



วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2554 - มีนาคม 2555 Vol.4 No.1 October 2011 - March 2012

- ✚ เฝ้าระวังสุขภาพตนเองด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี
- ✚ บทเรียนจากวิกฤตมหาอุทกภัย 2554
- ✚ โรคเอดส์และการป้องกันการขาดสารไอโอดีน
- ✚ หัวใจนักปั่นของชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6
- ✚ ระบบการอ้างอิงเอกสาร Vancouver style
- ✚ การพัฒนาระบบการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2553
- ✚ การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน จังหวัดขอนแก่น
- ✚ การตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ของผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลขอนแก่น
- ✚ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขสู่หมอมชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองมหาสารคาม
- ✚ ความรู้ในการเลือกบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี และไม่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง แทรกซ้อนที่มารับบริการ ในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู
- ✚ ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี กรณีศึกษา ศูนย์บริการทางการแพทย์ 2

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2554 - มีนาคม 2555



ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
 โทร.043-235902-5 โทรสาร 043-243416
www.anamai.moph.go.th/hpc6



วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION
CENTRE 6 KHONKAEN

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2554 – มีนาคม 2555

Vol.4 No.1 October 2011 – March 2012

ISSN : 1906-6724

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัย
สิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริม
สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสารและ
เป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์

นายแพทย์ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล

บรรณาธิการ

นางกรรณิกา ตั้งสกุล

กองบรรณาธิการ

นางพงศ์สุรางค์ เสนิงค์ ณ อยุธา นางอรพินท์ ภาคภูมิ นางกรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์
นางสาวกันยารัตน์ สมบัติธีระ นางอรุณลักษณ์ คงยัง นางสาวประพิณทิพย์ หมั่นน้อย

จัดพิมพ์และเผยแพร่

นางอิศรา เปรินทร์ นางสาวอภิญญา ทองสงคราม

ศิลปกรรมออกแบบ

นางสาวจันทร์ธรา สมตัว

สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น 195 ถนนศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทร.043-235-902-5 โทรสาร 043 - 243-416

[http:// www.anamai.moph.go.th/hpc](http://www.anamai.moph.go.th/hpc) 6

กำหนดออก

ปีละ 2 เล่ม

เมษายน - กันยายน, ตุลาคม - มีนาคม

จัดพิมพ์

หจก.ขอนแก่นการพิมพ์

64-66 ถ.รื่นรมย์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 โทร. 043-221938, 220128

ถ้อยแถลงผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น



วันที่ 12 มีนาคมของทุกปีเป็นวัน คล้ายวันสถาปนากกรมอนามัย ซึ่ง ปี 2555 นี้ ครบรอบ 60 ปี นับเป็นวันสำคัญวันหนึ่งสำหรับคนกรมอนามัยและบุคลากรสาธารณสุข ที่มุ่งมั่นดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี โดยวารสาร ศูนย์อนามัยที่ 6 ฉบับนี้ยังคงมีสาระสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย บทความและผลงานวิจัยฉบับนี้มีเนื้อหาที่มาจากหน่วยงานสาธารณสุขหลายจังหวัดที่สนใจและมองเห็นถึงประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนผลงานวิจัยอันจะนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่องของงานสาธารณสุข นอกจากนี้ศูนย์ฯ ยังมีผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยขอนแก่นร่วมเป็นที่ปรึกษางานวิจัยด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อเสริมความเข้มข้นของงานวิชาการให้ได้คุณภาพมากยิ่งขึ้น คาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 จะเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านทุกท่าน

ผมขอเป็นกำลังใจสำหรับทุกท่านที่ตั้งใจทำผลงานวิชาการ มุ่งสู่การปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ยินดีเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านองค์ความรู้ และประสบการณ์ของชาวสาธารณสุขทุกท่าน อย่างต่อเนื่องต่อไป

(นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์)

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทบรรณาธิการ



สวัสดีค่ะ วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 4 เล่มที่ 1 โดยมีประเด็นที่น่าสนใจคือ การถอดบทเรียน การช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย ซึ่งมีภาคีเครือข่ายหลายส่วนร่วมกันถอดบทเรียน เพื่อสร้างแนวทางการดำเนินงาน นอกจากนี้โรคเอดส์ยังเป็นปัญหาของเด็กไทยในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งแพทย์หญิงกิตติพร ได้ชี้ประเด็นในการป้องกันจากต้นเหตุคือ ภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างชัดเจน และบทความจากประธานชมรมจักรยานศูนย์อนามัยที่ 6 มีการนำเสนอประเด็นสุขภาพกับการลดภาวะโลกร้อนมาประสานกันได้อย่างลงตัว น่าจะสร้างแรงบันดาลใจให้เกิดการรวมกลุ่มทำสิ่งที่ดี กองบรรณาธิการ ต้องขอขอบคุณท่านผู้อ่าน แพทย์พยาบาล นักวิชาการ ที่ส่งผลงานมาเผยแพร่ ซึ่งเป็นผลงานวิจัยที่น่าสนใจหลายเรื่อง อาทิ ระบบการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขสู่หมอชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองมหาสารคาม ความรู้ในการเลือกบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีและไม่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงแทรกซ้อน ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน เป็นต้นที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการทำงานวิชาการและใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนต่อไป

ท้ายนี้ขอเชิญชวนผู้สนใจ หน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนทุกองค์กร ส่งผลงานวิชาการเผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ตามรายละเอียดที่แนบท้ายเล่มนี้

(นางกรรณิกา ตั้งสกุล)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทความทั่วไป

1. เฝ้าระวังสุขภาพตนเองด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี 1
 - ❖ นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์
2. บทเรียนจากวิกฤตมหาอุทกภัย 2554 3
 - ❖ เพ็ญนิดา ไชยสายัณห์
3. โรคเอดส์และการป้องกันการขาดสารไอโอดีน 8
 - ❖ แพทย์หญิงกิตติพร นาคเสน
4. หัวใจนักปั่นของชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 12
 - ❖ กาญจนา เหลืองอุบล
5. ระบบการอ้างอิงเอกสาร Vancouver style 16
 - ❖ กรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์

บทวิทยากร

1. การพัฒนาระบบการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2553 24
 - ❖ กาญจนา เหลืองอุบล
2. การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน จังหวัดขอนแก่น 35
 - ❖ กรรณิกา ตั้งสกุล
3. การตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ของผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น 54
 - ❖ นุชศรา ประจันตะเสน
4. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขสู่หม่อมชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองมหาสารคาม 63
 - ❖ นายศักรินทร์ ทองภูธรณ์

สารบัญ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2554 – มีนาคม 2555

	หน้า
5. ความรู้ในการเลือกบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มี และไม่มี ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงแทรกซ้อนที่มาใช้บริการ ในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาล สุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู ❖ ศุภลักษณ์ ฮามพิทักษ์	72
6. ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35 – 60 ปี กรณีศึกษา ศูนย์บริการทางการแพทย์ 2 ❖ ปลัดดา เพ็ญสุวรรณ	80
คำแนะนำ	90

เฝ้าระวังสุขภาพตนเองด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี

นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

ช่วงเดือนหนึ่งที่ผ่านมาระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน ศูนย์อนามัยที่ 6 ของเราได้มีการรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน 100% ตรวจสุขภาพประจำปี ความจริงแล้ว วิสัยทัศน์ของเราคาดหวังว่าเราจะเป็นองค์กรหลักในพื้นที่เขต 9 จังหวัด ในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้คนไทยในเขตพื้นที่รับผิดชอบมีสุขภาพดี มีพฤติกรรมสุขภาพดี ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง และสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ห่างไกลจากการป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เส้นเลือดในสมอง โรคไขข้อเสื่อม โรคมะเร็ง และอื่นๆ ศูนย์ฯ เราจึงมีวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมด้าน 3 อ.⁽¹⁾ ที่เข้มแข็ง 3 อ. นั้นได้แก่ 1) อ. อาหาร จะต้องรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ ลดอาหารหวานปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 2 ช้อนชาต่อมื้อ หรือ 24 กรัมต่อวัน บริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เพิ่มปริมาณผักและผลไม้ 2) อ. ออกกำลังกาย บุคลากรศูนย์ฯ ควรออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย วันละ 30 นาทีเป็นเวลา 3 วัน ในหนึ่งสัปดาห์ หรือออกแรงกาย 30- 50 นาที จำนวน 5 วันในหนึ่งสัปดาห์ 3) อ. อารมณ์ ทำจิตใจให้ผ่องใส มีสติ มองโลกในแง่บวก ทั้งนี้บุคลากรศูนย์ฯ ควรมีทักษะด้านสุขภาพที่จะดูแลตนเอง และเพื่อนๆ ได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้บุคลากรศูนย์ฯ จะต้องมีการตรวจสุขภาพตนเองเพื่อประเมินสุขภาพทุกปี ปรากฏว่า เหลือเวลาไม่ถึง 10 วัน ที่จะหมดช่วงของการรณรงค์ตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ มีเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ มาตรวจร่างกายไม่ถึงครึ่งหนึ่งของบุคลากรทั้งหมด ก็สะท้อนใจในบางอย่างว่าเจ้าหน้าที่เรายังไม่สนใจในการตรวจดูแลสุขภาพของตนเองนัก หรืออาจเป็นเพราะมีภารกิจสำคัญตลอดต่อเนื่องจนไม่มีเวลาที่จะมาตรวจสุขภาพ จะทำอย่างไรให้ทุกคนได้ตรวจสุขภาพในตัวเอง เรื่องนี้สะท้อนไปถึงเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเองทั้งหมดว่า ถึงแม้จะอยู่ในหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพประชาชนโดยตรง กลับไม่ค่อยได้มีเวลาหยุดเพื่อดูแลสุขภาพตนเองบ้าง จำเป็นต้องกระตุ้นกันอย่างต่อเนื่อง และจริงจัง ไม่ใช่เฉพาะคนภายนอกและประชาชนทั่วไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ไม่ต่างจากผู้อื่น ที่ต้องสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพด้วยการตรวจสุขภาพประจำปีและมีพฤติกรรมด้าน 3 อ. หลังจากได้รับข้อมูลก็ให้หน่วยงานประชาสัมพันธ์ได้แจ้งให้ทุกๆ คนได้รับทราบ วันสุดท้ายของการตรวจสุขภาพ ซึ่งได้ผลเป็นที่น่าพอใจระดับหนึ่ง วันนั้นเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ มารับการตรวจเพิ่มขึ้น ข้อมูลที่เข้ารับการตรวจอยู่ในอัตราสูงเป็นที่น่าพอใจ คิดว่าเป็นประเด็นสำคัญหนึ่งว่าจะทำอย่างไรที่จะให้ทุกคนในศูนย์ฯ ได้รับการตรวจสุขภาพทุกปีอย่างถ้วนหน้า เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพตนเองอย่างเท่าทัน และยอมรับที่จะแก้ไข ปรับปรุง เมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมาก็มีข่าวนักฟุตบอลต่างประเทศ อายุยังไม่ถึง 30 ปี เล่นฟุตบอลล้มลงกลางสนามและเสียชีวิต ซึ่งฟังข่าวแล้วน่ากลัว เพราะนักฟุตบอลมีอาชีพระดับนี้ร่างกายต้อง

แข็งแรงมาก อาจเพราะเขาไม่รู้ว่าพื้นฐานสุขภาพของตนเองบางอย่างไม่ดีพอ จึงไม่ได้ระวังมาก ทำให้เกิดเหตุการณ์เช่นนี้ ซึ่งความจริงก็ไม่ใช่อะไรร้ายแรง เราจะได้ข่าวลักษณะเช่นนี้ทุกปี

ดังนั้น สุขภาพส่วนบุคคล ไม่ว่าจะเป็นประชาชน หรือแม้กระทั่งเจ้าหน้าที่ของเราเองที่ทำงานด้านนี้อยู่แล้ว เป็นสิ่งที่น่าเป็นห่วงและควรให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก ตนเองเมื่อตรวจสุขภาพเสร็จประมาณ 1 อาทิตย์ อาจารย์นายแพทย์ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ได้โทรมาหาผมว่า พร้อมจะฟังผลและคำอธิบายผลของการตรวจสุขภาพมั๊ย ผมก็บอกว่าได้เลย ท่านก็มาหาผมภายใน 15 นาที ช่วงที่รอฟังผล เป็นระยะเวลา 15 นาทีที่ผมสับสน กลัว และกังวลมาก บอกได้ว่าลุ้นปีต่อปี เพราะห่วงว่าจะเป็นโรคอะไรหรือไม่ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของผลการตรวจเลือดบางตัวค่าที่ได้เกือบจะใกล้วินิจฉัยว่าเป็นโรคแล้ว มันกำลังเปลี่ยนแปลงจากความเสี่ยงไปสู่โรค ปีนี้ค่าจะเกินจนป่วยเป็นโรคไหมหนอ ผมได้แต่ภาวนา และเมื่อท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลมาอธิบายผลเลือดให้ฟัง ผมโล่งใจที่ค่าต่างๆ ยังอยู่ในระดับปกติ ยังไม่เป็นโรค แต่ค่าของผลเลือด 2-3 ตัว เปลี่ยนแปลงไปในทางที่สูงขึ้น อนาคตต้องลุ้นกันอีกที อาจารย์ผู้อำนวยการฯ แนะนำผมในการปฏิบัติตัวหลายประการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและข้อห้ามต่างๆ เพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นโรค ผมควรต้องจริงจังกับการปรับพฤติกรรมตนเองอย่างน้อย คือ หลัก 3 อ. ให้มีความเข้มข้นขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงต่างๆ ที่เกิดขึ้น จากการตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ผมรู้ตัวเองว่าจะทำอะไรในอนาคตเพื่อจะมีสุขภาพดี ห่างไกลโรค และกล้าที่จะท้าทายให้มีอายุยืนได้ จึงขอเชิญชวนทุกคนให้ดูแลสุขภาพของตนเอง ก้าวแรกและก้าวสำคัญ คือ การตรวจเช็คสุขภาพอย่างน้อยก็ปีละครั้ง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของเราให้มีสุขภาพที่ดีในอนาคตครับ

เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายคนไทยไร้พุง. **ปฏิบัติการฝ่าวิกฤต พิชิตอ้วน พิชิตพุง**. กรุงเทพฯ: บริษัทสุขุมวิทมีเดีย มาร์เก็ตติ้ง จำกัด, 2550

บทเรียน จากวิกฤตมหาอุทกภัย 2554



นางเพ็ญนิดา ไชยสายัณห์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น กรมอนามัย

ความเป็นมา

จากที่ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากมหาอุทกภัย ปี พ.ศ.2554 ภัยธรรมชาติได้นำพาลมมรสุมพัดผ่านประเทศไทยหลายระลอก เริ่มจากเดือนกรกฎาคม ต่อเนื่องถึงเดือนธันวาคม 2554 ทำให้ฝนตกอย่างต่อเนื่องและปริมาณน้ำมาก ส่งผลให้น้ำท่วมเมืองเชียงใหม่ น้ำเหนือไหลบ่าตามลำน้ำปิง วัง ยม น่าน รวมกันลงสู่แม่น้ำเจ้าพระยาที่นครสวรรค์ แต่ปริมาณน้ำมากเกินกว่าที่แม่น้ำเจ้าพระยาและแม่น้ำสายต่างๆ จะรับได้ ส่งผลให้น้ำล้นฝั่งไหลบ่าท่วมบ้านเรือนประชาชนทั้งในเขตเศรษฐกิจและพื้นที่เกษตร ในเมืองนครสวรรค์ ชัยนาท อ่างทอง สิงห์บุรี ลพบุรี สระบุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี นนทบุรี และกรุงเทพฯ

ในช่วงเวลาเดียวกัน จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ก็ประสบปัญหาอุทกภัยเช่นกัน ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และหนองบัวลำภู อันเนื่องมาจากลมมรสุมพัดผ่านทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้ฝนตกต่อเนื่องร่วมกับการปล่อยน้ำจากเขื่อนขนาดใหญ่เพื่อรองรับน้ำเหนือที่ไหลหลาก ส่งผลให้แม่น้ำชี แม่น้ำพอง แม่น้ำมูลล้นฝั่ง น้ำท่วมขังในพื้นที่เกษตรและในชุมชนเป็นเวลานานแรมเดือน จนต้องจัดตั้งศูนย์อพยพสำหรับผู้ประสบอุทกภัยในทุกจังหวัดที่กล่าวมา

