่อนย้ายคนหรือวัสดุสิ่งของในท่าทาง ที่ไม่เหมาะสม	3.18	1.10	ปานกลาง
5. งานที่ต้องยืนหรือเดินเป็นเวลานานๆ	3.84	0.96	มาก
6. ทำงานกับคอมพิวเตอร์ต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ	2.59	0.88	ปานกลาง
7. ทำงานเสี่ยงต่อความรุนแรงหรือสิ่งคุกคามทั้งทางร่างกาย และจิตใจจากผู้ป่วยญาติ และเพื่อนร่วมงาน	2.91	1.00	ปานกลาง
8. มีปัญหาเรื่องการฟ้องร้องจากผู้ป่วยและญาติ	2.16	1.10	น้อย
ภาพรวมด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน	2.84	0.60	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่า พยาบาลวิชาชีพสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานด้านสภาพแวดล้อมการทำงานในภาพรวมทั้ง 8 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกตามตัวแปรที่ศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการสัมผัสปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ในระดับมาก 2 ข้อ ได้แก่ งานเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค เช่น เข็มหรือของมีคมทิ่มตำ ติดเชื้อทางเดินหายใจ ฯลฯ

และงานที่ต้องยืนหรือเดินเป็นเวลานานๆ ระดับปานกลาง 3 ข้อ ได้แก่ งานที่ต้องยก/เคลื่อนย้ายคนหรือวัสดุสิ่งของในท่าทางที่ไม่เหมาะสมงานที่ต้องยืนหรือเดินเป็นเวลานานๆ และงานเสี่ยงต่อความรุนแรงหรือสิ่งคุกคาม ทั้งทางร่างกายและจิตใจจากผู้ป่วยญาติ และเพื่อนร่วมงาน ส่วนที่เหลืออีก 3 ข้ออยู่ระดับน้อย

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเกิดปัญหาสุขภาพด้านร่างกายจากสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ก่อให้เกิดความเครียด (n=263)

ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย	Mean	S.D.	ระดับ
1. ปวดศีรษะ ไมเกรน	2.22	1.04	น้อย
2. คลื่นไส้ อาเจียน	1.65	0.83	น้อย
3. ท้องเสียหรือท้องผูก	1.92	0.95	น้อย
4. ท้องอืดเพื่อ อาหารไม่ย่อย	1.94	0.97	น้อย
5. เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากกว่าปกติ	2.10	0.89	น้อย
6. ปวดท้องกระเพาะอาหาร	2.08	0.97	น้อย
7. ร่างกายเมื่อยล้า	3.49	1.07	ปานกลาง
8. ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากความเครียดจากการทำงาน	1.70	0.80	น้อย
ภาพรวมปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย	2.13	0.66	น้อย

จากตาราง 6 พบว่าพยาบาลวิชาชีพเกิดปัญหาสุขภาพด้านร่างกายในภาพรวมทั้ง 8 ข้อ อยู่ในระดับน้อย เมื่อแยกตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพเกิดปัญหาสุขภาพด้านร่างกายในระดับปานกลาง 1 ข้อ ได้แก่ ร่างกายเมื่อยล้า ส่วนที่เหลืออีก 7 ข้ออยู่ในระดับน้อย

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเกิดปัญหาสุขภาพด้านจิตใจจากสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ก่อให้เกิดความเครียด (n=263)

ปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ	Mean	S.D.	ระดับ
1. หงุดหงิด ไม่พึงพอใจ	2.43	0.84	น้อย
2. วิตกกังวล คิดมาก	2.41	0.83	น้อย
3. หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ	2.43	0.87	น้อย
4. การตัดสินใจผิดพลาด	1.83	0.67	น้อย
5. เบื่อหน่าย	2.56	1.05	ปานกลาง
6. ความพอใจในงานลดลง	2.41	0.97	น้อย
7. ความรู้สึกด้อยค่า	1.74	0.80	น้อย
8. รู้สึกถูกกดดัน	2.32	1.02	น้อย
9. ซึมเศร้า	1.52	0.67	น้อย
ภาพรวมปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ	2.18	0.64	น้อย

จากตาราง 7 พบว่าพยาบาลวิชาชีพเกิดปัญหาสุขภาพด้านจิตใจในภาพรวมทั้ง 9 ข้อ อยู่ในระดับน้อย เมื่อแยกตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพเกิดปัญหาสุขภาพด้านจิตใจในระดับปานกลาง 1 ข้อ ได้แก่ เบื่อหน่าย ส่วนที่เหลืออีก 8 ข้อ อยู่ในระดับน้อย

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเกิดปัญหาสุขภาพด้านพฤติกรรมจากสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ก่อให้เกิดความเครียด (n=263)

ปัญหาสุขภาพด้านพฤติกรรม	Mean	S.D.	ระดับ
1. มีความผิดปกติในการนอน	2.35	1.17	น้อย
2. ใช้นอนหลับ	1.27	0.67	น้อยที่สุด
3. มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่น	1.62	0.70	น้อย
4. ประสิทธิภาพการทำงานลดลง	1.87	0.79	น้อย
5. เจ็บข้อม เก็บตัว	1.47	0.68	น้อยที่สุด
6. ท้อแท้ เบื่อหน่ายจนไม่อยากทำอะไร (Burn out)	1.61	0.81	น้อย
7. ขาดงาน ลางาน	1.17	0.45	น้อยที่สุด
ภาพรวมปัญหาสุขภาพด้านพฤติกรรม	1.62	0.50	น้อย

จากตาราง 8 พบว่า พยาบาลวิชาชีพเกิดปัญหาสุขภาพด้านพฤติกรรมในภาพรวมทั้ง 7 ข้อ อยู่ในระดับน้อย เมื่อแยกตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพเกิดปัญหาสุขภาพด้านพฤติกรรมในระดับน้อย 4 ข้อ ได้แก่ มีความผิดปกติในการนอนมีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นประสิทธิภาพการทำงานลดลงและท้อแท้ เบื่อหน่ายจนไม่อยากทำอะไร (Burn out) ส่วนที่เหลืออีก 3 ข้อ อยู่ระดับน้อยที่สุด

ตาราง 9 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานกับการเกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้การหาค่า t-test (n=263)

การสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานรวมทั้ง 4 ด้าน	เกิดปัญหาสุขภาพ (n = 45)		ไม่เกิดปัญหาสุขภาพ (n = 218)		t-test	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
การสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงาน	99.93	11.60	81.06	12.62	9.253	261	0.000

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตาราง 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานทั้ง 4 ด้าน ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่เกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียดกับกลุ่มที่ไม่เกิดปัญหาสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ของปัจจัยเกี่ยวกับงานกับการเกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามวิธีของเพียร์สัน (n=263)

	คะแนนรวมการสัมผัสปัจจัย เกี่ยวกับงานทั้ง 4 ด้าน	คะแนนรวมปัญหา สุขภาพทั้ง 3 ด้าน	p-value
คะแนนรวมการสัมผัสปัจจัย เกี่ยวกับงานทั้ง 4 ด้าน	1,000	0.626	0.000
คะแนนรวมปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ด้าน		1.000	0.000

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตาราง 10 พบว่าคะแนนรวมการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคะแนนรวมปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