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น พร้อมให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบ กรมอนามัยโดยศูนย์ประสานงานผู้ประสบปัญหาอุทกภัย (ศปภ.) ได้ประสานเพื่อดำเนินการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและรายงานสถานการณ์ให้ War Room ของกรมอนามัยรับทราบเป็นรายวัน เมื่อมีหลายจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยประสบอุทกภัยมากขึ้น ชมรมศูนย์อนามัยโดยนพ.สุเทพ เพชรมาก ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 เลขานุการชมรมฯ ได้ประสานระดมความช่วยเหลือจากศูนย์ฯ ที่ไม่ถูกน้ำท่วม เพื่อนำความช่วยเหลือและสิ่งสนับสนุนไปยังจังหวัดในพื้นที่ศูนย์อนามัยที่ 8, 2, 1 ตามลำดับ ด้วยจิตวิญญาณความเป็นคนของกรมอนามัย พวกเราชาวศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น จัดทีม SRT และพร้อมลงพื้นที่ในนามกรมอนามัย แม้เราจะไม่เคยมีประสบการณ์การจัดการในพื้นที่น้ำท่วม และไม่คุ้นเคยกับสภาพพื้นที่ แต่ทีมงานทุกคนมีใจเต็มร้อย ในขณะเดียวกันเรายังคงจัดทีมลงพื้นที่น้ำท่วมในจังหวัดที่รับผิดชอบด้วย ปฏิบัติการในครั้งนี้นับเป็นโอกาสดีของพวกเราชาวกรมอนามัยที่จะเรียนรู้รูปแบบ/วิธีการจัดการส่งเสริมสุขภาพที่ดี วิธีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมภายใต้สภาวะน้ำท่วม ประสบการณ์ในครั้งนี้นับเป็นบทเรียนบทใหม่ที่พวกเราชาวกรมอนามัยได้เรียนรู้เพื่อวางแผนเตรียมความพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

การดำเนินงานช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย

ศูนย์อนามัยที่ 6 ได้ให้ความช่วยเหลือจังหวัดทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์ฯ ที่ประสบอุทกภัย ในนามทีมงานของกรมอนามัย ซึ่งได้ถอดบทเรียนกระบวนการบริหารจัดการ จำแนกเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 การบริหารจัดการ

1.1.1 ทีมอำนวยการ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 โดย นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์ และนายแพทย์ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์ รองผู้อำนวยการศูนย์ฯ ได้วางนโยบายการให้ความช่วยเหลือจังหวัดที่ประสบอุทกภัยตามที่ได้รับภารกิจขอในบทบาทของกรมอนามัย มอบหมายหัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม (พว.)

นางตำแหน่ง สีนสวาท เป็นผู้จัดการประสานทีมงานจากทุกกลุ่ม/ฝ่าย โดยสั่งการทางวาจา และอนุมัติการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษร วางแผนการดำเนินงานและควบคุมกำกับการทำงานให้เป็นไปตามแผน และให้การสนับสนุนบุคลากร งบประมาณ และอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

1.1.2 ทีมปฏิบัติการพิเศษ SRT (Special Response Team) ทีม SRT ประกอบด้วย นักวิชาการจากกลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม 1 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานหลักของทีม นักวิชาการจากกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และพนักงานขับรถยนต์ 1 คน จัดไว้ 5 ทีมๆ ละ 3-4 คน ปฏิบัติงานทีมละ 6-9 วัน สลับกันลงพื้นที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างต่อเนื่อง ทีม SRT มีการประชุมหารือร่วมกัน ทุก 1-5 วันตามความเร่งด่วนของงาน และประสานข้อมูลทางโทรศัพท์เป็นส่วนใหญ่ เพื่อปรับแผนการปฏิบัติงานในพื้นที่ให้เหมาะสมและทันเวลา

ทีม SRT ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ทีมงานทุกคนได้เตรียมความพร้อมด้านวิชาการก่อนลงพื้นที่ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม มีการให้คำแนะนำแก่ประชาชนในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง จัดเตรียมเอกสารเผยแพร่ ร่วมจัดนิทรรศการงานรณรงค์ ตรวจเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ เก็บข้อมูลการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาวะน้ำท่วม พร้อมทำหน้าที่จัดส่งสิ่งสนับสนุนตามแผนและตามการร้องขอ

ทีม SRT ทำหน้าที่เป็นศูนย์ข้อมูล กลุ่ม พว. แต่งตั้งนักวิชาการทำหน้าที่เป็นผู้ประสานเขต (ประสานกรมอนามัย) ผู้ประสานจังหวัด เพื่อประสานงานข้อมูลน้ำท่วมในภาพรวม เช่น การขอรับสิ่งสนับสนุนจากส่วนกลาง การจัดส่งสิ่งสนับสนุนให้พื้นที่ ข้อมูลความเสียหายของพื้นที่ทุกจังหวัดเป็นรายวัน ความต้องการสนับสนุนของพื้นที่ การประสานการให้ความช่วยเหลืออื่นๆ ส่งรายงานสถานการณ์น้ำท่วมต่อ ศปภ.ทุกวันทาง e-mail รายงานต่อ ศปภ.ทุก 1-3 วัน ตามแบบรายงานการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลอาหารและน้ำ S1-S7 ในศูนย์อภัยพย สถานที่ หรือพื้นที่ชุมชนที่ประสบอุทกภัย รวมทั้งเตรียมข้อมูลผลการปฏิบัติงาน นำเสนอผู้บริหาร และเสนอในเวทีประชุมกรมอนามัย



1.1.3 ทีมสนับสนุน กลุ่มอำนวยการได้รับมอบหมายดำเนินการสนับสนุนทีม SRT ประเด็นสำคัญที่ต้องดำเนินการคือ การสำรวจวัสดุอุปกรณ์และเคมีภัณฑ์ที่มีอยู่ เพื่อพร้อมให้การสนับสนุนและจัดหาวัสดุอุปกรณ์ - เคมีภัณฑ์ให้เพียงพอตามที่ทีม SRT ขอเบิก จัดหาพาหนะพร้อมพนักงานขับรถยนต์ให้เหมาะสม รถยนต์ต้องสูงพอที่จะใช้ในการกักน้ำและใช้บรรทุกสิ่งของช่วยเหลือ จัดเตรียมสิ่งสนับสนุนให้พร้อมเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานของทีม SRT กลุ่ม พว. แต่งตั้งผู้ประสานกลางทำหน้าที่สำรวจจำนวนวัสดุ ประสานทั้งกับส่วนกลาง และกลุ่มอำนวยการ เพื่อเบิก-จ่ายให้ทีม SRT

2. ขั้นตอนการ

2.1 การเตรียมข้อมูลข่าวสาร เมื่อได้รับมอบหมายให้เข้าปฏิบัติงานในพื้นที่ ทีม SRT ได้เตรียมข้อมูลวิชาการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมเอกสาร-โปสเตอร์ วิธีปฏิบัติตัวของประชาชนในภาวะน้ำท่วม และข้อมูลที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1.1 ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทีม SRT ได้เตรียมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตรวจเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ สุขาภิบาลทั่วไป และอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอย การคัดแยกขยะ การจัดการสิ่งปฏิกูล การจัดการน้ำเสีย การจัดการสุขาภิบาลทั่วไป การปรับปรุงคุณภาพน้ำ การตรวจเฝ้าระวังสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ซึ่งดำเนินการในรูปแบบ สอน-สาธิตเป็นกลุ่มก่อนแจกสิ่งของสนับสนุน การสอน-สาธิตแนะนำประชาชนให้คำแนะนำรายบุคคล พร้อมทั้งจัดนิทรรศการให้ประชาชน

2.1.2 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทีม SRT สำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อวางแผนให้ความรู้และแนะนำการดูแลตนเอง ในกลุ่มแม่และเด็ก มีการจัดมมนมแม่ อาหารเด็กอ่อน กลุ่มผู้สูงอายุ จัดบริหารกายคลายเครียด มีมุมสุขภาพในจุดพักพิง แนะนำ อสม./จิตอาสาช่วยดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมภายในจุดพักพิง จัดหาสื่อ-เอกสาร โปสเตอร์ ที่สามารถนำเสนอในศูนย์อพยพได้

2.1.3 ประสานข้อมูล ในเรื่องสถานการณ์น้ำท่วม ของพื้นที่เป้าหมาย ข้อมูลเส้นทางคมนาคม และการเดินทางไปยังพื้นที่เป้าหมายที่เป็นข้อมูลล่าสุด เป็นรายวัน หรือชั่วโมงต่อชั่วโมง ข้อมูลสถานที่พัก ร้านอาหาร เบอร์โทรศัพท์ และการติดต่อสื่อสารกับภาคีเครือข่าย

2.2 การเตรียมสิ่งสนับสนุน เตรียมวัสดุอุปกรณ์ - เคมีภัณฑ์ที่ใช้สอน - สาธิต รมรงค์ และเตรียมสิ่งของวัสดุเคมีภัณฑ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่จะมอบให้แก่ผู้ประสบอุทกภัยภัย รวมทั้งเอกสารเผยแพร่ คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในภาวะน้ำท่วม โดยเบิกจากส่วนกลางและศูนย์ฯได้จัดหาเพิ่มเติม

2.3 การประชาสัมพันธ์ ทีม SRT มีการจัดเตรียมป้ายไว้นิลประชาสัมพันธ์ติดข้างรถยนต์ 2 ข้าง ซ้าย-ขวา หรือ ด้านหน้า-หลังรถยนต์ เพื่อประชาสัมพันธ์ในการลงเยี่ยมพื้นที่ทุกครั้ง และในบางพื้นที่มีการใช้เครื่องเสียงประกาศประชาสัมพันธ์ให้ทราบว่าเป็นหน่วยบริการของศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น มาเยี่ยมและมอบสิ่งสนับสนุน

2.4 การปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย ในระยณะน้ำท่วม ทีม SRT รับคำสั่งปฏิบัติการ ทีมละ 3-4 คน ประสานกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือ



ศูนย์อนามัยที่รับผิดชอบพื้นที่เป้าหมายนั้น เพื่อรับทราบพื้นที่/พิกัดที่ได้รับมอบหมาย ระยะทาง ความรุนแรงของปัญหา ความต้องการการสนับสนุนของพื้นที่ เพื่อวางแผนการเดินทาง เตรียมพร้อมด้านร่างกาย เครื่องนอนส่วนตัว เครื่องอาบน้ำ ถ้วยชามแก้วน้ำส่วนตัว เครื่องครัวอย่างง่าย และอาหารแห้ง เพื่อเตรียมความพร้อมและความสะดวกหากไม่มีร้านอาหาร คู่มือการปฏิบัติงานภาคสนามตามความต้องการส่วนบุคคล อุปกรณ์การสื่อสาร การจดบันทึก คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก แอร์การ์ด โทรศัพท์มือถือ กล้องถ่ายรูป

การปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย ณ จุดพักพิง หรือจุดอพยพ การลงพื้นที่ ณ ศูนย์อพยพ โรงเรียนกีฬา จ.ขอนแก่น ทีมงานได้ประสานกับหน่วยงานเจ้าของพื้นที่ ชี้แจงแนวทางการให้บริการของศูนย์อนามัยที่ 6 ตรวจสอบสุขภาพทุกกลุ่มวัย ให้ยา ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ บริหารร่างกายคลายความเมื่อยล้า-คลายเครียด แนะนำการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และตรวจเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคระบบทางเดินอาหารที่อาจเกิดจากอาหารที่ได้รับแจก และจุดน้ำดื่มรวม ให้คำแนะนำด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทั่วไป สิ่งแวดล้อมครัวเรือนในการจัดการบริเวณที่พักอาศัย การจัดการขยะ ของเสีย-สิ่งปฏิกูล ห้องสุขา-ห้องน้ำ ที่ทิ้งขยะ ที่ล้างจาน ตรวจสอบคุณภาพน้ำดื่ม-น้ำใช้ แนะนำใช้ปูนขาว-คลอรีน แนะนำการบำบัดคุณภาพน้ำใช้

การปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมายในระยะน้ำลด ทีม SRT ได้ลงให้คำแนะนำด้านการจัดการขยะมูลฝอย และสิ่งปฏิกูล การจัดการน้ำเน่าเสีย การใช้จุลินทรีย์ประสิทธิภาพ ร่วมกับหน่วยงานราชการ/ท้องถิ่น/ชุมชน รมรงค์สาธิตการล้างตลาด เพราะตลาดเป็นแหล่งกระจายอาหาร แนะนำการรื้อ เก็บ ล้าง อาคารบ้านเรือน การล้างมือ การล้างพืช ผัก ผลไม้ การใช้คลอรีนในการล้างประเภทต่างๆ มีการตรวจเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ การทำความสะอาดอาคาร บ้านเรือน ตรวจสอบความปลอดภัย

3. ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไข

3.1 ระหว่างปฏิบัติงานในพื้นที่ การประสานงานค่อนข้างไม่สะดวก แต่จำเป็นต้องประสานเพื่อทราบข้อมูลที่เป็นปัจจุบันของพื้นที่ที่จะเข้าไปให้ความช่วยเหลือ เส้นทางคมนาคมที่จะเข้าถึงพื้นที่ เพื่อหลีกเลี่ยงเส้นทางน้ำท่วม และควรจัดหาสถานที่พัก –อาหาร โดยไม่รบกวนหน่วยงานในพื้นที่ที่ประสบปัญหา ถ้ามีศูนย์ประสานข้อมูล หรือพร้อมให้ข้อมูลข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้อง จะคล่องตัวและมีความพร้อมมากขึ้น

3.2 ณ จุดพักพิง หรือศูนย์อพยพทุกแห่งที่มีชาย-หญิงเข้าพัก ควรมีการแนะนำความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัว พร้อมทั้งบริการถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด ตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และพื้นที่สำหรับเด็กอ่อน เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ยังไม่พร้อม

3.3 ความปลอดภัยของทีมงาน ในพื้นที่ที่น้ำท่วมสูง เมื่อเข้าพื้นที่แล้ว บางแห่งต้องลงเรือเข้าไปในพื้นที่น้ำท่วมสูง เสี่ยงอันตราย จึงควรมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมในการลงเรือ

3.4 ความพร้อมการจัดเตรียมสื่อเผยแพร่ที่น่าสนใจ เพื่อแนะนำประชาชนในภาวะน้ำท่วมในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมสุขภาพ ที่ตรงกับปัญหาจริง และสามารถนำไปใช้ได้จริง



3.6 รถยนต์ที่ใช้ในพื้นที่น้ำท่วมต้องเหมาะสมพร้อมใช้งาน ควรเป็นรถยนต์ยกสูง ขับเคลื่อนสี่ล้อบรรทุกของได้จำนวนมาก ปิดล็อคได้ เครื่องยนต์สภาพดี

4. ปัจจัยความสำเร็จ

4.1 ผู้บริหารมอบเป็นนโยบายชัดเจนให้การสนับสนุน และให้กำลังใจโดยลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมการทำงานของทีมงาน สอบถามปัญหาในการทำงาน และพร้อมให้ความช่วยเหลือ

4.2 การจัดทีมงานสหสาขาวิชาชีพ มีนักวิชาการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ร่วมกับนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ และพยาบาล ทีมงานมีความมุ่งมั่น เสียสละ ยินดีพร้อมช่วยเหลือ และจัดทำรายงานบอกเล่าประสบการณ์และกิจกรรม เพื่อให้ทีมงานต่อไปได้เรียนรู้ และเตรียมความพร้อมในการลงพื้นที่

4.3 การสนับสนุนงบประมาณจากราชการ จัดหาวัสดุอุปกรณ์เคมีภัณฑ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เพียงพอต่อการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง และจัดหาเพิ่มเติมจากศูนย์ฯ

5. สิ่งที่ได้เรียนรู้

5.1 ได้บทเรียนการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาวะเกิดอุทกภัย

5.2 การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน การบูรณาการกิจกรรม บุคลากร ทรัพยากร และสิ่งสนับสนุน ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพในสภาวะการณ์ที่มีข้อจำกัด

5.3 เป้าหมายการทำงาน ถ้ามีเป้าหมายเดียวกันถึงแม้จะเป็นทีมต่างพื้นที่ก็สามารถนำไปสู่ความสำเร็จได้

6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6.1 ควรจัดอบรมเตรียมความพร้อมของบุคลากรของศูนย์ฯ และจังหวัด ให้มีความรู้ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เมื่อมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือในพื้นที่ประสบภัย

6.2 ควรมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัยระหว่างจังหวัดที่ประสบอุทกภัย เพื่อเรียนรู้และพัฒนาระบบการจัดการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม

6.3 ควรเตรียมสิ่งสนับสนุน วัสดุ เคมีภัณฑ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต้องพร้อมเสมอ

6.4 สร้างระบบรายงาน ข้อมูลมีคุณภาพถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นปัจจุบัน

ผู้ถอดบทเรียน

นางเพ็ญนิดา ไชยสายัณห์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และทีมปฏิบัติการพิเศษ SRT (Special Response Team) ผู้ให้ข้อมูล

ขอขอบคุณ

นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 นายแพทย์ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์ คณะกรรมการบริหารศูนย์อนามัยที่ 6 ทีมงาน SRT ผู้ปฏิบัติงานทุกพื้นที่ทุกท่าน พนักงานขับรถยนต์ทุกท่าน ผู้อยู่เบื้องหลังการทำงานทุกท่าน รวมทั้งทุกท่านที่ส่งกำลังใจ ด้วยความขอบคุณยิ่ง



โรคเอ๋และการป้องกันการขาดสารไอโอดีน

นางกิตติพร นาคเสน

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ว.กุมารเวชศาสตร์)

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

โรคเอ๋คือโรคที่เกิดจากภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน ไอโอดีนเป็นสารสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างฮอร์โมนของต่อมธัยรอยด์ หรือที่เรียกว่า ธัยรอยด์ฮอร์โมนซึ่งธัยรอยด์ฮอร์โมนนี้จะเข้าสู่กระแสเลือดทำหน้าที่ควบคุมอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้ดำเนินไปตามปกติ และกระตุ้นให้เกิดการเจริญเติบโตทั้งร่างกายและพัฒนาการ โดยเฉพาะระบบสมอง และประสาท ทั้งยังมีผลต่อการสร้างโปรตีนและกล้ามเนื้อ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงและเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตและไขมัน เพราะฉะนั้นหากร่างกายของเราได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอ จะส่งผลทำให้การสร้างธัยรอยด์ฮอร์โมนในร่างกายเกิดปัญหา เกิดการเสียสมดุลในการควบคุมการทำงานของต่อมธัยรอยด์ มีผลต่อสติปัญญาของเด็ก

สาเหตุและอาการของโรคเอ๋

สาเหตุส่วนหนึ่งที่พบในประเทศไทย คือการที่ร่างกายของแม่มีภาวะขาดสารไอโอดีนระหว่างตั้งครรภ์ เด็กที่คลอดออกมาจะมีภาวะธัยรอยด์ฮอร์โมนต่ำตั้งแต่แรกเกิด ยิ่งแม่มีภาวะขาดไอโอดีนขั้นรุนแรงอาจทำให้ลูกเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หรือพิการแต่กำเนิดได้ แม่ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ขาดสารอาหารไอโอดีนทั้งในอาหารและน้ำดื่ม เช่น อาศัยอยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร หรือบางจังหวัดในภาคอีสาน และภาคเหนือจะพบว่ามีปัญหาโรคนี้กันมาก และสาเหตุของโรคเอ๋อีกอย่างคือ การสร้างธัยรอยด์ฮอร์โมนผิดปกติในตัวเด็กเอง โดยทารกแรกเกิด เกิดมาพร้อมกับความผิดปกติของการสร้างธัยรอยด์ฮอร์โมน เช่นเกิดมาโดยไม่มีต่อมธัยรอยด์ หรือถ้ามีก็อยู่ผิดที่ และไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ ทารกที่คลอดออกมานั้นในระยะแรกจะไม่สามารถดูออกว่ามีปัญหานี้ เนื่องจากตอนที่ทารกอยู่ในครรภ์ จะได้รับธัยรอยด์ฮอร์โมนจากแม่มาช่วยในการเจริญเติบโต แต่หลังคลอดเพียงไม่กี่สัปดาห์ภาวะขาดธัยรอยด์ฮอร์โมนก็จะปรากฏขึ้น อาการของทารกเชื่องซึม เอาแต่นอน ไม่ค่อยกิน ท้องผูก ท้องอืด สะดือจุ่น มีภาวะตัวเหลืองหลังคลอดนานกว่าปกติ ไม่ค่อยร้องกวน พ่อแม่คิดว่าเป็นเด็กเลี้ยงง่าย และอาจจะร้องเสียงแหบ ลิ้นใหญ่จุกปาก ผิวแห้ง เติบโตช้า พัฒนาการช้ากว่าเกณฑ์อายุในทุกๆ ด้าน นอกจากนี้สาเหตุของโรคเอ๋ยังอาจเกิดจากการขาดธัยรอยด์ฮอร์โมนภายหลัง เช่น มีการติดเชื้อของต่อมธัยรอยด์ หรือการที่เด็กได้รับยาบางชนิดที่รบกวนต่อการทำงานของต่อมธัยรอยด์ ทำให้มีการสร้างฮอร์โมนน้อยลง จนทำให้เกิดโรคเอ๋ได้ โดยทารกกลุ่มนี้ช่วงแรกเกิดจะดูปกติ มีการเจริญเติบโตสมวัย แต่เมื่อเข้าสู่ภาวะขาดธัยรอยด์ฮอร์โมนก็จะมีอาการเจริญเติบโตค่อยๆ ช้าลง และเริ่มมีอาการของโรคเอ๋ตัวเตี้ย มีอาการเฉื่อยชา การเจริญเติบโตของกระดูกช้ากว่าปกติ

การตรวจคัดกรองโรคเอื้อ

อุบัติการณ์ของการเกิดโรคเอื้อ จากสถาบันต่างๆ ในประเทศไทยอยู่ระหว่าง 1: 2900 – 1: 4100 การคัดกรองทำกันมาทั่วโลก มีระยะเวลายาวนาน ในส่วนของประเทศไทยเริ่มทำการคัดกรองมาตั้งแต่ปี 2535 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน การคัดกรองนี้เป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัยเบื้องต้น เพราะสามารถทราบผลได้เร็ว ประหยัดค่าใช้จ่าย เด็กแรกเกิดทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคเอื้อเมื่ออายุ 2 -7 วัน หลังคลอด โดยเจาะเลือดหยดลงในกระดาษซับ จำนวน 6 หยด ทิ้งไว้ให้แห้ง จากนั้นส่งผลเลือดไปตรวจที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ รอฟังผลประมาณ 1 สัปดาห์ ก็จะทราบผลการตรวจ ในกรณีที่พบว่าค่าฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ TSH (Thyroid stimulating Hormone) เกิน 25 มิลลิยูนิตต่อลิตร แสดงว่าทารกมีแนวโน้มสูงที่จะเป็นโรคเอื้อ ทางโรงพยาบาลที่คัดกรองจะโทรศัพท์หรือจดหมายมาที่บ้านเพื่อติดตามมาซักประวัติ สอบถามอาการผิดปกติ ตรวจร่างกาย และเจาะเลือดตรวจยืนยันการวินิจฉัย ผลการตรวจคัดกรองโรคเอื้อ ที่ศูนย์อนามัยที่ 6 ในช่วง ตุลาคม 2553 ถึง กันยายน 2554 ทารกได้รับการคัดกรองทั้งหมด 1,631 คน พบว่าค่า TSH มากกว่า 25 มิลลิยูนิตต่อลิตร จำนวน 8 คน ทารกทั้ง 8 คน ได้รับการติดตามมาตรวจวินิจฉัย ตามขั้นตอนของศูนย์อนามัยที่ 6

การรักษา

ในกรณีที่ผลการคัดกรองทารกแรกเกิดมีระดับ TSH มากกว่า 25 มิลลิยูนิตต่อลิตรจะได้รับการรักษาโดยทันที พร้อมเจาะเลือดส่งตรวจยืนยัน เมื่อผลตรวจยืนยันว่ามีภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนให้รักษาต่อ หากผลตรวจยืนยันพบว่าระดับธัยรอยด์ฮอร์โมนปกติให้หยุดยา สำหรับทารกแรกเกิดที่มี TSH มากกว่า 11.2 มิลลิยูนิตต่อลิตร แต่ไม่ถึง 25 มิลลิยูนิตต่อลิตร ควรติดตามให้การดูแลรักษาตามคำแนะนำของแพทย์ ผลการตรวจระดับ TSH ในทารกแรกเกิดในปี 2551, 2552 โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พบว่าทารกแรกเกิดมีค่า TSH มากกว่า 11.2 มิลลิยูนิตต่อลิตร สูงถึงร้อยละ 15.2, 13.3 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดคือ น้อยกว่าร้อยละ 3

การรักษาตั้งแต่แรกเกิด - 1 เดือน ผลการรักษาจะดี เด็กจะเติบโตเป็นปกติเหมือนเด็กทั่วไป แต่ถ้ารักษาในช่วง 1-3 เดือน เด็กจะสามารถหายเป็นปกติได้แต่ไอคิวไม่สามารถรักษาหรือเรียกคืนในส่วนที่เสียไปได้ และถ้าหลังจาก 3 เดือนแล้ว โอกาสที่เด็กจะปัญญาอ่อนหรือมีความพิการทางประสาทสูงถึง 80 เปอร์เซ็นต์ แพทย์จะรักษาโดยการให้ยา แอลไทรอ็อกซิน ซึ่งจะเข้าไปทดแทนธัยรอยด์ฮอร์โมนที่ร่างกายสร้างเองไม่ได้ จากนั้นแพทย์จะนัดมาตรวจเป็นระยะ เพื่อปรับขนาดยาและติดตามอาการของโรค เมื่ออายุประมาณ 2 ขวบครึ่ง แพทย์จะลองให้หยุดยา 1 เดือน แล้วดูว่าร่างกายสามารถสร้างธัยรอยด์ฮอร์โมนได้เองหรือไม่ ถ้าได้ก็จะค่อยๆ ลดและหยุดยาลง แต่ถ้าไม่ได้หรือไม่มีต่อมธัยรอยด์ก็ต้องกินยาไปตลอดชีวิต ซึ่งผู้ปกครองควรติดตามดูแลการเจริญเติบโตของร่างกายโดยเฉพาะน้ำหนักส่วนสูง เส้นรอบศีรษะของเด็ก รวมไปถึงพัฒนาการ นอกจากนี้ถ้าผู้ปกครองใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเป็นคู่มือในการคัดกรองสุขภาพเด็กจะช่วยแพทย์ทำงานได้สะดวกขึ้น และพ่อแม่ได้มีส่วนร่วมในการติดตามพัฒนาการด้วย

การป้องกัน

การป้องกันนอกจากจะทำให้มีการคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน ในทารกแรกเกิดแล้ว การป้องกันโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในเวลานี้คือ การแก้ที่ต้นเหตุ จากการสำรวจภาวะไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้วิธีการวัดปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะในหญิงตั้งครรภ์ ปี 2553 ตรวจโดยศูนย์อนามัยที่ 6 ในจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ อุดรธานี หนองคาย เลย หนองบัวลำภู พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะขาดสารไอโอดีน โดยมีความเข้มข้นไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ไม่ถึง 150 ไมโครกรัมต่อลิตร (หญิงตั้งครรภ์ปกติมีค่า 150 ซึ่งเป้าหมายคือ 150 ไมโครกรัมต่อลิตรขึ้นไป) และมากกว่าร้อยละ 50 ในทุกจังหวัด (ค่าเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 50) รายละเอียดดังตาราง

ตารางแสดง ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์

ปริมาณไอโอดีน (ไมโครกรัม/ลิตร)	ขอนแก่น	มหา สารคาม	ร้อยเอ็ด	กาฬสินธุ์	อุดรธานี	หนองคาย	เลย	หนองบัว ลำภู
Median	92.5	137.6	146.7	107.7	115.6	66.6	127.8	109.2
Min	10.0	98.0	12.6	8.6	9.5	10.0	10.5	10.5
Max	1101.0	1314.0	1193.0	1330.0	1205.0	1273.0	1105.0	1238.0
< 150 (ขาด)	63.8	52.6	53.0	67.9	60.6	78.2	58.5	64.0
150-249 (เพียงพอ)	22.6	22.0	19.2	14.1	18.8	9.1	19.3	20.7
250-499 (เกินพอ)	12.6	18.5	21.1	15.6	15.2	9.4	16.6	13.0
> 500 (เกินขนาด)	0.9	6.9	6.7	2.7	5.4	3.4	5.6	2.3

แหล่งข้อมูล : ห้องปฏิบัติการศูนย์อนามัยที่ 6

ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามารดาในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 จำนวนมากประสบปัญหาขาดสารไอโอดีน และส่งผลให้ทารกที่เกิดมามีภาวะขาดไอโอดีนตามไปด้วย ในการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีน กระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนมุ่งเน้นใน 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ **1.กลุ่มหญิงตั้งครรภ์** ซึ่งมีความต้องการไอโอดีนต่อวันมากกว่าประชากรทั่วไปคือ 250 ไมโครกรัมต่อวัน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับ “ยาเม็ดเสริมสารอาหารสำคัญ” ประกอบด้วย ไอโอดีน เหล็ก และโฟเลท เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับไอโอดีนเพิ่มเติมจากการได้รับไอโอดีนจากมาตรการหลักอีกวันละ 150 ไมโครกรัม เริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2553 เป็นต้นไป คลินิกฝากครรภ์ ของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน โดยองค์การเภสัชกรรมผลิตยาเม็ดเสริมไอโอดีน 2 ตำรับ ตำรับแรกคือ Triferdine 150 ประกอบด้วย ไอโอดีน 150 ไมโครกรัม ธาตุเหล็ก 60.81 มิลลิกรัมในรูปของ Ferrous Fumarate 185 มิลลิกรัม และโฟเลท 400 ไมโครกรัม ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป และ **ตำรับที่ 2** คือ Iodine GPO 150 ประกอบด้วย ไอโอดีน 150 ไมโครกรัม ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการของโรคธาลัสซีเมียซึ่งเป็นข้อห้ามในการรับประทานยาเม็ดธาตุเหล็ก และควรงดเว้น

การให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคของต่อมธัยรอยด์⁽¹⁾ โดยเฉพาะกรณีที่มีการทำงานของต่อมธัยรอยด์มากเกินไป ทั้งนี้ผู้ให้บริการคลินิกฝากครรภ์สามารถใช้ทางเลือกในการเสริมอาหารให้แก่หญิงตั้งครรภ์ได้ ตามความเหมาะสมของสถานบริการ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับไอโอดีนเพียงพอและไม่เกินขนาด **กลุ่มที่ 2 กลุ่มเด็กแรกเกิด** จะมีการตรวจเลือดเพื่อระดับฮอร์โมนทุกราย ซึ่งก็คือการคัดกรองโรคเอ๋อ ซึ่งได้กล่าวไปแล้วเบื้องต้น **กลุ่มที่ 3 คือ บุคคลทั่วไป** โดยใช้นโยบายการใช้เกลือเสริมไอโอดีน จากประกาศกระทรวงสาธารณสุข 4 ฉบับซึ่งกำหนดให้เกลือบริโภคต้องมีไอโอดีนไม่น้อยกว่า 30 มิลลิกรัมต่อเกลือบริโภค 1 กิโลกรัม และน้ำปลา น้ำเกลือปรุงอาหาร ผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยโปรตีนจากถั่วเหลืองต้องมีไอโอดีนไม่น้อยกว่า 2 และไม่มากกว่า 3 มิลลิกรัม ต่อผลิตภัณฑ์ 1 ลิตร⁽²⁾ ซึ่งจะทำให้ประชากรไทยได้รับไอโอดีนเพียงพอจากการกินเกลือและผลิตภัณฑ์ปรุงรสตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ในปริมาณปกติ

ดังนั้นประเด็นปัญหาเรื่องไอโอดีน ยังคงเป็นประเด็นที่ควรถูกพัฒนาเป็นนโยบาย รวมทั้งขอความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชนในการควบคุมคุณภาพการผลิตเกลือบริโภคที่เสริมไอโอดีน ตามมาตรฐานรวมทั้งอาหารอื่นๆ และพัฒนาทุกชุมชน หมู่บ้าน ให้เป็นหมู่บ้านไอโอดีน เพื่อพัฒนาสติปัญญาของเด็กไทย และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