วิจารณ์

จากการศึกษา พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับงานที่พยาบาลวิชาชีพสัมผัสจนอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านลักษณะงาน ได้แก่ การทำงานกับความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติทำงานกับภาวะวิกฤตต่อชีวิตของผู้ป่วย ปริมาณงานที่มากเกินไป ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ทำงานมากกว่า 1 อย่างในเวลาเดียวกัน ทำงานเป็นกะ ทำงานที่มีความยากเกินไป ทำงานที่มีความซ้ำซาก จำเจ น่าเบื่อ และงานที่มีความหลากหลาย สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่พยาบาลวิชาชีพต้องสัมผัสในระดับปานกลางถึงมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสินีนากู จิตต์ภักดี⁽³⁾ Carrington⁽¹⁵⁾ CDC & NIOSH⁽¹⁸⁾ มธรา จุลเจิม⁽²³⁾ และ Kalimo R., El-Betawi, M.A., Cooper CL⁽²⁴⁾ พบว่าปัจจัยเหล่านี้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียดของพยาบาลวิชาชีพและยังสอดคล้องกับการศึกษาของดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ⁽¹⁴⁾ พบว่า การมีระบบการประกันคุณภาพของโรงพยาบาลทำให้ต้องมีการตรวจสอบมาตรฐานและประเมินผลงานเป็นระยะๆ ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพต้องมีการะงานทางด้านเอกสารเพิ่มขึ้นอีก

2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานที่พยาบาลวิชาชีพต้องสัมผัสจนอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ ได้แก่ งานเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค เช่น เข็มหรือของมีคมทิ่มตำ ติดเชื้อทางเดินหายใจ ฯลฯ งานที่ต้องยืนหรือเดินเป็นเวลานานๆ งานที่ต้องยก/เคลื่อนย้ายคนหรือสิ่งของในท่าทางที่ไม่เหมาะสม ทำงานกับคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนุช ไชยรัตน์ และจุไร อภัยจิรรัตน์⁽²⁶⁾ พบว่า พยาบาลมีความเสี่ยงต่อการปวดหลังจากการอุ้ม ยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเสี่ยงต่อการถูกเข็มตำหรือของมีคมบาด เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคจากการดูแลสุขอนามัยของมือไม่เพียงพอ นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพยังต้องทำงานเสี่ยงต่อความรุนแรงหรือสิ่งคุกคาม ทั้งทางร่างกายและจิตใจจากผู้ป่วย ญาติ และเพื่อนร่วมงาน ซึ่งโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานบริการสุขภาพที่มีอันตรายแอบแฝงอยู่ในกระบวนการทำงาน ความไม่เหมาะสมของสภาพแวดล้อมการทำงาน ทั้งทางด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ และจิตวิทยาสังคม นับเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานของพยาบาลได้^(13, 18, 25)

3. ปัญหาสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ พบอาการร่างกายเมื่อยล้า และเบื่อหน่ายในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาสุขภาพหัวข้ออื่นๆ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ และพฤติกรรม พบในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของสมบัติริยาพันธ์⁽²⁷⁾ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ นโยบายการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของโรงพยาบาล ได้แก่ การจัดให้บุคลากรได้ออกกำลังกาย มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต นันทนาการ และสันทนาการต่างๆ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการผ่อนคลายความเครียดลงได้

4. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเกี่ยวกับงานกับการเกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าคะแนนรวมการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคะแนนรวมปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ($r = 0.626$, $p < 0.01$) นั่นคือ หากระดับการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานมากขึ้น ก็ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียดมากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้น ควรมีการบริหารจัดการให้พยาบาลวิชาชีพมีการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับที่เหมาะสม ดังที่สมจิต หนูเจริญกุล⁽²⁸⁾ กล่าวว่า การสัมผัสความเครียดในระดับที่พอเหมาะจะกระตุ้นให้บุคคลพัฒนาและปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

สรุป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเกี่ยวกับงานกับการเกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียดในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าจำนวน 263 คน พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 36.5 มีอายุเฉลี่ย 42.61 ปี มีสถานภาพสมรสคู่

ร้อยละ 55.9 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 89.0 ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 19.6 ปี จำนวนชั่วโมงการทำงานจริงเฉลี่ยในแต่ละสัปดาห์ 10.69 ชั่วโมง ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ต้องทำงานในขณะที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ร้อยละ 45.6 และมีการขาดงาน/ลางาน ร้อยละ 19.0 ซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่จากปัญหาทางสุขภาพ ร้อยละ 15.2

ปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พบการสัมผัสในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยด้านองค์กร/การบริหารงานและปัจจัยด้านสัมพันธภาพพบในระดับน้อย ปัญหาสุขภาพจากความเครียดพบในระดับน้อย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม เมื่อแยกเป็นรายข้อพบอาการร่างกายเมื่อยล้าและเบื่อหน่ายมากที่สุด นอกจากนี้ ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานทั้ง 4 ด้าน ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่เกิดปัญหาสุขภาพจากความเครียดกับกลุ่มที่ไม่เกิดปัญหาสุขภาพมีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการสัมผัสปัจจัยเกี่ยวกับงานทั้ง 4 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคะแนนรวมปัญหาสุขภาพทั้ง 3 ด้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการศึกษานี้ ไปปรับปรุงแก้ไขการบริหารงานสภาพการปฏิบัติงานและการสนับสนุนในหน่วยงาน เช่น การจัดอัตราค่าจ้างเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมกับภาระงานลดชั่วโมงการทำงาน นำแนวคิด Lean Management มาใช้ในการปฏิบัติ เพื่อลดกิจกรรมงานที่ไม่จำเป็นและซ้ำซ้อนออกไป สนับสนุนด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยให้เพียงพอ พร้อมใช้งานได้ทันเวลา เพื่อแบ่งเบาภาระงานบางส่วนจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความรัก ความสามัคคี เกิดการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมด้านสวัสดิการต่างๆ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ตลอดจน

ให้ความรู้เรื่องวิธีการจัดการความเครียดเพื่อช่วยให้พยาบาลเกิดความเครียดน้อยที่สุด

2. การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลณช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เมื่อเวลาผ่านไปผลการศึกษาอาจเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ต่างๆ เช่น นโยบายของภาครัฐ ปริมาณงานที่มากขึ้น อัตรากำลังของพยาบาล วิชาชีพที่เปลี่ยนไป ฯลฯ ก็อาจทำให้ผลการศึกษาเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ ดังนั้น จึงควรทำการศึกษา

เป็นระยะๆ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังปัจจัยจากงานและปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพได้

3. นำผลการศึกษาที่ได้เสนอให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ และนำไปสู่มาตรการวางแผนป้องกันและลดปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลมีระดับความเครียดที่เหมาะสม ลดการเกิดปัญหาสุขภาพและความสูญเสียในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ อีกทั้งยังช่วยดำรงบุคลากรพยาบาลไว้ในองค์กรได้อีกด้วย

เอกสารอ้างอิง :

1. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill Book; 1968.
2. พันธุ์ทิพย์ งามสูตร. ระบาดวิทยาทางสังคม. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.อีฟวิ้ง จำกัด; 2540.
3. สีนินาฏ จิตต์ภักดี. ความเครียดและปัจจัยจากลักษณะงานที่ทำให้เกิดความเครียดของพยาบาลสวนปฐ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2538. 112 หน้า.
4. มนตรี นามมงคล และคณะ. การเปรียบเทียบความเครียดความคิดอยากฆ่าตัวตาย และความคิดอยากฆ่าผู้อื่นของข้าราชการในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : ศูนย์สุขภาพจิต 2 กรมสุขภาพจิต; 2542.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
6. จุฑารัตน์ สุคนธรรัตน์. การรับรู้บรรยากาศองค์การ และความเครียดของบุคลากรในโรงพยาบาลตากสิน. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2541. 108 หน้า.
7. อินทิรา ปัทมินทร. หนังสือคู่มือสำหรับผู้บริหารเรื่องสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน ด้านการเสริมสร้างสุขภาพจิตในการทำงาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1997); 2544.
8. สิริภรณ์ หันพงศ์ศักดิ์กุล. แหล่งความเครียดในการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542. 96 หน้า.
9. อุดลย์ บัณจุกุล. ตำราอาชีวเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์; 2554.
10. รัตนารักษ์ ดวงธรรม. กระบวนการแก้ไขปัญหาความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติดภาคเหนือ. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.103 หน้า.
11. กาญจนาวีเชียรประดิษฐ์, ทนงค์ดียิ่งรัตน์สุข, ศรีรัตน์ล้อมพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐ. ในเอกสารการประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 2; 17 พฤษภาคม 2556; โรงแรมริชมอนด์, นนทบุรี. นนทบุรี: 2556. หน้า 582-93.
12. สมศักดิ์ วังเอี่ยมเสริมสุข. การเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยด้านงานที่ส่งผลต่อความเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของพนักงานรัฐวิสาหกิจ กรณีศึกษาพนักงานบริษัท กสท. โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน) สำนักงานหลักสี่และสำนักงานบางรัก. [การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2554. 130 หน้า.
13. กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.

14. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ศักนงศ์ นาคสวัสดิ์, ชูชื่น ชีวพูนผล, วรณีสัตยวิวัฒน์. ความเครียด ปัจจัยที่ทำให้เกิด ความเครียด และการจัดการกับความเครียดในพยาบาล. Journal of Nursing Sciences 2510; 28(1): 68-76.
15. Carrington. Top stresses of health care workers. Carrington college; 2013.
16. Speroni KG, Fitch T, Dawson E, Dugan L, Atherton M. Incidence and cost of nurse Workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. Journal of Emergency Nursing 2014; 40(3) : 218-28.
17. Edward KL, Stephenson J, Ousey K, Bsc SL, Warelow P, BN JoG. A systematic Review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. Journal of clinical nursing 2016; 25(3-4): 289-99.
18. Department of health and human services Center for disease control and prevention National institute for occupational safety and health. Exposure to stress occupational hazards in hospitals. Columbia : Cincinnati; 2008.
19. Li-Ping Chou, Chung-Yi Li, Susan C Hu. Job stress and burnout in hospital employees : comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. BMJ Open 2014;4(2):e004185.
20. เมธาวิทย์ ไชยะจิตกรำธ. บทบาทหน้าที่และการปฏิบัติงานของพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 30 ก.ค.2559]. แหล่งข้อมูล: http://methawitpublichealth.blogspot.com/2012/09//blogpost_30.html.
21. บุญใจ ศรีสัตย์นรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร : บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด; 2553.
22. Hinkle, D.E, William, W. & Stephen G. J. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4th ed. New York : Houghton Mifflin; 1998.
23. มรุรา จุลเจิม. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านงานและความเครียดในการทำงานของพนักงาน ในกลุ่มบริษัท เจ.ที.พูลส์ จำกัด. [การค้นคว้าอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551. 89 หน้า.
24. Kalimo R., El-Betawi, M.A., Cooper CL. Psychosocial factor at work and their relation to health. Geneva: World Health Organization; 2005.
25. สุวัฒน์ ดำนิล. อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2557.
26. ชยณัฐ ไชยรัตน์ และจุไร อภัยจิรรัตน์. หลักการยศาสตร์และงานนวัตกรรมเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ในการทำงานของพยาบาล. Journal of Nursing Science & Health 2515; 38(3) : 146-55.
27. สมบัติ ธิยาพันธ์ และนิดา ภู่อุสาสน์. ปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารกองการพยาบาล 2552; 36(3): 32-46.
28. สมจิตหนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดวี.เจ.พรินตติ้ง; 2540.

ความรู้กับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรโรงพยาบาลอุ้มทอง
Knowledge and Care for drug resistant patients of personnel
in U-Thong Hospital

ปาไลดา ธนรุ่งเจริญกิจ วท.ม.(จิตวิทยาชุมชน)
โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

Palida Tanarunggarernkit, M.S.
U-Thong Hospital, Suphanburi Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลอุ้มทองที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา จำนวนทั้งสิ้น 181 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความรู้และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่น ด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา มีค่าเท่ากับ 0.828 และ 0.964 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 31 กรกฎาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Pearson Correlation

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง และมีระดับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ดี เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากการค้นพบดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาล ควรมีนโยบายในเรื่องความรู้ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาให้ชัดเจนและควรสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติรับทราบในทิศทางเดียวกัน สนับสนุนอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาให้เพียงพอ โดยเฉพาะในส่วนที่ยังขาด ควรจัดอบรมเพิ่มเติมให้กับบุคลากรที่ยังไม่ผ่านการอบรม เพื่อให้บุคลากรเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่ต้องใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วย

Abstract

The purpose of this descriptive research were to study about knowledge and caring drug resistant patients and also analyze relationship between knowledge and care for drug resistant patients. The sample group were 181 personnel related to care drug resistant patients. The instrument was a questionnaire for knowledge and care for drug resistant patients which passed the assessment of research tool by expert. Cronbach's alfa coefficient with reliability was at 0.828 and 0.964 respectively. This study was during July 1st to July 31st

Descriptive statistic were analyzed by frequency, percentages, mean and standard deviation and inferential statistic by Pearson's correlation.

The results showed that most of sample groups had high level of knowledge and good level of caring for drug resistant patient. There were positivity statistical correlations at the significant at 0.01. Based on these findings, the hospital should have a policy of knowledge and care for drug resistant patients clearly and should communicate to the practitioner in the same direction. Furthermore, the hospital should support the sufficient equipment to the care of drug resistant patients, especially for the absence of each equipment. Besides, Training should be provided to personnel who are not trained in order to make personnel aware of the importance and the useful in taking care of the drug resistant patients.

บทนำ

การติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญในการรักษาพยาบาล การแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาทำให้ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น เพิ่มอัตราการตาย ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น หรือต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่มีราคาแพง การดื้อยาของเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อดื้อยาในประเทศไทยพบเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์การดื้อยานี้กำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤต กล่าวคือ เป็นยุคที่ไม่สามารถใช้ยาต้านจุลินทรีย์ในการทำลายเชื้อได้อีกต่อไป เนื่องจากว่าในขณะนี้ เชื้อแบคทีเรียบางตัวมีการดื้อยาทุกชนิดซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเหล่านี้ได้อีกต่อไป

การที่จะป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาของเชื้อโรคต่าง ๆ ให้ได้ผลนั้น ต้องทราบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการดูแล ซึ่งต้องทำอย่างถูกต้อง ดังนั้น ปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ

ดื้อยาในโรงพยาบาล อาจมีความแตกต่างไป บุคลากรในโรงพยาบาลมีความแตกต่างในเรื่องความรู้และการปฏิบัติดูแลผู้ป่วย สถานการณ์เชื้อดื้อยามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากแนวโน้มการเกิดการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลอุททอง ในปี พ.ศ.2555-2557 เป็นจำนวน 0,3 และ 13 รายตามลำดับผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อของโรงพยาบาลอุททอง จ.สุพรรณบุรี ซึ่งมีหน้าที่ในการหามาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพิจารณามาตรการในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้การรักษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุททอง มีคุณภาพดียิ่งขึ้น และเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาไปสู่ชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรโรงพยาบาลอุททอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิด โดยใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งงาน หน่วยงาน การศึกษา ประสบการณ์การทำงาน การอบรมด้านการป้องกันการติดเชื้อ การเป็นคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อ กับข้อมูลการสนับสนุนตามนโยบายโรงพยาบาล ได้แก่ อุปกรณ์สนับสนุน น้ำยาล้างมือ สถานที่ (ห้องแยกโรค) และความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยากับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลอุ้มทอง ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 220 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้ตัวอย่างทั้งหมด 100 %

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามให้กับบุคลากรโรงพยาบาลอุ้มทองที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทั้งสิ้น 220 คน แต่ได้แบบสอบถามกลับมา 181 คน จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP Theory) และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิยามศัพท์