บรรณานุกรม

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2543.
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. สารสำคัญของประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องเกลือบริโภค น้ำปลา (ฉบับที่ 2) น้ำเกลือปรุงอาหาร และผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยโปรตีนของถั่วเหลือง (ฉบับที่2) เอกสารอัดสำเนา: 18 ตุลาคม 2553.
3. สัณชัย เชื้อสีห์แก้ว. Newborn Screening for Congenital Hypothyroidism in Thailand. ใน : อวยพร ปะนะมณฑา. Challenging issues in adolescent endocrinology. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2547.56-60.
4. สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ ต่อมธัยรอยด์ และโรคของต่อมธัยรอยด์.ใน: มนตรีตู้จินดา. วินัย สุวัตถิ. กุมารเวชศาสตร์ PEDIATRICS เล่ม 3.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2542.2163-2170.
5. www.tinyzone.tv
6. www.thailabonline.com/hypothyroid.htm
7. www.healthy.freewer.net/index.php/pediatric/congenital-thyroid.html
8. www.clinicdek.com

หัวใจนักปั่นของชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6

นางสาวกาญจนา เหลืองอุบล

ประธานชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ได้รับรางวัลชนะเลิศชมรมออกกำลังกายดีเด่นประจำปี 2554 เป็นรางวัลอันทรงเกียรติที่สมาชิกชมรมมีความภาคภูมิใจ ซึ่งศูนย์อนามัยที่ 6 ได้จัดประกวดมาตั้งแต่ปี 2553 ในปี 2553 นั้น ชมรมแอโรบิกได้รับรางวัลชนะเลิศ ชมรมจักรยานได้รับรางวัลรองชนะเลิศ และขอแสดงความยินดีกับชมรมแอโรบิกอีกครั้ง



ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 เริ่มก่อตั้งเมื่อปี 2546 เกิดขึ้นพร้อมกับชมรมแอโรบิก ชมรมเดินเพื่อสุขภาพ ชมรมยืดเหยียดร่างกาย กิจกรรมชมรมจัดทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 17.00 น. คือ ปั่นจักรยานรอบบึงทุ่งสร้าง เป็นระยะทาง 10 กิโลเมตร และสมาชิกได้นำจักรยานมาใช้ประโยชน์จากการปฏิบัติงานในราชการ เช่น การปั่นจักรยานเพื่อส่งสิ่งส่งตรวจไปยังโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น, การขับขีเพื่อส่งเอกสารระหว่างตึกอำนวยการไปยังอาคารต่างๆ ของศูนย์ฯ



ชมรมจักรยานได้ร่วมกิจกรรมกับเครือข่ายชมรมจักรยานต่างๆ ในจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปั่นจักรยาน ในวันสำคัญต่างๆ เช่น วันพ่อ วันแห่งความรัก วันแม่ วันปลอดรถยนต์ (Car Free Day 2009-2011) วันรณรงค์ปิดไฟ 1 ดวงพร้อมกัน และกิจกรรมประหยัดพลังงานหรือลดโลกร้อนต่างๆ ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของชมรม ที่มุ่งเน้นที่จะรักษาสิ่งแวดล้อมให้กับองค์กรและชุมชน กิจกรรมดังกล่าวทำให้สมาชิกชมรมได้มีเพื่อนใหม่ๆ ร่วมทำกิจกรรมดีๆ ให้กับสังคมและชุมชน ในระยะเวลา 2 ปี ชมรมได้จัดกิจกรรม ชวนเพื่อนนักปั่นร่วมกันปลูกป่าเพิ่มพื้นที่สีเขียวให้กับชุมชนสายใยรักแห่งครอบครัวของศูนย์อนามัยที่ 6 โดยมีนักปั่นจักรยานจำนวนไม่น้อยกว่า 100 คน ร่วมเดินทางปั่นไปด้วยกัน



ความภาคภูมิใจของชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพ คือ กิจกรรมปั่นเพื่อน้องในโครงการทำดีทุกวัน นักปั่นของศูนย์อนามัยที่ 6 จำนวน 12 คนปั่นระยะทางคนละ 15 กิโลเมตร ซึ่งได้มูลค่าจากผู้อุปถัมภ์ กิโลเมตรละ 10 บาท โดยเงินจำนวนนี้ได้นำไปซื้อจักรยานเพื่อสนับสนุนการศึกษาให้กับเด็กในถิ่นทุรกันดาร นอกจากนั้นนักปั่นยังได้มีโอกาสร่วมฟื้นฟู เยียวยาให้กับผู้ประสบภัยน้ำท่วมด้วยการร่วมแรงบรรจุกองยังชีพ ทำความสะอาดโรงเรียน

“ในปี 2553 และ 2554 ชมรมจักรยานร่วมกับชมรมจักรยานบึงแก่นนคร ได้นำนักปั่นทุกประเภทจากจังหวัดขอนแก่นร่วมปั่นจักรยานเชื่อมสัมพันธ์มิตรกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ในการนี้ได้รับการต้อนรับจากสถานทูตไทยประจำประเทศลาวเป็นอย่างดี การปั่น 2 ครั้งนี้นอกจากจะเป็นการเชื่อมสัมพันธภาพระหว่างประเทศชาติแล้ว แม่นคนไทยด้วยกัน ความห่วงใยเอื้ออาทรมากขึ้นด้วย”

ส่วนความปลอดภัยในการขับขี่จักรยานนั้น ผู้เขียนมีเรื่องที่ต้องการเรียนให้ทราบว่าเมื่อปี พ.ศ. 2546 สมาชิกจำนวนหนึ่งไปสอบถามขอใช้จักรยาน มีค่าธรรมเนียม 1 บาท ตาม พ.ร.บ. ล้อเลื่อนพุทธศักราช 2478 นั้น ต่อมา กรมการขนส่งทางบก ได้ดำเนินการยกเลิกการทำใบขับขี่จักรยานมีผลให้ผู้ขี่จักรยานไม่ต้องมีใบขับขี่⁽¹⁾ ชมรมจักรยานคิดจะจัดการอบรมการขับขี่ถูกกฎและหลักความปลอดภัยมากขึ้น เพื่อให้สมาชิกเยาวชนมีความรู้กฎจราจรและเป็นผู้ใช้รถใช้ถนนที่ดี ซึ่งชมรมฯ จะได้จัดขึ้นในเวลาอีกไม่นานนี้

สำหรับประโยชน์ทางการแพทย์จากการขี่จักรยาน นพ.ชาญวิทย์ โคธีรานุรักษ์⁽²⁾ กล่าวว่า โดยปกติแล้วคนที่มีน้ำหนัก 50 กิโลกรัม ถ้าเดินในอัตราส่วนประมาณ 3 กิโลเมตรต่อชั่วโมง (เดินเร็ว) จะใช้พลังงานไป $2.3-60 = 138$ กิโลแคลอรีต่อการเดิน 1 ชั่วโมง (เท่ากับการเผาผลาญข้าวกระเพาะไก่ไข่ดาว 1 จาน) แต่ถ้าขี่จักรยานในอัตราประมาณ 10 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ก็จะเผาผลาญสารอาหารและใช้พลังงานในปริมาณเท่ากับการเดิน 3 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ซึ่งหมายความว่าประโยชน์จากการขี่จักรยานก็คือการเผาผลาญและการใช้พลังงาน ทำให้ลดอัตราการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือด นอกจากนั้นการขี่จักรยานอย่างต่อเนื่องจึงเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีผลทำให้หัวใจแข็งแรง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานได้ดีขึ้น การออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อเนื่องช่วยทำให้การไหลเวียนของเลือดทั่วร่างกายดีขึ้น ซึ่งรวมถึงเส้นเลือดที่หล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและอวัยวะสำคัญในร่างกาย ได้แก่ สมอง



ไต ลดการเก็บสะสมตะกอนไขมันในหลอดเลือดทั่วร่างกาย ดังนั้นจึงสามารถป้องกันภาวะเส้นเลือดตีบตัน ในอวัยวะสำคัญที่กล่าวข้างต้น นอกจากนั้นการขี่จักรยานยังเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ช่วยระบบการหายใจ เพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนออกซิเจน และ คาร์บอนไดออกไซด์ในถุงลมปอดให้ดีขึ้น และยังเพิ่มระดับของฮอโมนแอนดอร์ฟินอันจะช่วยลดความเครียดในร่างกายให้ลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ

การออกกำลังกายโดยการขี่จักรยานสามารถกระทำได้ทุกอายุ และทุกสภาพความแข็งแรง เป็นการออกกำลังกายที่ไม่ทำให้ข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น ปกติจะใช้พลังงานประมาณ 500 กิโลแคลอรีต่อ 45 นาที การขี่จักรยานยังได้ประโยชน์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อให้แข็งแรง เพราะได้ยืดเส้นยืดสาย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อบริเวณเอวและสะโพก ทำให้ป้องกันปัญหาปวดกล้ามเนื้อขาได้ดี ผู้ที่เริ่มขี่จักรยานใหม่ๆ มีข้อควรระวังเรื่องเบาะที่นั่ง (อาน) จะต้องเหมาะกับสรีระของร่างกายไม่ควรนิ่มมากเกินไป เพราะจะทำให้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อต้นขาได้ แต่ก็ไม่ควรแข็งเกินไปเพราะจะกระแทกกล้ามเนื้อกันอีกเสบายง่ายและทำให้เมื่อยลำ ความสูงของเบาะกับขาถีบ ควรมีความสัมพันธ์กับความยาวของขาของผู้ถีบ เมื่อถีบจนสุดควรให้องศาของเข่าเท่ากับแนวตรงของขาไม่เกิน 150 องศา ไม่งั้นจะทำให้ปวดกล้ามเนื้อขาและเมื่อยลำง่าย

ประโยชน์ของการปั่นจักรยาน ⁽³⁾

1. การปั่นจักรยานไปทำงานลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุได้ร้อยละ 40
2. การปั่นจักรยานช่วยลดโอกาสในการตัดสินใจขาดงานลดลงร้อยละ 15
3. หากปั่นจักรยานด้วยความเร็วประมาณ 20 กิโลเมตรต่อชั่วโมง เป็นเวลาประมาณ 30 นาที จะช่วยการเผาผลาญพลังงานเท่ากับการรับประทานกล้วย 3 ผล
4. การปั่นจักรยานไปทำงานประมาณ 6.5 กิโลเมตรต่อวันจะช่วยลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ลง 900 กิโลกรัมต่อปี
5. มีการศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นว่าการปั่นจักรยานจะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานจากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 15 และช่วยลดการทำงานที่ผิดพลาดลงร้อยละ 27

ยังมีข้อสงสัยให้สอบถามกันอยู่เป็นประจำในเรื่องการวอร์มอัพ หรือการอบอุ่นร่างกายก่อนการเล่นกีฬาว่า จำเป็นหรือไม่ ในที่นี้จะไม่กล่าวถึงเหตุผลทางวิชาการ แต่จะขอยกตัวอย่างบางเหตุการณ์กับความเข้าใจในเรื่องความพร้อมของร่างกายให้ทราบพอสังเขปโดยยกตัวอย่างเรื่องการปั่นจักรยานว่า ในบางครั้งที่ออกไปปั่นจักรยาน โดยเฉพาะพวกที่นานๆ ปั่นจะรู้สึกมีอาการเมื่อยลำ อ่อนเพลียเมื่อตอนเริ่มปั่นใหม่ๆ พอปั่นไปได้สักระยะหนึ่งหรือพอเริ่มมีเหงื่อออกบ้างอาการเหล่านั้นจะหายไป ซึ่งอาการเมื่อยลำหรืออ่อนเพลียเหล่านั้นจะผ่านไปเร็วหรือช้าก็ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายแต่ละคน น้อยคนนักที่จะสนใจว่าความเมื่อยลำเหล่านั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร ส่วนใหญ่ก็จะลืมนึกไปเสีย และเมื่อเริ่มปั่นใหม่อีกครั้ง ก็เป็นเช่นเดิม หรืออาการแบบนั้นไม่ได้เกิดขึ้นกับตัวเอง เพียงแต่ได้ยินเสียงบ่นบ่อยๆ จากสมาชิกนักปั่นของเราเองนี่แหละ ขอให้เชื่อได้เลยว่าร้อยละ 90 เกิดจากการไม่ได้อบอุ่นร่างกายก่อนปั่น ร่างกายจึงไม่ได้เตรียมพร้อมมากก่อนที่จะต้องออกกำลังกายมากกว่าชีวิตประจำวันปกติ



กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ในร่างกายขาดการรับรู้ว่าจะต้องใช้งานมากกว่าปกติ หรืออาจกล่าวง่ายๆ ว่า เรามีแต่คิดว่าจะไปปั่นจักรยานเพื่อให้สนุกเท่านั้น กล้ามเนื้อก็ถูกใช้งานโดยไม่ได้ตั้งใจ การปรับสภาพ และการปรับตัวอย่างฉับพลันจึงเกิดขึ้น ถ้าร่างกายของเราแข็งแรงเป็นปกติ กล้ามเนื้อก็จะปรับตัวรองรับได้เร็ว แต่ในทางตรงข้ามถ้าไม่ปกติก็ต้องใช้เวลานานมากขึ้น

สำหรับนักปั่นอย่างพวกเรา ซึ่งนานๆ ปั่น หรือปั่นประจำก็ตาม ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การวอร์มอัพ เป็นเรื่องที่สำคัญ ถ้าไม่พร้อมที่โยกย้าย สายสะโพกหรือยึดแขน ยึดขา ก็ขอให้ใช้วิธีปั่นจักรยานไปรอบๆ บริเวณบ้านหรือสนาม ปรับเกียร์ให้อยู่ที่เกียร์เบา เพื่อเวลาปั่นวอร์มอัพ จะได้ชอยเท้ามากกว่าปกติ ใช้เวลา 5 – 10 นาที พอให้มีเหงื่อซึมออกมาบ้าง หัวใจเต้นแรงมากกว่าปกติหรือเหนื่อยบ้างเล็กน้อย เท่านั้นก็เพียงพอและรับรองว่า การปั่นจักรยานครั้งนี้สนุกแน่ๆ

ผู้ที่ยังไม่เคยออกกำลังกาย การเริ่มต้นเป็นเรื่องที่น่าหนักใจ (ของนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) เป็นเรื่องยาก (สำหรับตัวเอง) ลองเลือกสักหนึ่งวิธี ควรเริ่มต้นปรับเปลี่ยนนิสัยบางอย่าง แล้วจะพบผลลัพธ์ที่น่ามหัศจรรย์ จักรยานเป็นทางเลือกหนึ่งที่คุณต้องลอง

บรรณานุกรม

1. สำนักงานขนส่งจังหวัดเชียงใหม่, 2546. การออกใบอนุญาตขับขี่จักรยานสองล้อ
2. <http://www.racing-club.net> ค้นเมื่อ 29 มกราคม, 2555
3. <http://healthy.in.th/categories/healthful/news/3747> ค้นเมื่อ 29 มกราคม 2555
Health Today, 2551. ประโยชน์ทางการแพทย์จากการขี่จักรยาน.

ระบบการอ้างอิงเอกสาร Vancouver style

กรแก้ว ธิรพงษ์สวัสดิ์

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

การอ้างอิง หมายถึง การบอกรายละเอียดของแหล่งสารนิเทศที่ใช้อ้างอิงในการศึกษาค้นคว้า ซึ่งนำเสนอในรูปแบบของรายงาน ภาคนิพนธ์ บทความ หนังสือวิชาการ และรายงานการวิจัย เป็นวิธีมาตรฐานในการอ้างแหล่งที่มาของแหล่งข้อมูล วัตถุประสงค์ของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่สำคัญที่สุด คือ การป้องกันการคัดลอกผลงานหรือขโมยความคิดของคนอื่นโดยไม่อ้างอิงให้ถูกต้อง หรือเรียกว่า “โจรกรรมทางวิชาการ” (Plagiarism) และใช้ตรวจสอบหรือติดตามศึกษาเพิ่มเติม สร้างความน่าเชื่อถือแก่ผลงานให้กับผู้ที่ได้อ่าน และให้เกียรติแก่ผู้แต่งสารนิเทศที่ใช้อ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงงานมีระบบที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปหลายระบบ เช่น หากเป็นงานเขียนทางมนุษยศาสตร์ มักใช้ตามแบบ MLA Modern Languages Association (1998) หากเป็นงานเขียนทางสังคมศาสตร์และธุรกิจ มักใช้ตามแบบ APA (American Psychological Association) งานเขียนทางวิทยาศาสตร์มักใช้ระบบตัวเลข เช่น Vancouver style, International Committee of Medical Journal Editors หรือ Chicago style (The Chicago Manual of Style) และเนื่องจากระบบแวนคูเวอร์ได้รับความนิยมสูงมาก จึงมีการนำมาใช้ในวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยจำนวนมาก รวมทั้งวารสารระดับนานาชาติ เช่น วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย (Journal of Medical Association of Thailand) วารสารระดับชาติและระดับกระทรวง เช่น แพทยสภาสาร วารสารวิชาการสาธารณสุข วารสารอนามัยและสิ่งแวดล้อม วารสารโรคติดต่อ เป็นต้น จึงเป็นเรื่องที่ควรให้ความสนใจศึกษา เพื่อจะได้นำไปใช้ประโยชน์ในกรณีที่จะเผยแพร่ผลงานทางวิชาการในวารสารต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์เป็นแบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ที่คล้ายกับแบบการเขียนใน Index Medicus ซึ่งจัดทำโดย หอสมุดแพทย์แห่งชาติอเมริกัน (National Library of Medicine; NLM) ผสานกับแบบ American National Standard for Bibliographic References Z39.29-11977 (ANSI standard style) ลำสูตรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์ (The Vancouver style) ให้เขียนตามรูปแบบของหอสมุดแพทย์แห่งชาติอเมริกัน (National Library of Medicine)

เริ่มต้นเขียนเอกสารอ้างอิงด้วยระบบแวนคูเวอร์ สิ่งที่ต้องทราบของแหล่งข้อมูลที่เรานำมาอ้างอิงประกอบด้วย

1. **หนังสือ** ชื่อผู้แต่ง/ผู้เขียน/บรรณาธิการ ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์ ชื่อบท สำนักพิมพ์ สถานที่พิมพ์ และเลขหน้า
2. **บทความในวารสาร** ชื่อผู้เขียน ชื่อเรื่อง ชื่อวารสาร ปีพิมพ์ (year) ปีที่ หรือ เล่มที่ (volume) ฉบับที่ (issue) และเลขหน้า

3. สื่อบริการอิเล็กทรอนิกส์ บันทึกวันที่เข้าถึงข้อมูล และวันที่มีการปรับปรุงข้อมูล ที่อยู่ของเว็บไซต์ ฐานข้อมูล หรือ URL
4. การแทรกเอกสารอ้างอิงโดยการเขียนเชิงบรรณสามารถเขียนเชิงบรรณได้ 2 รูปแบบคือ การลำดับเลขเชิงบรรณโดยใช้ตัวยก และการลำดับเลขเชิงบรรณโดยระบุไว้ในวงเล็บ โดยจะวางไว้ท้ายข้อความที่คัดลอกมาจากแหล่งอ้างอิงนั้นๆ ตัวอย่าง
“(ข้อความที่คัดลอกมาจากแหล่งข้อมูล)...” (1-4, 10-12)
หรือ “(ข้อความที่คัดลอกมาจากแหล่งข้อมูล)...” (1-4, 10,12)
5. ระบุรายละเอียดของเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายเอกสารหรือบทความที่เราเขียนขึ้น

หลักการเขียนเอกสารอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์แยกตามชนิดของแหล่งข้อมูล

หนังสือ

มีรายละเอียดที่จำเป็นเรียงตามลำดับดังนี้

1. ชื่อผู้แต่ง (author/s, editor/s, compiler/s) หรือ สถาบัน/หน่วยงานที่จัดทำหนังสือ
 - a. หากมีผู้แต่ง 6 คนหรือน้อยกว่า ให้ระบุชื่อของผู้แต่งทั้งหมด
 - b. หากมีผู้แต่ง 7 คน จะระบุเพียงผู้แต่ง 6 คนแรกเท่านั้น และตามด้วย “et al” (หรือในภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ”)
 - c. เติม comma (,) ท้ายชื่อผู้แต่งแต่ละคน แล้วเคาะ 1 ครั้งก่อนการพิมพ์ชื่อถัดไป และให้เติม Full-stop (.) ท้ายชื่อของผู้แต่งลำดับท้ายสุด

Format : กรณีผู้แต่งเป็นคนต่างชาติ จะเริ่มต้นด้วยชื่อสกุล (1 เคาะ) ตามด้วยอักษรตัวแรกที่นำหน้าชื่อต้นและชื่อกลาง 2 ตัวติดกัน

ตัวอย่าง : Linn WD, Wofford MR, O’Keefe ME, Posey LM.

กรณีผู้แต่งเป็นคนไทยจะใช้วิธีการเขียนชื่อแบบภาษาไทย เริ่มจากชื่อ ตามด้วยชื่อสกุลโดยไม่ย่อ และให้ตัดคำนำหน้าออก เช่น ผศ.ภก.อภิรักษ์ วงศ์รัตนชัย เป็น อภิรักษ์ วงศ์รัตนชัย

ข้อสังเกต

- a. ผู้แต่งมีบรรดาศักดิ์ ต้องใส่นามบรรดาศักดิ์ด้วย

ตัวอย่าง : ศึกฤทธิ ปราโมท, ม.ร.ว.

- b. ผู้เขียนที่มียศหรือตำแหน่งทางวิชาการ เช่น ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ทันตแพทย์ ร้อยเอก พันเอก หรือคำนำหน้านาม (นาย นาง นางสาว) รวมทั้งปริญญา อ.บ. พ.ม. M.D. Ph.D. ให้ตัดออกให้หมด นอกจากยศนั้นเป็นยศสูงสุด คือ จอมพล หรือเป็นส่วนหนึ่งของนามแฝง

ตัวอย่าง : อารัง อนันตศานต์.

: ถนอม กิตติขจร, จอมพล

หากไม่มีชื่อผู้แต่งให้เว้นในส่วนนี้ไป และให้เริ่มต้นในส่วนของชื่อหนังสือ

2. ชื่อหนังสือ (Title) และชื่อบท (ถ้ามี)

- a. ใช้ตัวอักษรตั้งตรงตามปกติ ห้ามใช้ตัวเอียงหรือขีดเส้นใต้

- b. กรณีที่เป็นหนังสือภาษาอังกฤษ จะใช้ตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะคำแรกของชื่อหนังสือเท่านั้น (ยกเว้นชื่อเฉพาะ)

Format : ชื่อหนังสือ ตามด้วย full-stop และเคาะ 1 ครั้ง

ตัวอย่าง : Pharmacotherapy in primary care.

3. **ครั้งที่พิมพ์ (Edition)** ระบุเฉพาะครั้งที่พิมพ์เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

Format : กรณีเป็นหนังสือภาษาอังกฤษ: (เลขลำดับครั้งที่พิมพ์) ed. (1 เคาะ)

กรณีหนังสือภาษาไทย: พิมพ์ครั้งที่ (เลขลำดับที่พิมพ์). (1 เคาะ)

ตัวอย่าง : 3rd ed.

: พิมพ์ครั้งที่ 2.

4. **สถานที่พิมพ์ (Place of publication)**

- a. หากสำนักพิมพ์ปรากฏอยู่ในหลายเมือง ให้ยึดเอาชื่อเมืองที่เริ่มต้นเป็นชื่อแรก และห้ามย่อชื่อเมือง

- b. หากชื่อเมืองนั้นไม่เป็นที่รู้จัก ให้เคาะ 1 ครั้งตามด้วยชื่อรัฐ (สำหรับรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา) หรือตามด้วยชื่อประเทศ ซึ่งให้พิมพ์อยู่ในวงเล็บ

- c. หากไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ ให้ใช้ [place unknown] สำหรับหนังสือภาษาอังกฤษ หรือ [ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์] สำหรับหนังสือที่เป็นภาษาไทย

Format : ชื่อเมือง (ชื่อรัฐหรือชื่อประเทศ): (1 เคาะ)

ตัวอย่าง : Texas (NSW):

: กรุงเทพฯ:

5. **สำนักพิมพ์ (Publisher)**

- a. ให้ใช้ชื่อเต็มของสำนักพิมพ์ที่ปรากฏในหนังสือ โดยให้ตัดคำว่า “สำนักพิมพ์”, “บริษัท”, “ห้างหุ้นส่วน” และ “จำกัด” ออก ส่วนภาษาอังกฤษให้ตัด Limited (Ltd.), Incorporated (Inc.), and company, and sons, ออก

- b. หากเป็นหนังสือที่จัดพิมพ์โดยสมาคม หรือหน่วยงานของรัฐ หรือเป็นสิ่งพิมพ์ของรัฐบาลที่ปรากฏชื่อของหน่วยงานนั้นเป็นผู้รับผิดชอบจัดพิมพ์ ให้ใช้ชื่อของหน่วยงานนั้นๆ แทนชื่อสำนักพิมพ์ ถึงแม้ว่าหนังสือจะระบุชื่อสำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์มาด้วยก็ตาม

- c. หากไม่มีชื่อของสำนักพิมพ์ ให้ใช้ชื่อโรงพิมพ์แทนโดยระบุคำว่า “โรงพิมพ์” นำหน้าด้วยทุกครั้ง

- d. หากไม่ปรากฏชื่อสำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์ให้ใช้ [publisher unknown] สำหรับหนังสือภาษาอังกฤษ หรือ [ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์] สำหรับหนังสือที่เป็นภาษาไทย

Format : ชื่อสำนักพิมพ์; (1 เคาะ)

ตัวอย่าง : McGraw Hill;

: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;

6. ปีที่พิมพ์ (year of publication) ให้ใช้ปี ค.ศ. สำหรับหนังสือภาษาอังกฤษ และใช้ปี พ.ศ. สำหรับหนังสือภาษาไทย โดยไม่ต้องพิมพ์ ค.ศ. หรือ พ.ศ. นำหน้าปี (ใส่เฉพาะตัวเลขปี ค.ศ. หรือ พ.ศ.) หากไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ให้ใช้ [date unknown] หรือ [ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์]

Format : ปี ค.ศ. (หรือ พ.ศ.) ตามด้วย full-stop และ เคาะ 1 ครั้ง (กรณีตามด้วยเลขหน้า)

ตัวอย่าง : 1999.

: 2549.

: [date unknown]

7. เลขหน้า (Page numbers) ใช้ตัวย่อ p. สำหรับหนังสือภาษาอังกฤษ หรือใช้คำว่า “หน้า” สำหรับหนังสือภาษาไทย เลขหน้าจะใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และเลขย่อสำหรับหน้าสุดท้าย กรณีที่มีตัวเลขหลักหน้าซ้ำกัน

Format : กรณีหนังสือภาษาอังกฤษ: p. (1 เคาะ) เลขหน้าเริ่มต้น-เลขหน้าสุดท้าย.

กรณีหนังสือภาษาไทย: หน้า (1 เคาะ) เลขหน้าเริ่มต้น-เลขหน้าสุดท้าย.

ข้อสังเกต : ตัว p. ใช้ตัวพิมพ์เล็ก และกรณีหนังสือภาษาไทย หลังคำว่า “หน้า” จะไม่มี full-stop

ตัวอย่าง : p. 125-9. (หมายถึง หน้า 125-129)

: p. 345, 348, 351-6. (หากข้อความที่ต้องการอ้างอิงอยู่คนละบทกัน

เลขหน้าไม่ต่อเนื่อง)

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ

กรณีที่มีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน และเป็นหนังสือที่พิมพ์ครั้งที่ 1

- Linn WD, Wofford MR, O’Keefe ME, Posey LM. Pharmacotherapy in primary care. New York: McGraw Hill; 2009.

กรณีที่มีผู้แต่งมากกว่า 6 คน และหนังสือที่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

- ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มนทการติกุล, สุวัฒนา จุฬาววัฒนทล, บรรณาธิการ. คู่มือการใช้ยา สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2549.

กรณีผู้แต่งเป็นบรรณาธิการ (editor/s) จะเพิ่มคำว่า “บรรณาธิการ” หรือ editor/s หลังชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย ตามด้วย full-stop ดังตัวอย่างด้านบน หากไม่มีชื่อบรรณาธิการให้ละคำว่า editors. และให้ใส่ full-stop ท้ายชื่อผู้แต่งลำดับสุดท้าย

หนังสือที่แบ่งเป็นบทๆ หรือตอนๆ ซึ่งมีตัวเลขกำกับ และมีผู้เขียนแต่ละบทแยกกัน

- Porter RJ, Meldrum BS. Antiepileptic drugs. In: Katzung BG, editor. Basic and clinical pharmacology.

6th ed. Norwalk (CN): Appleton and Lange; 1995. p. 361-80.

- ศศิโสภณ เกียรติบูรณกุล. การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. ใน: ธาระพันธ์ พิบูลย์บรรณกิจ, ชุขณา สวนกระต่าย, อนุชา อภิสารธนรักษ์, สมนึก สังฆานภาพ, ศิริลักษณ์ อนันต์ณัฐศิริ, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อที่ปรากฏขึ้นใหม่และโรคติดเชื้อที่ปรากฏขึ้นอีก 4. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง; 2549. หน้า 233-59.

หนังสือที่ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์

- Kuttner L. A child in pain: how to help, what to do. [place unknown]: Hartley & Marks; 1996.

วิทยานิพนธ์ (Dissertation)

- Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic American [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

บทความในวารสารทางวิชาการ

ลำดับและรายละเอียดของการเขียนเอกสารอ้างอิงจากวารสารทางวิชาการ จะคล้ายคลึงกับการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ แต่จะมีบางจุดที่แตกต่างดังนี้

1. **ชื่อผู้เขียน (Name/s, author/s) และชื่อวารสาร (Title of article).** ใช้หลักการเดียวกันกับการเขียนเอกสารอ้างอิงจากหนังสือ

2. **ชื่อของวารสาร (Title of journal)** จะใช้ชื่อย่อของวารสารซึ่งถูกกำหนดตาม Index medicus โดยสามารถตรวจสอบรายละเอียดได้จาก <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> การตรวจสอบสามารถทำได้โดยพิมพ์ชื่อวารสารลงไป หรือบางส่วนของชื่อวารสารก็ได้ เช่น ต้องการค้นหาชื่อย่อของวารสาร The Annals of Pharmacotherapy หลังจากพิมพ์ชื่อลงไปและคลิกปุ่ม [Go]

หากเป็นวารสารที่ไม่มีคำย่อ และวารสารที่เป็นภาษาไทยให้ใช้ชื่อเต็ม

Format : ชื่อย่อของวารสาร ตามด้วย full-stop และ เคาะ 1 ครั้ง

3. **ปีที่พิมพ์ของวารสาร (Year of publication)** วารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ปี ค.ศ. หากมีเดือนกำกับ จะใช้ตัวย่อ 3 ตัวแรกของเดือนที่เป็นภาษาอังกฤษ ตามด้วยวันที่ (**ถ้ามี**) หากเป็นวารสารภาษาไทยจะใช้ปี พ.ศ. ตามด้วย (;) (ใส่เฉพาะตัวเลขปี ค.ศ. หรือ พ.ศ.)

Format : ปี ค.ศ. (1 เคาะ) เดือน (1 เคาะ) วัน(;); หรือ ปี ค.ศ. (1 เคาะ) เดือน(;); หรือ ปี ค.ศ.(:)

ตัวอย่าง : 1996 Jun 1;

: 2552;

4. **ปีที่หรือเล่มที่ของวารสาร (Volume) และ ฉบับที่ (issue/part)** หากแต่ละ issue ของวารสารมีการระบุเลขหน้าที่ต่อเนื่องกันทั้ง volume ก็สามารถละข้อมูลในส่วนของ เดือน/วันและ **issue ของวารสาร**ได้

Format : ปีที่หรือเล่มที่ของวารสาร (ฉบับที่): หรือ ปีที่หรือเล่มที่ของวารสาร:

ตัวอย่าง : 1996;12(5) : หรือ 1996;12:

: 2552;92(6) : หรือ 2552;92:

5. เลขหน้า (Page numbers) เลขหน้าจะใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และเลขย่อสำหรับหน้าสุดท้าย กรณีที่มีตัวเลขหลักซ้ำกัน เช่น ต้องการอ้างอิงหน้า 531-535 จะไม่พิมพ์ 53- ซ้ำ โดยจะย่อเป็น 531-5

กรณีที่เป็นวารสารฉบับเสริม (Journal with supplement) และมีเลขหน้าแบบพิเศษ เช่นมีตัวอักษร นำหน้าเลขหน้าหรือ ตามหลังเลขหน้า เช่น S1, 1A เป็นต้น หากเป็นเลขหน้าที่มีตัวอักษร นำหน้าให้ใช้เลขย่อเหมือนการพิมพ์เลขหน้าปกติ แต่หากตัวอักษรตามหลังเลขหน้าจะใช้ตัวเต็มทั้งหมด ดังตัวอย่าง

Format : เลขหน้า

ตัวอย่าง : 1035-9.