เชื้อดื้อยา หมายถึง การที่เชื้อจุลชีพมีความทนทานต่อฤทธิ์ของยาต้านจุลชีพที่เคยใช้ทำลายเชื้อชนิดนั้นได้ผล

การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยได้รับเชื้อจุลชีพขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยอาจเป็นเชื้อจุลชีพที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยเองหรือเป็นเชื้อจากภายนอกร่างกายผู้ป่วยก็ได้ และเป็นเชื้อจุลชีพที่ทดสอบแล้วว่าดื้อต่อยาต้านจุลชีพ โดยขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามิใช่ในโรงพยาบาลไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้ออยู่และไม่ได้อยู่ในระยะพักตัวของเชื้อ

แนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา จากคำแนะนำของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ.2549 (2006) ดังนี้

หมวดที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาแก่บุคลากร

หมวดที่ 2 การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา

หมวดที่ 3 การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

หมวดที่ 4 การจัดการสิ่งแวดล้อม

หมวดที่ 5 การจัดการผ้าเปื้อนและมูลฝอยติดเชื้อ

หมวดที่ 6 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

หมวดที่ 7 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การบริหารจัดการและติดตามกำกับระบบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

มาตรฐานที่ 2 การดำเนินการและติดตาม กำกับระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

มาตรฐานที่ 3 การสอบสวนและควบคุมการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล

มาตรฐานที่ 4 การพัฒนาความรู้ ทักษะและให้คำแนะนำปรึกษาแก่บุคลากรทางการพยาบาล ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

มาตรฐานที่ 5 การดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องป้องกันภาวะเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้าน

มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา

(Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตาม
ที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
พิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยง
ตรงตามเนื้อหาแล้ว จึงนำไปทดลองใช้ต่อไป

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)
ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับ
กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน (กับประชากรที่ไม่ใช่
กลุ่มตัวอย่าง) แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้
คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณ
จากสูตรของครอนบาค (Cronbach's Coefficient +
Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ผลการวิเคราะห์
ค่าความเชื่อมั่น ปรับปรุงเครื่องมือให้เป็นฉบับสมบูรณ์
เพื่อนำไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป ค่าความเชื่อมั่นพบว่า
ด้านความรู้เท่ากับ 0.828 ด้านการปฏิบัติดูแลเท่ากับ
0.964

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือถึงทุก
หน่วยงาน และขออนุญาตแจกแบบสอบถาม
ใช้เวลาประมาณ 30 วัน เมื่อเก็บแบบสอบถาม
ตรวจสอบ แบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์
จำนวน 181 ฉบับ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้ว
แล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว
ประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic)
ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน
2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่
Pearson Correlation

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัย เรื่องความรู้และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ
ดื้อยาของบุคลากร โรงพยาบาลอุ้มทอง ได้นำข้อมูลมา
วิเคราะห์ โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น
4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป
2. ข้อมูลการสนับสนุนตามนโยบาย
โรงพยาบาล
3. ความรู้และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการดูแล
ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.8 มีอายุระหว่าง
20-30 ปี ร้อยละ 40.3 ตำแหน่งงาน พยาบาล ร้อยละ
46.4 หน่วยงานผู้ป่วยนอก ร้อยละ 18.8 การศึกษา
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 53.6 มี
ประสบการณ์การทำงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.6
รับการอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
ประจำปี ร้อยละ 51.9 ไม่ได้เป็นคณะกรรมการ
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ร้อยละ 87.8

2. ข้อมูลการสนับสนุนตามนโยบายโรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่าโรงพยาบาลสนับสนุน
อุปกรณ์ที่มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผ้าเช็ดมือ ร้อยละ
100 รองลงมา คือ น้ำยาล้างมือและอ่างล้างมือ
ร้อยละ 99.4 ทั้ง 2 อุปกรณ์ส่วนอุปกรณ์ที่สนับสนุน
น้อยที่สุด ได้แก่ เสื้อกาวน์ และป้ายแยกโรค ร้อยละ
87.3 ทั้ง 2 อุปกรณ์

3. ความรู้กับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา

บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาที่ถูกต้อง 3
ลำดับแรก ได้แก่ โรงพยาบาลต้องมีมาตรการควบคุม

และป้องกันการติดเชื้อได้อย่างเคร่งครัด ร้อยละ 93.4 รองลงมา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะมานาน เสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาและโรงพยาบาลต้องส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ร้อยละ 90.6 ทั้ง 2 ข้อ

บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาน้อยที่สุด หรือตอบผิดมาก 2 ลำดับแรก ได้แก่ การติดเชื้อดื้อยา หมายถึง เชื้อจุลินทรีย์ที่ดื้อต่อยาต้านจุลินทรีย์ ตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป ร้อยละ 69.6 รองลงมา คือ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เชื้อโรคดื้อยา เนื่องจากการใช้ยาปฏิชีวนะไม่ต่อเนื่องและขนาดยาต่ำกว่าขนาดการรักษา ร้อยละ 61.3 เมื่อพิจารณาความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 61.9

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

บุคลากรมีการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ แยกผ้าและขยะเป็นประเภทติดเชื้อ ร้อยละ 98.9 รองลงมา คือ ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย อุปกรณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ร้อยละ 96.1

บุคลากรมีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ไม่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ สวมอุปกรณ์ป้องกันครบถ้วนและถอดก่อนออกจากห้องแยกหรือเตียงผู้ป่วย (เสื้อคลุม) ร้อยละ 76.2 รองลงมา คือ สวมอุปกรณ์ป้องกันครบถ้วนและถอดก่อนออกจากห้องแยกหรือเตียงผู้ป่วย (แว่นตา) ร้อยละ 67.4

เมื่อพิจารณาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรโรงพยาบาลอุ้มทอง พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.8

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

ผลการวิจัย พบว่าความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปผล

การวิจัยเชิงพรรณนารั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลอุ้มทองที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ทั้งหมด 220 คน แต่เก็บแบบสอบถามได้ 181 คน ร้อยละ 82.27 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการสนับสนุนตามนโยบายโรงพยาบาล แบบวัดความรู้ และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.828 และ 0.964 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามทุกหน่วยงานระหว่างวันที่ 1-31 กรกฎาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Pearson Correlation ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 61.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.1 และระดับต่ำมีเพียงร้อยละ 11.0 เท่านั้น และมีระดับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ดี ร้อยละ 92.8 ระดับไม่ดี ร้อยละ 4.4 และระดับปานกลางมีเพียง ร้อยละ 2.8

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาที่ถูกต้อง ได้แก่ โรงพยาบาลต้องมีมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยาอย่างเคร่งครัด มากถึงร้อยละ 93.4 ต้องมีมาตรการควบคุม เพื่อช่วยลดปัญหาการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

2. บุคลากรมีการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ถูกต้อง ได้แก่ แยกผ้าและขยะเป็นประเภทติดเชื้อ ร้อยละ 98.9 บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการกำหนดมาตรการควบคุมการแพร่กระจาย และลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3. ความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าความรู้มีความสำคัญกับการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย เมื่อบุคลากรมีความรู้มากขึ้น จะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาได้อย่างถูกต้องครบถ้วนและมีประสิทธิภาพในขั้นตอนการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรโรงพยาบาลอุ้มทอง ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีนโยบายในเรื่องความรู้และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาให้ชัดเจน และควรสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติรับทราบในทิศทางเดียวกัน

2. โรงพยาบาลควรสนับสนุนอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาให้เพียงพอ โดยเฉพาะในส่วนที่ยังขาด ได้แก่ เสื้อกาวน์ และป้ายแยกโรค โดยสำรวจความต้องการของบุคลากรที่จะใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งหากเกิดการติดเชื้อจะทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น ทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาล

3. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบุคลากรส่วนหนึ่ง ยังไม่เคยรับการอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมาก่อนเลย ซึ่งการศึกษาพบว่า ความรู้และการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยามีความสัมพันธ์ทางบวก ดังนั้น ควรจัดอบรมเพิ่มเติมให้กับบุคลากรที่ยังไม่ได้ผ่านการอบรม เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และสามารถปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม และ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่ให้ข้อชี้แนะในการทำวิจัย รวมทั้ง บุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาลอุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

บรรณานุกรม :

- กัลยาณี ศุระศรางค์, กุลยา นาคสวัสดิ์, สมหวัง ด้านชัยวิจิตร และคณะ(2007). ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยา *Acinetobacterbaumani* ในโรงพยาบาลศิริราช.J Med Assoc Thai 90(8):1633-39
- จารุกรณ์ วิศาลสวัสดิ์.(2008).การดื้อยาของกลุ่ม carbapenemของเชื้อแบคทีเรียแกรมลบชนิดดื้อต่อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา32(1):19-27.
- แนวปฏิบัติทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ค.ศ. 2006 (Center for Disease Control and prevention (CDC), 2006
- ภัทรภรณ์ รอดเสถียร (2008). การดื้อต่อยาต้านจุลชีพหลายขนานของเชื้อ *A.baumanii* ในโรงพยาบาลลพบุรี.ขอนแก่น เวชสาร.32(พิเศษ6)(พ.ย.):74-81.
- วีรพงศ์ วัฒนาวนิช, พรรณทิพย์ ฉายากุล(2013). การติดเชื้อ*A.baumanii* ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาที่หออภิบาล.สงขลานครินทร์ เวชสาร.31(2) (มี.ค.-เม.ย.):91-100 สมหวัง ด้านชัยวิจิตร และคณะ(2007). ความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549
- DanchaivijitrS,JudaengT,SripalakijS,Naksawas N.(2007).Prevalence of Nosocomial Infection in Thailand 2006 .J Med Assoc Thai 90(8):1524-9.
- Bergogne-BerezinE,TownerKJ,Acinetobacter spp. (1996).As nosocomial pathogens:microbiological ,clinical and epidemiological features.Clinical Microbiology Rev.9(2):148-65.
- ChastreJ,TrouilletJL.(2000).Problem pathogens (*Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter*).SeminRespir Infect 15: 287-98.
- Benjamin, S Bloom.(1986). ‘Learning for mastery’. Evaluation comment.Center for the study of instruction program. University of California at Los Angles. Vol 2:47-62.
- Best, J.W. (1970). Reserch in education.EnglewoodCilifits, New Jersty : Printice-Hall.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม
The Affected Factors to Health Behaviors Promotion of Senile people
in Samutsongkhram province

อุไรวรรณ ทองคง ป.พ.ส.
(พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

Uraiwon Tongkong,
Dip in Nursing Science
Samutsongkhram province

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาปัญหา อุปสรรคในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรสงคราม ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสมุทรสงคราม การเลือกตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 350 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test, F-test และ LSD ส่วนข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ได้จากคำถามปลายเปิด ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาแล้วสรุปผลผลการศึกษามาสรุปได้ ดังนี้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 68.86 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่เกินกว่าครึ่งหนึ่ง จบชั้นประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ย 7,416.94 บาท/เดือน ครึ่งหนึ่งไม่มีตำแหน่งในชุมชน และอาศัยอยู่ในชุมชน มีระยะเวลาเฉลี่ย 54.41 ปี การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี การสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ตัวแปรที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งในชุมชน ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว ตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม คือ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง/มีโรคประจำตัว ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรม ข้อเสนอแนะ ควรกระตุ้นการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งให้กับชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ช่วยสนับสนุน ยกย่องให้กำลังใจผู้นำชุมชนให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบครัวของผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ของรัฐควรให้การสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน และส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรู้ใหม่ๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสามารถปฏิบัติได้จริง จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชมรมผู้สูงอายุทั้งภายในจังหวัดสมุทรสงคราม หรือนอกจังหวัด หน่วยงานภาครัฐร่วมกับชุมชน ควรมีการร่วมกันจัดกิจกรรมในรูปแบบของครอบครัวสัมพันธ์ โดยให้มีบุตรหลานเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดสวัสดิการทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุให้มากขึ้น

Abstract

The Affected Factors to Health behaviors promotion of senile people in Samutsongkhram province. The objectives were to studied factors influence health promotion of senile, to explored health promotion behaviors and to analyzed problems and hindrances of health promotion of senile at Samutsongkhram province. The sample size used the simple random sampling technique to achieve 350 samples from members of senile people in Samutsongkhram province club and utilized questionnaires as a tool to collect data and presented by percentage, mean, standard deviation, T-test, F-test and LSD. We also analyzed our findings to summarized and answer questions, obstacle and recommendation that our samples responded in the opened questionnaires. The findings were majority of our samples were female with an average age 68.86 years old and married. More than half finished elementary school. Average monthly income is 7,416.94 baht. About half do not had leader in community and they had resided in the community averaging 54.41 years. The community participation in promoting health of senile people is in good level. Family support in promoting health of senile people was in good level. Senile people's health promotion behavior was in good level. Factors which had influenced of health promotion behavior of senile people in Samutsongkhram province were education, marital status, level of community size, participation and family support. Meanwhile, non-factors of the behavior were income, gender, age and time to staying in the community. Crucial problems and obstacles of health promotion behavior of senile people were infirmity, unhealthy. Research recommends that: supporting from officers, shall be encouragement local to participate and strengthen the community. The local leader is praise and recognize in involving in supporting health promotion behavior of senile people. Families with elderly and government service officers shall inspire senile people in every possible way and motivate them to continually learn new aspects. They also set up meetings between senile clubs within the district and others that locate in Samutsongkhram province. The government offices shall co-operate with communities in arranging family activities by having young generation get involve together with elderly. The local government shall also provide more welfare to senile people.

คำสำคัญ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Key words

The Affected Factors to Health Behaviors Promotion/Senile people

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยจะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.30 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ.2577 จะมีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 19 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 29.00 ของประชากรไทย⁽¹⁾ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสังคมไทยกำลังเคลื่อนตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (population ageing) ผลจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วร่วมกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของผู้สูงอายุทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงหรือเสื่อมถอยไปกับอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าตนเองมีสุขภาพค่อนข้างดี จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552⁽²⁾ โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยที่ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 9,195 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.40 และประเมินว่าดีถึงดีมาก ร้อยละ 38.1 และผู้สูงอายุที่ประเมินว่าสุขภาพไม่ดีและไม่ดีเลย ร้อยละ 12.50 และ 1.00

ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุ เช่น ความเสื่อมของดวงตาที่พบมาก ได้แก่ ต้อกระจก ที่พบเป็น 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ มีปัญหาการได้ยิน และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีปัญหาฟันใช้งานไม่ถึง 20 ซี่⁽³⁾ จากการสำรวจการเจ็บป่วยและโรคในผู้สูงอายุของมหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ.2550 พบว่าผู้สูงอายุป่วยหรือรู้สึกป่วยไม่สบายเฉลี่ยประมาณ 3 ครั้งต่อเดือน โดยกลุ่มโรคที่ป่วยมากที่สุดสามลำดับแรก คือ โรคระบบเส้นเอ็นกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ โรคระบบทางเดินหายใจและโรคหัวใจหลอดเลือด⁽⁴⁾ ซึ่งปัญหาสุขภาพส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุเกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพหรือมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ⁽⁵⁾ สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุต้องอาศัยผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือในการทำกิจกรรมร่วมด้วย สิ่งเหล่านี้ มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อรองรับปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอย่างเป็นระบบ จำเป็นต้องมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อดำเนินการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรสงคราม มีคุณภาพชีวิตที่ดีและรองรับการเป็นจังหวัดสังคมผู้สูงอายุต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสมุทรสงคราม 55 ชมรม จำนวน 350 คน

กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง = 0.05

N = ขนาดของประชากร

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{2,150}{1 + 2,150(0.05)^2} = 337.25$$

2. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ข้อมูลการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนของครอบครัว จำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 45 ข้อ โดยแบบสอบถามจัดทำจากการทบทวนวรรณกรรม ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นหาความเที่ยงของเนื้อหา (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's coefficient alpha) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น 0.8555 การสนับสนุนของครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น 0.8742 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น 0.9231 เกณฑ์การให้คะแนน ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนของครอบครัว พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นแบบประมาณ 4 คำตอบ คือ เป็นประจำ บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำถามเชิงปฏิฐาน (Positive) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ

เป็นประจำ	ให้คะแนน	4	คะแนน
บางครั้ง	ให้คะแนน	3	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เคย	ให้คะแนน	1	คะแนน

คำถามนิเสธ (Negative) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ

เป็นประจำ	ให้คะแนน	1	คะแนน
บางครั้ง	ให้คะแนน	2	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เคย	ให้คะแนน	4	คะแนน

เกณฑ์การวัดระดับ

เกณฑ์การวัดระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนของครอบครัว พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงครามนั้นใช้หลัก ดังนี้ คือ $\text{Range} = (\text{คะแนนมาก} - \text{คะแนนน้อย}) \div \text{ระดับการวัด}$ ผู้ศึกษาจึงกำหนดเกณฑ์วัดระดับดังนี้

คะแนน 0.00 – 1.33 หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่ดี

คะแนน 1.34 – 2.66 หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง

คะแนน 2.67 – 4.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดี

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทรสงคราม เดือนสิงหาคม ๒๕๖๐

4. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพรรณนาข้อมูล ลักษณะทางประชากร โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด t-test F test LSD

การศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.00) มีอายุเฉลี่ย 68.86 ปี ผู้สูงอายุมีกลุ่มอายุ 60-65 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 38.30) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.60) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.70) มีรายได้เฉลี่ย 7,416.94 บาท/เดือน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 54.80) ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งในชุมชน (ร้อยละ 58.30) อาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 54.41 ปี และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน 41 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 73.40)

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 350)	ร้อยละ (100.00)
เพศ		
ชาย	119	34.00
หญิง	231	66.00
อายุ (ปี)		
60 – 65 ปี	134	38.30
66 – 70 ปี	91	26.00
71 – 75 ปี	60	17.10
76 ปีขึ้นไป	65	18.60
$\bar{x} = 68.86$ s.d. = 6.74	Min = 60	Max = 88

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 350)	ร้อยละ (100.00)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	0.60
ประถมศึกษา	219	62.60
มัธยมศึกษาตอนต้น	48	13.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย	47	13.40
อนุปริญญา/ปวส./ปวช.	9	2.60
ปริญญาตรี	25	7.14
สถานภาพสมรส		
คู่	188	53.70
โสด / หม้าย / หย่า	162	46.30
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,500 บาท	81	23.10
2,501 – 5,000 บาท	111	31.70
5,001 – 7,500 บาท	47	13.40
7,501 – 10,000 บาท	61	17.40
10,001 ขึ้นไป	50	14.30
$\bar{x} = 7,416.94$ s.d. = 9,806.01	Min = 300	Max = 100,000
ตำแหน่งในชุมชน		
มีตำแหน่งในชุมชน	146	41.70
ไม่มีตำแหน่งในชุมชน	204	58.30
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน		
ไม่เกิน 10 ปี	21	6.00
11 – 20 ปี	22	6.30
21 – 30 ปี	28	8.00
31 – 40 ปี	22	6.30
41 ปีขึ้นไป	257	73.40
$\bar{x} = 54.41$ s.d. = 21.50	Min = 1	Max = 88

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 3.44 ข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ในชุมชนมีการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ เช่น วันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ รองลงมา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนให้บริการตรวจวัดความดันโลหิต ให้คำปรึกษา เบื้องต้นกับผู้สูงอายุได้

ตารางที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกรายข้อ

การมีส่วนร่วมของชุมชน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
1. ผู้นำ/สมาชิกองค์กรชุมชนมีการเข้าร่วมประชุม ในคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ	3.27	.85	ดี
2. ผู้นำ/สมาชิกองค์กรชุมชนร่วมคิด วางแผนในการ ดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ	3.2	.91	ดี
3. ในชุมชนมีการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ เช่น วันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ	3.72	.58	ดี
4. ผู้นำ / สมาชิกองค์กรชุมชนช่วยประชาสัมพันธ์ ให้ผู้สูงอายุในชุมชนมาร่วมกิจกรรม	3.49	.75	ดี
5. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้นำ/สมาชิกองค์กรชุมชน ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุในชมรมในด้านต่างๆ เช่น การช่วยด้านแรงงาน บริจาคเงิน หรือวัสดุ อุปกรณ์	3.31	.78	ดี
6. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้นำ/สมาชิกองค์กรชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองที่ชมรม ผู้สูงอายุดำเนินการอยู่ เช่น การออกกำลังกาย	3.31	.81	ดี
7. ผู้นำ/สมาชิกองค์กรชุมชนร่วมดูแลกำกับติดตาม ประเมินผล เช่น กิจกรรมของชมรม งานทะเบียน การเงินของชมรม เป็นต้น	3.21	.94	ดี
เฉลี่ย	3.34	.58	ดี

3. การสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม ในภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย 3.58 ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด มี 2 ข้อ คือ เมื่อเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัว จะเป็นห่วงและสนใจดูแลเป็นอย่างดี คือ สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจและสนับสนุนเมื่อต้องการทำสิ่งต่าง ๆ ในยามว่าง เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม

การสนับสนุนของครอบครัว	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
1. สมาชิกในครอบครัวแสดงความห่วงใย และซักถาม เมื่อท่านไปธุระนอกบ้านคนเดียว	3.59	.68	ดี
2. สมาชิกในครอบครัวและท่านมักจะรับประทานอาหารพร้อมๆ หน้าเสมอ	3.38	.75	ดี
3. เมื่อเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวจะเป็นห่วง และสนใจดูแลท่านเป็นอย่างดี	3.73	.59	ดี
4. สามารถพูดคุยปัญหาส่วนตัว หรือเรื่องอัดอั้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งครอบครัว	3.49	.75	ดี
5. มีโอกาสได้ร่วมกับสมาชิกครอบครัวเดินทางไปเที่ยวดูทิวทัศน์ งานแต่งงาน หรืออย่างน้อยก็ได้รับการชักชวน	3.33	.83	ดี
6. สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญ และให้เกียรติท่าน	3.70	.57	ดี
7. สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจ และสนับสนุน เมื่อท่านต้องการทำสิ่งต่างๆ ในยามว่าง เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ	3.73	.52	ดี
8. วันสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น วันสงกรานต์ ท่านจะได้รับการปฏิบัติ และให้ความสำคัญจากสมาชิกในครอบครัว	3.69	.57	ดี
9. สมาชิกในครอบครัวมอบเงินให้ใช้จ่ายส่วนตัว สำหรับซื้อของเล็กๆ น้อยๆ หรือทำบุญตามศรัทธา	3.57	.71	ดี
10. เมื่อมีธุระให้ช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว ให้ความสนใจ เต็มใจช่วยทำธุระให้	3.63	.64	ดี
เฉลี่ย	3.58	.7	ดี

4. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม ในภาพรวมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีเช่นกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.49 รองลงมาคือ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย และด้านภาวะโภชนาการ มีค่าเฉลี่ย 3.43, 3.17, 3.10 และ 3.14 ตามลำดับ สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านการจัดการกับความเครียด มีค่าเฉลี่ย 2.88