: A1-130.

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากบทความในวารสาร

Ogawa H, Nakayama M, Morimoto T, Uemura S, Kanauchi M, Doi N, et al. Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. JAMA. 2008;300:2134-41.

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากบทความในวารสาร (ภาษาไทย)

จักรกฤษณ์ สุภาร, เยื่อน ตันนิรันดร. การศึกษาแบบสุ่มในการฉีดยาไดโคลฟีแนคเข้ากล้ามเนื้อเพื่อลดความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดตลอด. วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์. 2552;92:733-8.

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงบทความในวารสารซึ่งมีแหล่งที่มาจากอินเทอร์เน็ต (เป็น Journal ที่มีการตีพิมพ์ online ในกรณีที่เป็นการบทความจากวารสารชื่อใหม่ๆ ที่ไม่มีการตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม)

- Elliott DJ, Zaoutis TE, Troxel AB, Loh A, Karen R. Empiric antimicrobial therapy for pediatric skin and soft-tissue infections in the era of methicillin-resistant staphylococcus aureus. Pediatrics [Internet]. 2009 Jun [cited 2009 Jun 9] ;123 (6) :[about 1 p.]. Available from: <http://pediatrics.aappublication.org/cgi/content/full/123/6/e959>

สื่อ/วัสดุอิเล็กทรอนิกส์และอินเทอร์เน็ต (Electronics materials and Internet)

ประกอบด้วย Websites, monograph และฐานข้อมูลออนไลน์ การเขียนอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลในกลุ่มนี้ จะยึดตามคำแนะนำของ ICMJE จะต้องระมัดระวังไม่ลืมในส่วนของ “วันที่เข้าถึงข้อมูล” เนื่องจากข้อมูลต่างๆ บนอินเทอร์เน็ตมีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา

การเขียนอ้างอิงจาก ซีดี-รอม (CD-ROM)

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

คลังข้อมูลยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ยาใหม่ในประเทศไทย 1-9 [ซีดีรอม]. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.

การเขียนอ้างอิงบทความหรือข้อมูลยาที่เผยแพร่ผ่านอินเทอร์เน็ต (monograph on the Internet)

Format (ภาษาไทย): ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [อินเทอร์เน็ต]. ชื่อเมืองหรือประเทศเจ้าของเว็บไซต์: ชื่อองค์กรหรือบริษัทเจ้าของเว็บไซต์; ปีที่จดทะเบียนหรือปีที่เผยแพร่เว็บไซต์ [วันที่อ้างอิง วัน เดือน ปี พ.ศ.]. ที่มา:URL

Format (English): Author/s. Title [Internet]. Place of publication: Publisher; published date [cited year month date]. Available from:URL

1. **ชื่อผู้แต่ง** ให้ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับการเขียนอ้างอิงจากหนังสือหรือบทความ ทั้งภาษาไทยและอังกฤษหากไม่มีให้ข้ามไป

2. **ชื่อเรื่อง** ใช้หลักเกณฑ์เดียวกันกับการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ

3. **ชื่อเมืองหรือประเทศเจ้าของเว็บไซต์** ใช้หลักเกณฑ์เดียวกันกับการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ หากไม่ปรากฏชื่อเมืองให้ใช้คำว่า “place unknown” หรือ “ม.ป.ท.” ในการเขียนอ้างอิงภาษาไทย ย่อมาจาก ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ โดยพิมพ์ไว้ในวงเล็บก้ามปู ตัวอย่าง [place unknown]

4. **ชื่อองค์กรหรือบริษัทเจ้าของเว็บไซต์** ให้เรียงลำดับจากหน่วยงานใหญ่ไปหาหน่วยงานย่อย หากไม่ปรากฏข้อมูลดังกล่าวให้ใช้คำว่า “Publisher unknown” หรือ “ม.ป.พ.” ในภาษาไทย ย่อมาจาก ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ พิมพ์ไว้ในวงเล็บก้ามปู ตัวอย่าง [publisher unknown] หากไม่ปรากฏทั้งสถานที่และชื่อองค์กรเจ้าของเว็บไซต์ ให้ใช้ [place unknown; publisher unknown]

5. **ปีที่จดทะเบียนหรือปีที่เริ่มเผยแพร่เว็บไซต์** หากไม่มีให้ละข้อมูลในส่วนนี้ไป

6. **ที่มา** ให้ใช้ URL เต็มโดยไม่ตัดส่วนใดส่วนหนึ่งออก และหากเป็น URL ที่ลงท้ายด้วยเครื่องหมาย/ ให้ตามด้วย full-stop ทุกครั้ง

ตัวอย่าง Lawrence O. Gostin, JD. Influenza A(H1N1) and pandemic preparedness under the rule of international law [Internet]. Chicago: American Medical Association; 2009 [cited 2009 Jun 11]. Available from: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/short/301/22/2376>

ตัวอย่าง Huckstep RL, Sherry E. World Ortho [Internet]. [place unknown: publisher unknown]; [update 2007 Mar 23; cited 2007 Mar 23]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniformrequirements.html>.

การเขียนอ้างอิง Homepage หรือ Website

Format (ภาษาไทย): ชื่อเว็บไซต์ [อินเทอร์เน็ต]. ชื่อเมืองหรือประเทศเจ้าของเว็บไซต์: ชื่อองค์กรหรือบริษัทเจ้าของเว็บไซต์; ปีที่จดทะเบียนหรือปีที่เผยแพร่เว็บไซต์. [วันที่ปรับปรุง วัน เดือน ปี พ.ศ.(.) วันที่อ้างอิง วัน เดือน ปี พ.ศ.]. ที่มา:URL

Format (English): Title of homepage [Internet]. Place of publication: Publisher; published date [revised year month date; cited year month date]. Available from:URL

ตัวอย่าง Medscape Pharmacists [Internet]. New York: WebMD; c1994-2009 [updated 2009 Jun 9; cited 2009 Jun 11]. Available from: <http://www.medscape.com/pharmacists>

ตัวอย่าง กองควบคุมยา [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2003 [วันที่อ้างถึง 20 มิถุนายน 2552]. ที่มา: <http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/>.

การเขียนอ้างอิงจากส่วนหนึ่งของ Homepage หรือ Website

Format (ภาษาไทย): ชื่อเว็บไซต์ [อินเทอร์เน็ต]. ชื่อเมืองหรือประเทศเจ้าของเว็บไซต์: ชื่อองค์กรหรือบริษัทเจ้าของเว็บไซต์; ปีที่จดทะเบียนหรือปีที่เผยแพร่เว็บไซต์. ชื่อส่วนที่นำมาอ้างอิง; [วันที่ปรับปรุง วัน เดือน ปี พ.ศ. (.) วันที่อ้างถึง วัน เดือน ปี พ.ศ.]. จำนวนหน้า. ที่มา: URL

Format (English): Title of homepage [Internet]. Place of publication: Publisher; Date of publication of homepage. Title of part; [Revised year month date; cited year month date]. Location/Screen. Available from: URL

- **ตัวอย่าง** กลูตาไธโอน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: ศูนย์วิทยบริการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2544. อันตรายจากสารกลูตาไธโอน; [วันที่ปรับปรุง 22 กันยายน 2551; วันที่อ้างถึง 20 มิถุนายน 2552]. [4 หน้า]. ที่มา:

<http://elib.fda.moph.go.th/library/default.asp?page2=detail&ngid=27&id=21598>

การเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูล Thomson MICROMEDEX (Database online)

เนื่องจากระบบฐานข้อมูล Thomson Micromedex เป็นฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ ดังนั้นในการเขียนอ้างอิงฐานข้อมูลนี้ทาง Thomson Micromedex ได้ขอความร่วมมือให้ใช้เครื่องหมายการค้า® หรือ TM ตามหลังชื่อฐานข้อมูลนั้นๆ และให้ใช้อักษรตัวใหญ่ –พิมพ์เล็ก และสัญลักษณ์ ให้ตรง ตามแบบที่ทางบริษัทกำหนดให้ (Case sensitive)

Format : MICROMEDEX ® [Database on the Internet]. Colorado: Thomson Reuters (Healthcare); c 1974-2009. ชื่อส่วนของฐานข้อมูลที่นำมาอ้างอิง, ชื่อยา/สารเคมี; [cited ปี เดือน วัน ที่เข้าถึงข้อมูล]. Available from: <http://www.thomsonhc.com>. Subscription required to view. การเขียนเอกสารอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลแต่ละประเภทตั้งที่กล่าวมาเบื้องต้น เป็นเพียงเงื่อนไขบังคับเบื้องต้นเท่านั้น ซึ่งเป็นการอธิบายและยกตัวอย่างรูปแบบพื้นฐานที่จำเป็นต้องใช้บ่อย นอกเหนือจากรูปแบบสามารถอ่านรายละเอียดเพิ่มเติม และดูตัวอย่างได้จาก <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>

บรรณานุกรม

1. คณิตา ดวงแจ่มกาญจน์ และอภิรักษ์ วงศ์รัตนชัย. การเขียนเอกสารอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์. [อินเทอร์เน็ต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร[วันที่อ้างถึง 20 มกราคม 2555]: ที่มา <http://www.pha.nu.ac.th>
2. สำนักบรรณคดี กรมควบคุมโรค.การเขียนเอกสารอ้างอิง รูปแบบแวนคูเวอร์. [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ: [วันที่อ้างถึง 20 มกราคม 2555] ที่มา: <http://pirun.ku.ac.th/~fscicls/Vancouver-Reference-Witing-Style.doc>

การพัฒนาระบบการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2553

The Development of Clients' Relationship in Health Promoting Hospital Health Promotion Centre 6 KhonKaen

นางสาวกาญจนา เหลืองอุบล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคณะ
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 140 คน คัดเลือกโดยหัวหน้างานและความสมัครใจ และผู้มารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในปีงบประมาณ 2553 จำนวน 400 คน ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ และ มิถุนายน 2553 วิธีการดำเนินงาน ได้แก่ การทบทวนช่องทางการรับฟังความคิดเห็นและศึกษาความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับบริการ จัดอบรมพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศและจัดทำข้อกำหนดการบริการที่ดี การบริหารจัดการข้อร้องเรียนและข้อชมเชย วัดผลลัพธ์โดยการสำรวจความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า โรงพยาบาลมีช่องทางการรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ จำนวน 6 ช่องทาง ได้แก่ ผู้รับความคิดเห็น โทรศัพท์ Website ศูนย์อนามัยที่ 6 เจ้าหน้าที่ จดหมาย/หนังสือและแบบสำรวจความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ มีผู้รับบริการแสดงความคิดเห็นต่อบริการของโรงพยาบาลผ่านช่องทางผู้รับความคิดเห็นมากที่สุด ร้อยละ 91.04 โรงพยาบาลได้ตั้งจุดรับข้อร้องเรียนและข้อชมเชย กำหนดผู้รับผิดชอบ ในบริเวณโรงผู้ป่วยนอก มีการจัดทำขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียนและข้อชมเชยประกาศให้บุคลากรรับทราบ พบว่า โรงพยาบาลได้รับข้อร้องเรียนและข้อชมเชยจำนวนทั้งสิ้น 67 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นข้อชมเชย คิดเป็นร้อยละ 73.13 และเป็นข้อร้องเรียน คิดเป็นร้อยละ 26.87 ความต้องการ/ความคาดหวังของกลุ่มผู้รับบริการตามการมารับบริการในคลินิก/แผนกต่างๆ พบว่า 8 ใน 11 กลุ่ม มีความต้องการ/ความคาดหวังในเรื่องความรวดเร็ว รอไม่นาน เป็นลำดับแรก โรงพยาบาลได้จัดอบรมเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศแก่บุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง แบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมและมอบหมายให้กำหนดพฤติกรรมที่ดี ผลการสำรวจความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาล 2 ครั้ง พบว่าครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 มีความพึงพอใจร้อยละ 89.20 และ 88.65 ตามลำดับ ความไม่พึงพอใจ

ร้อยละ 10.80 และ 11.57 ตามลำดับ โดยมีคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก โรงพยาบาลนำข้อที่ผู้รับบริการพึงพอใจน้อยจนเกือบไม่พึงพอใจถึงไม่พึงพอใจมากมาวิเคราะห์ พบว่า 5 อันดับแรกที่ได้นำมาปรับปรุง ได้แก่ จุดบริการน้ำดื่ม การบริการ ตรงกับปัญหาและความต้องการ มีผู้รับฟังความคิดเห็นต่อบริการหรือแบบสอบถาม ความเพียงพอของอุปกรณ์สำหรับผู้รับบริการ และการติดป้ายประกาศแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ ลดข้อร้องเรียน ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น จึงควรมีการจัดกิจกรรมเสริม ในช่วงที่มีผู้รับบริการมาก เช่น กิจกรรมระหว่างรอคอย การเพิ่มอัตรากำลัง การปรับปรุงระบบการนัดหมาย ให้ทราบจำนวนผู้รับบริการที่ค่อนข้างแน่นอน ตลอดจนการขยายสิ่งอำนวยความสะดวกในอนาคต

คำสำคัญ การสร้างความสัมพันธ์, ความต้องการหรือความคาดหวัง, การบริการ, ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ, ข้อร้องเรียนและข้อชมเชย

Abstract

This action research was aimed to develop the Clients relationship at Health Promoting Hospital of Health Promotion Centre 6. The sample were 140 personnel and 400 cases from the hospital in February and June, 2010. The study start off by reviewing the data which was collected from 6 different channels, which were comment boxes, telephone, website, direct comments to personnel, document letters and questionnaires. The training of 140 personnel separated into 20 groups and content of 9 subjects, which all of them were designed to develop their behaviors to achieve excellent service. The hospital handle each of the comments by assigning the responsible person and setting up comment boxes and board in the clients' waiting area, also we made the complaints management procedure and announce to personnel. Data were analyzed by frequency percentage and content analysis.

The study found that hospital have a formal hearing on channel 6. The clients commented in comment boxes mostly (91.04%). There was a total 67 comments. 73.13% was positive comments and 26.87% was negative comments. The most popular clients' expectation opinions was quickly services (8 in 11 groups). The first and the second set of questionnaires showed that 89.20% and 88.65% (respectively) of the comments were satisfied, 10.80% and 11.57% (respectively) were unsatisfied. Most of the satisfied comments appreciate the convenience of facilities service. On the other hand, the unsatisfied comments disliked the drinking water service (4.06%), non responding service (3.58%), too few comments boxes (3.33%), too few equipments and supply such

as pencil, wheelchair, cart for clients (3.20%) and too few information board about procedure and waiting time (2.74%).