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกเป็นรายด้าน

การสนับสนุนของครอบครัว	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.49	.48	ดี
ด้านภาวะโภชนาการ	3.14	.40	ดี
ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย	3.17	.58	ดี
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	3.43	.51	ดี
ด้านสุขภาพทางจิตวิญญาณ	3.11	.39	ดี
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.82	.41	ดี
เฉลี่ย	3.22	.30	ดี

5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม ในภาพรวมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ย เมื่อพิจารณาผลการทดสอบสมมุติฐาน พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม คือการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งในชุมชน ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว ตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม คือ เพศ อายุ รายได้และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S.D.
ไม่ได้รับการศึกษา	2	2.53	.18
ประถมศึกษา	219	3.21	.31
มัธยมศึกษา	95	3.27	.26
อนุปริญญา - ปริญญาตรี	34	3.26	.32
รวม	350	3.22	.307

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	1.245	3	.415	4.530	.004
ภายในกลุ่ม	31.68	346	.92		
รวม	32.92	349			

ตารางที่ 7.1 ความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามการศึกษา โดย LSD

การศึกษา ของผู้สูงอายุ	ไม่ได้รับการศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา- ปริญญาตรี
ไม่ได้รับการศึกษา	-	.002	.001	.001
ประถมศึกษา	.002	-	.106	.383
มัธยมศึกษา	.001	.106	-	.849
อนุปริญญา-ปริญญาตรี	.001	.383	.849	-

ตารางที่ 8 ความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
คู่	188	3.26	.28	2.19	.029
โสด/หม้าย/หย่า	162	3.19	.32		
รวม	350				

ตารางที่ 9 ความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามตำแหน่งในชุมชน

ตำแหน่งในชุมชน	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
มีตำแหน่งในชุมชน	146	3.30	.27	4.25	< .05
ไม่มีตำแหน่งในชุมชน	204	3.17	.31		
รวม	350				

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ปานกลาง	50	2.97	.29	-6.645	< .001
ดี	300	3.27	.28		
รวม	350				

ตารางที่ 11 ความแตกต่างของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามการสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัว	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ปานกลาง	20	2.80	.32	-6.78	< .001
ดี	330	3.25	.28		
รวม	350				

ตารางที่ 12 ความแตกต่างของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ชาย	119	3.22	.33	-.213	.832
หญิง	231	3.23	.29		
รวม	350				

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามอายุ

อายุ	n	$\bar{X}$	S.D.
60 – 65 ปี	134	3.21	.28
66 – 70 ปี	91	3.24	.34
71 – 75 ปี	60	3.25	.29
76 ปีขึ้นไป	65	3.21	.31
รวม	350	3.22	.30

ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามกลุ่มอายุ

แหล่งความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	.126	3	.42	.442	.723
ภายในกลุ่ม	32.800	346	.095		
รวม	32.926	349			

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามรายได้

รายได้	n	$\bar{X}$	S.D.
ต่ำกว่า 2,500 บาท	81	3.19	.34
2,501 – 5,000 บาท	111	3.20	.33
5,001 บาทขึ้นไป	158	3.26	.26
รวม	350	3.22	.30

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	.387	2	.194	2.06	< .128
ภายในกลุ่ม	32.53	347	.09		
รวม	32.92	349			

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน	n	$\bar{X}$	S.D.
ไม่เกิน 20 ปี	48	3.19	.23
21 – 30 ปี	28	3.17	.36
31 – 40 ปี	22	3.10	.32
41 ปีขึ้นไป	257	3.25	.30
รวม	350	3.22	.30

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม จำแนกตามระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน

แหล่งความแปรปรวน	SS.	df.	MS.	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	.61	3	.206	2.20	< .088
ภายในกลุ่ม	32.30	346	.093		
รวม	32.92	349			

วิจารณ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม ภาพรวมอยู่ในระดับดี ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเช่นกัน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ในชุมชนมีการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ เช่น วันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนให้บริการตรวจวัดความดันโลหิต ให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับผู้สูงอายุได้ สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ชุมชนมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง โดยใช้เสียงตามสาย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ชุมชนให้ความสำคัญ และเคารพนับถือ อีกทั้งเป็นศูนย์รวมจิตใจของประชาชนที่อยู่ในชุมชนนั้นๆ เมื่อมีโอกาสดังกล่าวได้แสดงมุทิตาจิตต่อผู้สูงอายุ ชุมชนก็จะไม่ละทิ้งที่จะจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในโอกาสสำคัญๆ และถึงแม้ว่าชุมชนจะเล็งเห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุก็ตาม แต่การให้ความรู้ด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยใช้เสียงตามสาย จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการ และต้องมีผู้รับผิดชอบหลัก ถึงแม้ว่าบางพื้นที่ต้องมีกิจกรรมให้ความรู้ทางใช้เสียงตามสาย แต่อาจไม่ทั่วถึงผู้สูงอายุเนื่องจากสภาพภูมิประเทศของพื้นที่ของจังหวัดสมุทรสงคราม เป็นพื้นที่สวนเป็นส่วนใหญ่

การสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม ภาพรวมอยู่ในระดับดี ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเช่นกัน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีสูงที่สุด คือ เมื่อเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวจะเป็นห่วง และสนใจดูแลเป็นอย่างดี และสมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจและสนับสนุนเมื่อต้องการทำสิ่งต่าง ๆ ในยามว่าง เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สมาชิกในครอบครัวมักจะ

รับประทานอาหารพร้อมๆ หนึ่งคนเสมอ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนไป ทำให้วิถีชีวิตของคนในจังหวัดสมุทรสงครามเปลี่ยนตามไปด้วย ต้องออกไปรับจ้างทำงานในสถานประกอบการต่างจังหวัด เช่น จังหวัดสมุทรสาคร หรือเพชรบุรี ต้องออกจากบ้านแต่เช้าและกลับเข้าบ้านตอนมืด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม ภาพรวมอยู่ในระดับดี และทุกด้านมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีเช่นกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ รองลงมาคือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านการจัดการกับความเครียด ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจะได้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเป็นประจำทุกเดือน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสนุกสนานเพลิดเพลินจากกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ตลอดจนได้พบปะเพื่อนวัยเดียวกัน พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ส่งผลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย 6 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธรรธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม⁽⁶⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครปฐม ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม โดยภาพรวมอยู่ใน

ระดับดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้ที่มีความรู้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีการเข้าชมรมผู้สูงอายุจะได้รับความรู้ หรือได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ รวมทั้งได้รับสื่อ แผ่นพับ เอกสารด้านสุขภาพ ทำให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง และแสวงหาความรู้เพิ่ม โดยการติดตามข่าวสารจากสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่องด้วย

พฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การรับประทานผัก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ การไม่รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน หรืออาหารที่มีไขมัน เช่น แกงกะทิ หนั๋งหมู หนั๋งไก่ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีการรับประทานอาหารที่ถูกต้องโดยการรับประทานอาหารเช้า แต่ยังมีรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อบางโรคได้ เช่น โรคการอุดตันของหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การทำกิจกรรมยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คือ การออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยและหัวใจเต้นเร็ว ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการออกกำลังกายที่มีการยืดเหยียด เช่น ไม้พลองป่าบุญมี ซึ่งเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงครามนิยม เป็นการออกกำลังกายที่อาศัยการยืดเหยียดของกล้ามเนื้อข้อต่อต่างๆ แต่ไม่นิยมออกกำลังกายที่ทำให้เหนื่อยจนเกินไป ซึ่งอาจเกิดจากผู้สูงอายุยังไม่เข้าใจความหมายของการออกกำลังกายที่ดี จนมีเหงื่อออกนั้นจะรู้สึกเหนื่อยและหัวใจเต้นเร็ว

พฤติกรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ คนใกล้ชิดหรือญาติพี่น้อง ยังคงให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การไปเที่ยวพบปะกับเพื่อนฝูง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความสัมพันธ์ของคนที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันหรือญาติพี่น้อง จะมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน เมื่อมีความเดือดร้อนหรือต้องการความช่วยเหลือ จึงมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ แต่สำหรับเพื่อนฝูงของผู้สูงอายุที่อาจจะอยู่ในชุมชนเดียวกันหรือต่างชุมชน การไปเที่ยวหา พบปะจะมีน้อย อาจเนื่องมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมลงตามวัย ความไม่สะดวกในการเดินทาง หรืออาจมีโรคประจำตัว มีการเจ็บป่วย เป็นต้น พฤติกรรมด้านสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ใส่บาตร สวดมนต์ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความรู้สึกยึดติดกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความเชื่อว่า เมื่อทำกิจกรรมทางศาสนาแล้ว จะทำให้ชีวิตมีความสุข เกิดความร่มเย็นแก่ชีวิต ซึ่งเป็นการทำให้ผู้สูงอายุยอมรับสภาพของตนเอง และยอมรับความตายอย่างมีความสุข และเป็นกิจกรรมที่บุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุน ทั้งนี้ บุคคลในครอบครัวก็ควรดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุเลิกสนใจความรู้สึกยากลำบาก หรือความรู้สึกที่ไม่มีความสุขในอดีตที่ผ่านมา

พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีสติ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การไม่แสดงอารมณ์ฉุนเฉียวเมื่อไม่พอใจ

หงุดหงิด ไม่ได้ตั้งใจ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น บุคคลในครอบครัวให้การดูแลที่ดี ได้ทำกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญสวดมนต์ จะทำให้สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี ทำให้มีสุขภาพจิตดี

จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม คือการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งในชุมชน ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว ตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม คือ เพศ อายุ รายได้ และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผู้ศึกษาได้นำมาอภิปรายผล ดังนี้

เพศ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เข้าชมรมจะได้รับความรู้ในเรื่อง การดูแลสุขภาพของตนเอง และมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การปฏิบัติตน ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

อายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม สุขภาพเริ่มอ่อนแอ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดกับผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุทุกคน ดังนั้น ผู้สูงอายุทุกคนจึงต้องให้ความสนใจกับสุขภาพของตนเองเหมือนกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอังชน จึงสรุปพัฒนา ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุวัยท่ายในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังโดนด ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท่ายอยู่ในระดับไม่ดี คือ ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

การศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับชั้นพื้นฐาน คือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.60)

ความสามารถในการรับรู้ของผู้สูงอายุ จึงมีความใกล้เคียงกันทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังชน จึงสรุปพัฒนา ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุวัยท่ายในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังโดนด ที่พบว่าระดับการศึกษาต่างกัน พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.70) และผู้สูงอายุที่เข้าชมรมส่วนใหญ่ได้รับความรู้ที่ใหม่ๆ อยู่เสมอ และสามารถนำไปปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องไม่ว่าจะมีสถานภาพสมรสใด ดังนั้น จึงทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

รายได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีรายได้มากจะมีอำนาจในการซื้อสินค้าและบริการ เพื่อบำรุงสุขภาพของตนเองได้ และยังไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลและรับสิ่งที่เื้อต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญดาว กล้ารัตน์ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย พบว่า รายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ตำแหน่งในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีตำแหน่งในชุมชนต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่มีตำแหน่งในชุมชนจะรู้สึกว่าคุณค่า ได้รับเกียรติ และเป็นที่ยกย่องของผู้อื่น ทำให้มีความรู้สึกที่จะต้องสนใจ และเอาใจใส่ในสุขภาพด้านต่างๆ ของตนเอง

ให้มีสุขภาพที่ดี จึงทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีไปด้วย

ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชนต่างกัันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนนานจะมีโอกาสได้รู้จัก และคุ้นเคยกับคนในชุมชน ทำให้มีการออกมาพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ในการดูแลสุขภาพได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชนน้อยกว่า

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่างกัันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้นำชุมชนและสมาชิกองค์กรชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลานของผู้สูงอายุในชุมชน หากผู้สูงอายุจะดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ทั้งการจัดกิจกรรมวันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ การดำเนินการชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมประชุม ร่วมวางแผน ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุมากที่สุด อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าชุมชนที่มีส่วนร่วมน้อย

การสนับสนุนจากครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวต่างกัันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุด และมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุมากที่สุด บุคคลในครอบครัวซึ่งประกอบด้วย บุตรหลาน ญาติพี่น้อง จะคอยดูแล ช่วยเหลือ และสนับสนุนการดำเนินชีวิต และทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของอังศุมาลิน บัวแก้ว⁽⁷⁾ ศึกษาผลของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอคลอง จังหวัดแพร่ พบว่า มีระดับพฤติกรรม

สุขภาพเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สรุป

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสมุทรสงคราม มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่วยเหลือ รวมทั้งได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว เป็นอย่างดีมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ควรกระตุ้นการมีส่วนร่วม และความเข้มแข็งให้กับชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ช่วยสนับสนุน ยกย่องให้กำลังใจผู้นำชุมชนให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้มีตำแหน่งต่างๆ ในชุมชนผู้สูงอายุ อาจทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้น

2. ครอบครัวของผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกภาคส่วนควรให้การสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน และส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรู้ใหม่ๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นการฝึกสมอง โดยเฉพาะความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย อันได้แก่ เรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ เช่น การไม่รับประทานอาหารรสจัด การไม่รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน หรืออาหารที่มีไขมัน เช่น แกงกะทิ หนังหมู หนังไก่ เป็นต้น

3. ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชมรมผู้สูงอายุภายในอำเภอหรือภายในจังหวัดเพชรบุรี

4. หน่วยงานภาครัฐร่วมกับชุมชน ควรมีการจัดกิจกรรมในรูปแบบของครอบครัวสัมพันธ์ โดยให้บุตรหลานเข้ามาร่วมกิจกรรมกับผู้สูงอายุ

เพื่อให้บุคลากรเห็นความสำคัญและตระหนักในเรื่อง การดูแลสุขภาพ และเอาใจใส่ผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อให้ ผู้สูงอายุมีความสุข และลืมความทรงจำที่ไม่มีความสุข ในอดีตที่ผ่านมา

5. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดสวัสดิการทางสังคมให้แก่ ผู้สูงอายุให้มากขึ้น และจริงจัง เพื่อเสริมหรือชดเชยให้กรณีที่ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว เช่น สวัสดิการเรื่องรายได้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากขึ้น ตลอดจนจัดสถานที่และกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ ได้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

การศึกษาค้างนี้ ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลจากการเก็บ รวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัด สมุทรสงคราม โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งข้อมูลที่ได้รับ จะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนั้น ในการศึกษาค้างต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยวิธี Focus Group หรือ In-depth Interview ซึ่งจะทำให้ทราบถึงลักษณะของพฤติกรรมการสร้าง สุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งพฤติกรรมทางบวกและ ทางลบ ทำให้สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการดำเนินงานสาธารณสุขให้ได้ผลดี และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง :

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2556.
2. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
3. มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2552**. กรุงเทพมหานคร
4. สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดลปีที่ 16 มกราคม 2550
5. **ปิติ ทั้งไพศาล และคณะ**. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพชุมชนตำบลเขาไร่ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข1,3-4 (ต.ค.-ธ.ค. 2550), 2(ต.ค.-ธ.ค. 2550) : 489-496 , 0858-9437
6. ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม.งานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอมือง นครปฐม. นครปฐม : คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.2550
7. อังศุมาลิน บัวแก้ว.การดูแลสุขภาพด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอลอง จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.