From this study, we would suggest the following: increase clients activities during waiting time for service, recruiting more personnel, improve the appointments system and facilitate the clients convenience. All of these will help building the relationship with clients, reduce complaints and increase their overall satisfactory level. Keywords: Clients' relationship, Service, Clients' expectation, Satisfaction and Unsatisfied, Clients' comments.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลกับผู้รับบริการย่อมมีความสัมพันธ์กันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ ผู้รับบริการในฐานะประชาชนต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพ และประการที่สอง ผู้รับบริการเป็นประชาชนเปรียบเสมือน เจ้าของหรือผู้ถือหุ้นของโรงพยาบาลของรัฐเพราะเป็นผู้มีหน้าที่จ่ายภาษีแก่รัฐ

รวมทั้งกระแสของสังคมที่ให้ความสำคัญของทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ทำให้ความต้องการในการใช้บริการด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น รัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มารับบริการในสถานบริการมากขึ้น โดยเฉพาะสถานบริการของรัฐ ซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดการ ทำให้ผู้รับบริการไม่ประทับใจ (ภากรณ นั้วว่า และ ศิริวิมล วันทอง, 2550)

งานด้านการรักษาพยาบาลเป็นงานที่ซับซ้อน ละเอียดอ่อน มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องมาก ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ประกอบกับเป็นงานที่เร่งรีบ รอช้าไม่ได้ จึงมีโอกาสเกิดความผิดพลาด ไม่สมบูรณ์ ความรู้สึกไม่พอใจ ความเข้าใจผิด และสิ่งไม่พึงประสงค์ต่างๆ ได้ง่าย (สมชาติ โตรักษา อ่างใน ภากรณ นั้วว่า และ ศิริวิมล วันทอง, 2550)

การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ เป็นกลยุทธ์ในการสร้างและรักษาไว้ซึ่งความพึงพอใจโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งมอบการบริการที่ประทับใจแก่ผู้รับบริการ

ก่อนการหาความพึงพอใจของลูกค้าหรือผู้รับบริการ ต้องทราบเสียก่อนว่าผู้รับบริการต้องการบริการอย่างไรจากโรงพยาบาล เพื่อจะได้เข้าใจผู้รับบริการมากขึ้นและนำไปสร้างแบบสำรวจความพึงพอใจให้ชัดเจนขึ้น (ณัฐพัชร์ ล้อประดิษฐ์พงษ์, 2549)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 การวัดผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพบว่ายังต่ำกว่าเป้าหมายคือ ในปีงบประมาณ 2549-2551 คิดเป็นร้อยละ 81.22, 84.76, 84.31 (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85) และสูงกว่าเป้าหมายเล็กน้อย ในปีงบประมาณ 2552 คิดเป็นร้อยละ 89.51 (เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 87.4) นอกจากนี้ยังมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่และข้อเสนอแนะ เพื่อให้โรงพยาบาลปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (รายงานความ พึงพอใจ และข้อร้องเรียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2549-2552) จึงอาจกล่าวได้ว่าโรงพยาบาล

ยังคงมีความเสี่ยงในระบบบริการ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ขององค์กรเชิงลบและการสูญเสียผู้รับบริการที่พึงมีในอนาคต

ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จึงต้องพัฒนาระบบการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการในโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อองค์กรในเชิงภาพลักษณ์และการรักษาไว้ซึ่งผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์และจัดกลุ่มผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
2. เพื่อเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
3. เพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
4. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการข้อร้องเรียน

กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้รับบริการ

ความคาดหวังของผู้รับบริการในโรงพยาบาลเป็นความต้องการของผู้รับบริการที่ให้ผู้ให้บริการปฏิบัติต่อตนเอง โดยมีพื้นฐานจากความต้องการได้รับความเอาใจใส่ การอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ตลอดจนระยะเวลาที่เข้ามาใช้บริการซึ่งผู้รับบริการ แต่ละคนจะได้รับบริการตามความคาดหวังหรือความต้องการอย่างไร สามารถประเมินได้จากความพึงพอใจ

2. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ผู้รับบริการย่อมมีความต้องการและความคาดหวังในการไปรับบริการทุกครั้ง เมื่อไปรับ

บริการได้ประสบกับสถานการณ์จริง ก็จะทำให้เกิดการเปรียบเทียบกับความต้องการก่อนไปรับบริการและแสดงออกมาเป็นระดับความพึงพอใจซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ (ศิริพรตันติพลูวินัย, 2538)

1) ความพึงพอใจที่ตรงกับความคาดหวัง เป็นการแสดงความรู้สึกยินดี มีความสุขเมื่อได้รับบริการที่ตรงกับความคาดหวังที่มีอยู่

2) ความพึงพอใจที่เกินความคาดหวัง เป็นการแสดงความรู้สึกปลาบปลื้มหรือประทับใจของผู้รับบริการ เมื่อได้รับการบริการเกินความคาดหวังที่มีอยู่ เช่น ลูกค้าเติมน้ำมันที่สถานบริการน้ำมันแห่งหนึ่ง พร้อมกับได้รับบริการตรวจเครื่องยนต์และเติมลมฟรี

การทำให้ลูกค้าพึงพอใจได้อีกอย่างหนึ่งคือการแก้ปัญหาข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ ถ้าความต้องการของผู้รับบริการไม่ได้รับการตอบสนอง การร้องเรียนก็จะเกิดขึ้น การทำให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการและการแก้ไขข้อร้องเรียน จึงต้องการการร่วมแก้ไขตั้งแต่ผู้นำสูงสุดขององค์กร ตลอดจนผู้ให้บริการที่ต้องเสียสละเวลาเพื่อจะศึกษาให้เข้าใจว่าผู้รับบริการต้องการอะไร (Osborn, 2004)

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และผู้มารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในปีงบประมาณ 2553

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1) บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 140 คน คัดเลือกโดยหัวหน้างานและตามความสมัครใจ

2) ผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพคำนวณจากประชากรผู้รับบริการในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 52,025 ราย โดยใช้สูตร ยามาเน่ (Yamane: 1973)

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

$$= 396.9$$

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ที่มาใช้บริการตั้งแต่วันที่ 1 – 28 กุมภาพันธ์ 2553 และ 1 – 30 มิถุนายน 2553

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เรียนรู้ความต้องการ/ความคาดหวังและรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

1.1 ทบทวนช่องทางการรับฟังความต้องการความคิดเห็นของผู้รับบริการ

1.2 สสำรวจความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการ

2. พัฒนาระบบบริหารจุดสัมผัสผู้รับบริการทุกจุดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

2.1 จัดอบรมพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ

2.2 จัดทำข้อกำหนดพฤติกรรมบริการที่ดี

3. ปรับปรุงจุดรับข้อร้องเรียนและข้อชมเชย

3.1 จัดหาสถานที่และประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรและสาธารณสุขรับทราบ

3.2 จัดทำขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียน

3.3 รายงานผลการจัดการข้อร้องเรียนประกาศให้สาธารณชนรับทราบ

3.4 จัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและกรมอนามัย

4. สสำรวจความพึงพอใจไม่พึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 ครั้งในเดือน กุมภาพันธ์และมิถุนายน 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในเรื่อง ช่องทางการรับฟังความคิดเห็น ความคาดหวัง ความต้องการของผู้รับบริการ การพฤติกรรมบริการ ขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียน

2. วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจ โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก

ผลการศึกษา

1. การเรียนรู้ความต้องการ/ความคาดหวังและรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

1.1 ทบทวนช่องทางการรับฟังความต้องการ ความคิดเห็นของผู้รับบริการ โรงพยาบาลมีการทบทวนช่องทางการรับฟังความคิดเห็นผู้รับบริการ โดยมีทั้งหมด 6 ช่องทางและเพียงพอต่อการให้บริการ ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ใช้บริการแสดงความคิดเห็นผ่านช่องทางผู้รับความคิดเห็น ร้อยละ 91.04 ผ่านเจ้าหน้าที่ร้อยละ 4.48 และโทรศัพท์ร้อยละ 2.99 Website ศูนย์อนามัยที่ 6 ร้อยละ 1.49 และจากการสำรวจความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ 2 ครั้ง/ปี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละผู้ใช้บริการแสดงความคิดเห็นต่อการบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 6 ปีงบประมาณ 2553

ช่องทาง	จำนวน	ร้อยละ
ผู้รับความคิดเห็น	61	91.04
โทรศัพท์	2	2.99
Website ศูนย์อนามัยที่ 6	1	1.49
เจ้าหน้าที่	3	4.48
จดหมาย/หนังสือ	0	0
แบบสำรวจความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ	2 ครั้ง/ปี	
รวม	67	100

1.2 การสำรวจความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการ

จากการสำรวจความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับบริการ เมื่อมาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 พบว่าเป็นกลุ่มผู้รับบริการในคลินิก/แผนกต่างๆ จำนวน 11 กลุ่ม และส่วนใหญ่ มีความต้องการความคาดหวังในเรื่อง ความรวดเร็ว รอไม่นาน เป็นลำดับแรกถึง 8 กลุ่ม รองลงมา คือ ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และได้รับข้อมูลสุขภาพที่ชัดเจน ครบถ้วนและถูกต้อง ผู้ให้บริการมีความเป็นมิตรและเป็นกันเอง

2. พัฒนาระบบบริหารจัดการสัมผัสผู้รับบริการทุกจุดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้จัดการอบรมเรื่อง พัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศแก่บุคลากรของโรงพยาบาล รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการของโรงพยาบาล จำนวน 2 รุ่นเมื่อวันที่ 15 – 16 มีนาคม 2553 โดยมีบุคลากรเข้ารับการอบรมทั้งสิ้น จำนวน 140 คน เมื่อเสร็จสิ้นการอบรม แบ่งผู้เข้ารับการอบรม เป็น 20 กลุ่มๆ ละ 7 คน คณะแผนกและระดับ วิทยากรมอบหมายให้ตั้งชื่อกลุ่ม คำขวัญประจำกลุ่มและ ข้อกำหนด

พฤติกรรมบริการที่ดี 9 ประการ เช่น กลุ่มที่ 1 ชื่อกลุ่มเพื่อเธอ มีคำขวัญว่า “บริการดุจญาติมิตร เพื่อชีวิตที่ปลอดภัย” มีพฤติกรรมที่ดี 9 ประการ ได้แก่ ยิ้มสวย วาจาไพเราะ เป็นกันเอง ให้เกียรติ ใส่ใจบริการ รวดเร็ว โปร่งใส เสมอภาค ปลอดภัย ได้มาตรฐาน เป็นต้น

3. การปรับปรุงจุดรับข้อร้องเรียนและข้อชมเชย

3.1 จัดหาสถานที่และประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรและสาธารณสุขรับทราบ

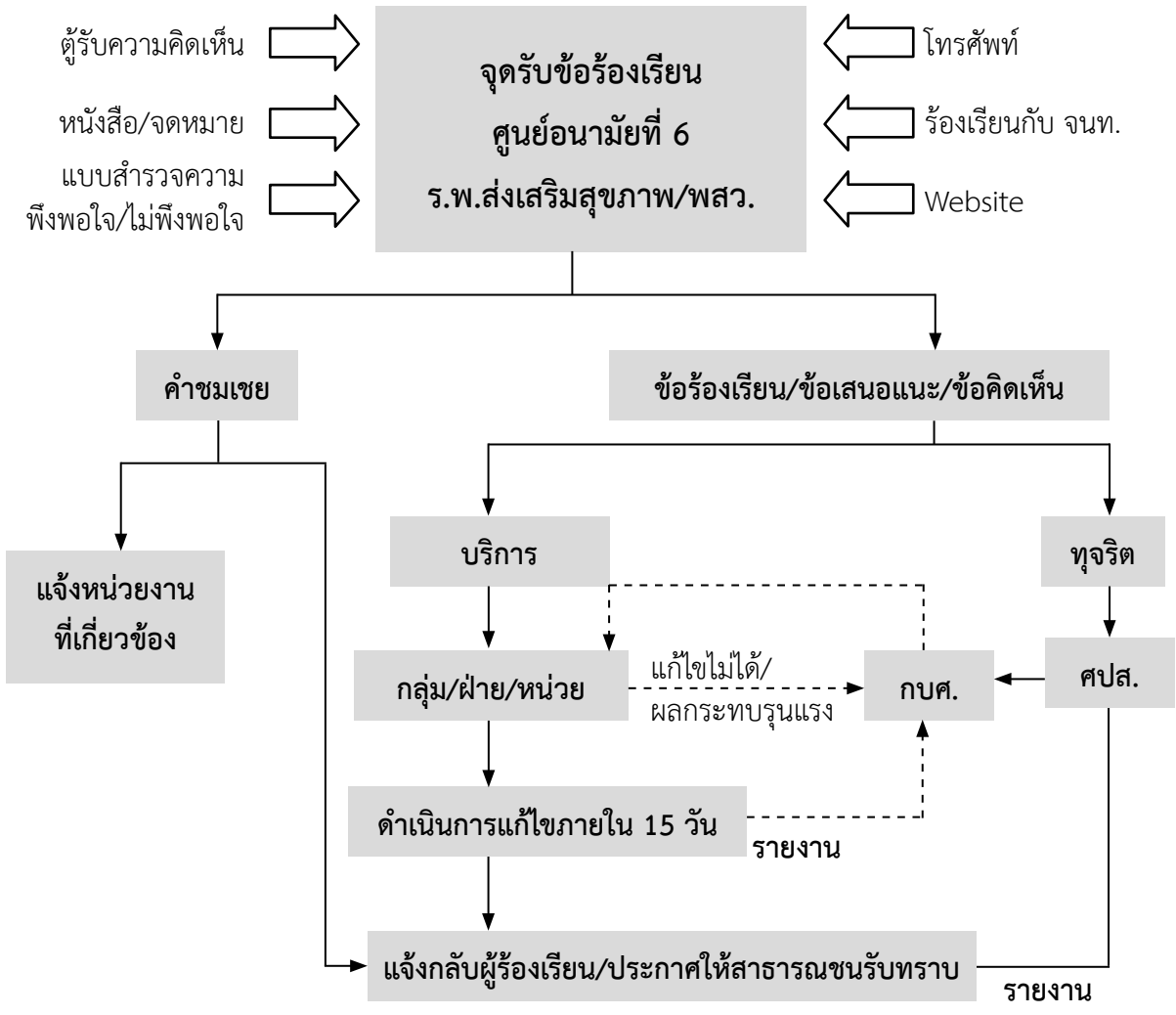
โรงพยาบาลมีการจัดหาสถานที่เพื่อเป็นจุดรับข้อร้องเรียนและจุดประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบที่บริเวณโถงบริการผู้ป่วยนอก มีการกำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน

3.2 การจัดทำขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้มีการจัดทำขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น/คำชมเชย ของศูนย์อนามัยที่ 6 ร่วมกับกลุ่มงานพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

เนื่องจากเป็นกลุ่มงานที่มีบริการต่อผู้รับบริการภายนอกเหมือนกัน (แผนภูมิที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียน/ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น/คำชมเชยของศูนย์อนามัยที่ 6



3.3 การรายงานข้อร้องเรียน/ข้อชมเชย
หลังจากที่ได้ขั้นตอนการจัดการข้อร้องเรียนและข้อชมเชยแล้ว ได้ประกาศแจ้งให้หน่วยงานย่อยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพรับทราบ และกำหนดให้รายงานต่อผู้รับผิดชอบ ทุกวันที่ 5 ของเดือนถัดไปและผู้รับผิดชอบได้

จัดทำรายงานเสนอกรมอนามัยต่อไป ผลการดำเนินงานพบว่า โรงพยาบาลได้รับข้อร้องเรียนและข้อชมเชยในปีงบประมาณ 2553 จำนวนทั้งสิ้น 67 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นข้อชมเชย คิดเป็นร้อยละ 73.13 และเป็นข้อร้องเรียน คิดเป็นร้อยละ 17.13 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อร้องเรียนและข้อชมเชยของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2553

ประเด็น	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
- ข้อร้องเรียน	18	26.87
- ข้อชมเชย	49	73.13
รวม	67	100

4. ผลการประเมินความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้สำรวจความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ 2 ครั้งก่อนและหลังการจัดการอบรมการพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ และปรับปรุงขั้นตอนการ

จัดการข้อร้องเรียน พบว่า ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ รอบที่ 2 - 2553 น้อยกว่า รอบที่ 1- 2553 จำนวนเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 88.65 และ 89.20 ตามลำดับ ด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นคือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จากร้อยละ 86.04 เป็น ร้อยละ 88.01 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละความพึงพอใจ ไม่พึงพอใจของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ รอบที่ 1-2553 และ รอบที่ 2-2553

ด้าน	ความพึงพอใจ (ร้อยละ)		ความไม่พึงพอใจ (ร้อยละ)	
	รอบ	รอบ	รอบ	รอบ
	1 - 2553	2 - 2553	1 - 2553	2 - 2553
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่	90.49	90.11	9.51	9.89
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ	89.14	87.59	10.86	12.41
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	86.04	88.01	13.96	11.99
ด้านคุณภาพการให้บริการ	89.42	89.16	10.58	10.84
ด้านความเชื่อมั่นคุณภาพบริการ	90.91	87.29	9.09	12.71
สรุปภาพรวม	89.20	88.65	10.80	11.57

อภิปรายผลการศึกษา

1. การเรียนรู้ความต้องการ/ความคาดหวัง และรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการทบทวนช่องทางการรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้รับความคิดเห็น โทรศัพท์ Website ศูนย์

อนามัยที่ 6 เจ้าหน้าที่ จัดหมาย/หนังสือ และแบบสำรวจความพึงพอใจและไม่พึงพอใจผู้รับบริการ ช่องทางดังกล่าวเป็นช่องทางที่สถานบริการและผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่นิยมใช้เป็นช่องทางแสดงความคิดเห็นอยู่เป็นประจำ แต่อย่างไรก็ตามในปีงบประมาณ 2553 ไม่พบการมาร้องเรียนด้วย

ตนเองกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ มีเพียงการร้องเรียนผ่านเจ้าหน้าที่ที่รู้จักกัน (รายงานสรุปข้อร้องเรียนขอชมเชยส่งกรมอนามัย Complaint 02 ปีงบประมาณ 2553) ซึ่งอาจเนื่องจาก ยังไม่มีการประกาศให้สาธารณชนรับทราบช่องทางที่สามารถร้องเรียน/ชมเชยอย่างเป็นทางการ มีเพียงการตีพิมพ์ประกาศข้อร้องเรียนและขอชมเชยจากกล่องรับความคิดเห็นและ Website ที่ได้รับและการสนองตอบ จดรับข้อร้องเรียนและขอชมเชย และการแจ้งหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เมื่อพบว่าเจ้าหน้าที่บริการไม่สุภาพ

การสำรวจความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับบริการปีงบประมาณ 2553 พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่ 8 ใน 11 กลุ่มผู้รับบริการที่แบ่งตามลักษณะการมารับบริการในแต่ละแผนกมีความต้องการ/ความคาดหวังในเรื่อง ความรวดเร็ว รอไม่นาน การที่ทราบถึงความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับบริการเพื่อจะพยายามหาหนทางตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของนายจรินทร์ ทัศนวิศิษฐ์ อธิบดีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขที่มีนโยบายพลิกโฉมโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาความแออัดและความล่าช้าเมื่อประชาชนมาใช้บริการในโรงพยาบาล (สำนักงานสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, 29 มิถุนายน 2553)

2. การบริหารจัดการสัมผัสผู้รับบริการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้จัดการอบรมเรื่อง การพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศแก่บุคลากรของโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง

จำนวน 2 รุ่นๆ ละ 1 วัน บุคลากรได้เข้าอบรมทั้งสิ้น 140 คน เนื่องจากความจำกัดด้านเวลาที่ใช้ในการอบรม และการจัดบุคลากรคละระดับคละแผนกเข้ารับการอบรม ทำให้ไม่สามารถประยุกต์ใช้ความรู้จากการอบรมมาจัดทำการบริหารจุดสัมผัสเฉพาะแผนกได้ จึงมีการแบ่งกลุ่มของผู้เข้าอบรมในแต่ละวันจัดทำข้อกำหนดพฤติกรรมที่ดี 9 ประการ เพื่อเป็นการสร้างจิตสำนึกในการให้บริการผ่านกระบวนการกลุ่ม โดยมีข้อดีคือ การที่แผนกต่างๆ มีความคิดและจิตสำนึกที่ดีในการให้บริการ จะก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการให้บริการที่ราบรื่นจนสิ้นสุดกระบวนการรับบริการในโรงพยาบาลทั้งหมด ข้อกำหนดที่สร้างขึ้นโดยบุคลากรที่ได้รับการอบรมมีความครอบคลุมทั้งด้านพฤติกรรมบริการที่ดีทั้งภายในและภายนอก และความสุขของผู้ให้บริการเอง สอดคล้องกับคำอธิบายของวาร์และคณะ, 1978 (อ้างใน สุวนิตย์ โพธิ์จันทร์, 2545) ว่ามีรูปแบบการให้บริการต่างๆ 8 ประการที่จะนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วย หนึ่งในประการนั้นคือความพร้อมของผู้ให้บริการ ที่มีความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ สถานที่และเวลาให้บริการ

3. การปรับปรุงจุดรับข้อร้องเรียนและขอชมเชย

โรงพยาบาลมีการจัดหาสถานที่เพื่อตั้งเป็นจุดรับข้อร้องเรียนและขอชมเชย ตามนโยบายการบริหารจัดการภาครัฐที่ดีของกรมอนามัย (พ.ศ. 2552) และได้รับป้ายชื่อ “จุดรับข้อร้องเรียนและขอชมเชย” มาติด ณ สถานที่ที่จัดไว้ได้ ซึ่งเป็นห้องที่อยู่ด้านหน้าในโถงบริการผู้ป่วยนอก เป็นจุดบริการที่เข้าถึงง่ายเป็นสัดส่วน มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ แต่ต่อมามีการระบอบของไข้หวัดใหญ่

สายพันธุ์ใหม่ 2009 โรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องจัดจุดบริการคัดกรองไข้หวัดใหญ่ มีการปรับปรุงห้องรับซื้อร้องเรียนเป็นห้องตรวจคัดกรอง แต่ยังคงป้ายจุดบริการรับซื้อร้องเรียนไว้ที่เดิม เนื่องจากผู้รับผิดชอบปฏิบัติงานที่ด้านหน้าผู้ป่วยนอกอยู่แล้ว หากจะมีซื้อร้องเรียนหรือข้อคิดเห็นอื่นๆ สามารถแจ้งผู้รับผิดชอบได้ทันที ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้รับบริการไม่ทราบว่าร้องเรียนหรือชมเชยกับใคร ที่ไหนเนื่องจากยังขาดความชัดเจนในจุดบริการ

ผู้รับผิดชอบจุดรับซื้อร้องเรียนและข้อชมเชยของศูนย์อนามัยที่ 6 ได้รวบรวมซื้อร้องเรียนและข้อชมเชยจากผู้รับความคิดเห็น ซึ่งมีการเปิดทุกวันเมื่อพบจดหมายร้องเรียนในตู้ โดยเจ้าหน้าที่บริการเป็นผู้เดินสำรวจและไขกุญแจให้นำจดหมายส่งให้กับผู้รับผิดชอบเพื่อดำเนินการตามขั้นตอน ผลการดำเนินการพบว่าส่วนใหญ่เป็นข้อชมเชย ร้อยละ 73.13 และซื้อร้องเรียน ร้อยละ 26.87

4. ผลการประเมินความพึงพอใจและไม่พึงพอใจ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้สำรวจความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ 2 ครั้งก่อนและหลังการจัดการอบรมการพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ และปรับปรุงขั้นตอนการจัดการซื้อร้องเรียน พบว่า ร้อยละความพึงพอใจผู้รับบริการ รอบที่ 2 – 2553 น้อยกว่ารอบที่

1- 2553 จำนวนเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 88.65 และ 89.20 ตามลำดับ ด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นคือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จากร้อยละ 86.04 เป็น ร้อยละ 88.01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการพัฒนาโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลสาธารณสุขใหม่เพื่อคนไทยสุขภาพดีมีรอยยิ้ม มีการปรับปรุงที่นั่งรอบริเวณโถงผู้ป่วยนอกให้สบายและสวยงาม มีหนังสือนั่งอ่านและดูทีวีขณะรอคอย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาคั้งนี้ มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงระบบบริการเพื่อเพิ่มความพึงพอใจและลดซื้อร้องเรียนของผู้รับบริการตามแนวคิดของ Kotler, 2000 (อ้างใน วันเพ็ญ ศิวารมย์, 2554) ดังนี้

1. การจัดบริการเสริม (Complementary Services) ในช่วงที่มีลูกค้ามาก เช่น กิจกรรมระหว่างรอคอย
2. เพิ่มพนักงานชั่วคราว (Part Time Employee)
3. ปรับปรุงระบบการนัดหมาย (Reservation System) เพื่อปรับระดับความต้องการให้เหมาะสมทำให้ทราบจำนวนผู้รับบริการที่แน่นอน จะได้วางแผนจัดระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการไม่เสียเวลานาน
4. การขยายสิ่งอำนวยความสะดวกในอนาคต (Facilities for Future Expansion)

บรรณานุกรม

1. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร, กรมอนามัย. (2552) การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ประจำปีงบประมาณ 2552 บันทึกข้อความ ที่สธ. 0926/275 ลว. 26 พฤษภาคม 2552.
2. ณัฐพัชร์ ล้อประดิษฐ์. (2549) วิเคราะห์ความต้องการลูกค้า. ใน นครดา อินเทียง บรรณาธิการ. **คู่มือสำรวจความพึงพอใจลูกค้า**. กรุงเทพฯ. พิมพ์ที่บริษัทประชุมทอง พรินต์ติ้ง กรุ๊ป จำกัด.
3. ภากรณ์ นั้วว่าและศิริวิมล วันทอง. (2550) **ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี**. งานวิจัย โปรแกรมวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครปฐม.
4. วันเพ็ญ ศิวารมย์. (2554) **กลยุทธ์การเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการส่งเสริมสุขภาพของ โรงพยาบาลเอกชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญา บริหารธุรกิจดุขภูิบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
5. ศิริพร ตันดีพุลวินัย. (2538) **โรงพยาบาลที่ดึงดูดคน**. ในการประชุมวิชาการเรื่อง กลยุทธ์ บริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความพึงพอใจในยุคแข่งขัน. 21 – 23 สิงหาคม 2538. เอกสารอัดสำเนา.
6. ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. (2553) **รายงานสรุปข้อร้องเรียน ข้อชมเชย กรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ 2553**. เอกสารอัดสำเนา.
7. สำนักงานเลขานุการกรมอนามัย, กรมอนามัย. (2552) **คู่มือการปฏิบัติงานกระบวนการจัดการข้อร้องเรียนและข้อชมเชย**. เอกสารอัดสำเนา.
8. สำนักงานสารสนเทศและประชาสัมพันธ์. (2553) **ข่าวเพื่อมวลชน**. กระทรวงสาธารณสุข. ค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2553 จาก http://www.moph.go.th/show_hotnew.php?idHot_new=32465.
9. สุวนิตย์ โพธิ์จันทร์. (2545) **ความพึงพอใจของผู้ป่วยในและญาติต่อการให้บริการของ โรงพยาบาลขอนแก่น**.
10. รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. Yamane, Taro. (1973) **Statistic: An Introductory Analysis**. Third edition. Newyork: Harper and Row Publication.
11. Osborn, Liz. (2004) **Resolving patient complaints**. Jone and Bartlett publishers, Sudbury.

การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน จังหวัดขอนแก่น

The Formation and Use of Strategic Route Map to Control and Prevent Iodine Deficiency Disorders, Khonkaen Province

กรรมนิกา	ตั้งสกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น
สมบุรณ์	ชินบุตร	นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ	ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น
อภิรติ	สิงห์โตหิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้แนวคิด การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ของ นพ. อมร นนทสุต โดยใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และเพื่อศึกษาบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในพื้นที่เป้าหมาย ทำการศึกษาในพื้นที่ 4 อำเภอ ของจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างศึกษา 2 กลุ่ม รวมจำนวน 161 คน ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกแบบใบงาน การตอบแบบประเมินผล และการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ติความ และสร้างข้อสรุป ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินการร่วมกันของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีการเรียนรู้การดำเนินการตามบทบาทของแต่ละคน และบทบาทของแต่ละคนจะส่งผลต่อการดำเนินการตามบทบาทของผู้อื่นด้วย การนำแนวคิด แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ของ นพ.อมร นนทสุต มาประยุกต์ใช้ในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ สามารถสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้ โดยมีความสอดคล้องกับบทบาทของตนเองตามมุมมองที่กำหนดไว้ 4 มุมมอง คือ มุมมองประชาชน มุมมองภาคี มุมมองกระบวนการ และมุมมองพื้นฐาน โดยสามารถวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนจากอดีต - ปัจจุบันทั้งด้านบวกและด้านลบ กำหนดจุดหมายปลายทาง สร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับหลัก โดยการกำหนดเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ สร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ สร้างแผนปฏิบัติการ จัดทำตารางนิยามเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ของแผนปฏิบัติการ (ตาราง 11 ช่อง) และการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนตามบทบาทของทุกภาคส่วนในพื้นที่ 4 อำเภอ ซึ่งพบว่า แต่ละภาคส่วนมีการดำเนินการตาม

บทบาทของตนเองที่กำหนดไว้ในตาราง 11 ช่อง แต่การดำเนินการใน 4 อำเภอ พบว่า มีความแตกต่างกันในส่วนของกิจกรรมดำเนินการ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของแต่ละพื้นที่ แต่สิ่งที่มีความเหมือนกันคือ มีการประสานงาน การให้ความร่วมมือดำเนินการเพิ่มมากขึ้นของทุกภาคส่วน รวมทั้ง การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานและร่วมดำเนินการกับทุกภาคในพื้นที่มากกว่าอดีตที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะการศึกษา ควรมีการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์งานด้านสุขภาพ และงานด้านพัฒนาสังคม เพื่อให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่ มีการดำเนินการที่เชื่อมโยง สอดคล้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม อันจะนำไปสู่ความเข้มแข็งของพื้นที่ต่อไป

Abstract

This study is applied with the concept of the formation and use of Strategic Route Map of Doctor Amorn Nontasut. The concept was used as a tool to control and prevent iodine deficiency disorders. The purpose is to study the formation process and use of Strategic Planning map in iodine deficiency disorders control and prevention. In addition, it is to study the role of stakeholders in controlling and preventing iodine deficiency disorder in the target area which conducted in 4 districts of Khonkaen province. Two sample groups which totaling 161 people were conducted by using the research methodology, data collection by using participating observation, record in data sheet, question-answer the evaluation, and interview. The qualitative data were analyzed by data analysis, interpretation, and summarization and the quantitative data were analyzed by using frequencies and percentage.

The results were shown that the co-operation of all sectors in the efficient area is needed to learn how each person performs his/her role and the role of each person will affect the others role as well. By using the concept of Strategic Route Map of Doctor Amorn Nontasut applied with workshop, all participants from all sectors in target area could formulate and use Strategic Route Map to control and prevent iodine deficiency disorders which is consistent with their role according to the four views. These views are the Valuation view, the Stakeholder view, the Management view, and the Learning/Development view. The participants could analyze and evaluate control and prevention of iodine deficiency disorders from the past to present both positive and negative viewpoints. They also define the Destination Statement, formulate Strategic Route Map by identify Strategic Objectives and tactics, formulate Strategic Linkage Model, formulate Mini - Strategic Linkage Model, prepare the definition table to define Strategic Objectives of Mini - Strategic Linkage Model (Table 11 channels), and control and prevent iodine deficiency disorders by role of each sectors in 4 target areas. According to these actions, the study found that each sector has performed its specific role in table 11 channel

but each district has operated in different ways to operate the process depending on the strength of each area. However, they have same coordination and participation increasingly in all sectors including get solid and continuous local government support. The study also found that health officers have changed their behavior and co-operate with other parties ever more.

This study suggested each sector should create and use a Strategic Route Map of health and social development so that all sectors in the area have associated the link, consistent in the same direction as the concrete. This will lead to a strong local area.

บทนำ

ความเป็นมาของ “แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์” ในประเทศไทย จากการประชุมของประเทศไทย สมาชิกรองการอนามัยโลก สาขาภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ณ กรุงจาการ์ต้า ประเทศอินโดนีเซีย เมื่อเดือนสิงหาคม 2551 นพ.อมร นนทสุต ได้กล่าวว่าประเทศไทยสมควรจะเบนเข็มการพัฒนาทางสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเดิมได้เน้นการให้บริการ เปลี่ยนเป็นการพัฒนาประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ภายใต้บริบททางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทยได้นำเครื่องมือทางการบริหารจัดการ ที่เรียกกันว่า “แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์” มาใช้ดำเนินการพัฒนาบทบาทของประชาชน ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืนได้

ต่อมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เห็นประโยชน์ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ จึงกำหนดให้มีการใช้แผนที่ดังกล่าวในการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ พ.ศ.2551⁽¹⁾ หลังจากนั้น กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายเรื่อง แผนที่ยุทธศาสตร์และสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2551⁽²⁾ และปี พ.ศ. 2553 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการพัฒนางานสร้างสุขภาพและ

ป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ⁽¹⁾

นอกจากนั้น นพ. อมร นนทสุต ได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยกล่าวว่า “การนำเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบงานสร้างสุขภาพและป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งต้องดำเนินการคู่ขนานกับการปรับระบบสร้างสุขภาพและป้องกันโรคที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย จึงจะเกิดการเสริมพลังซึ่งกันและกัน หากทำได้ ก็จะทำให้ก่อประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนในพื้นที่อย่างมหาศาล”⁽¹⁾

ขณะเดียวกัน นพ.อมร นนทสุต ได้นำแนวคิด เรื่อง แผนที่ยุทธศาสตร์ ที่เขียนโดย Professional Robert Kaplan และ Professional David Norton จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา มาดัดแปลงใหม่ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์กับงานทางด้านสังคมได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะประเทศไทย ซึ่งเดิมแผนที่ยุทธศาสตร์นั้นสร้างขึ้นเพื่อใช้ในด้านเศรษฐกิจ ที่มุ่งเน้นผลกำไร จึงไม่สามารถมาใช้กับงานทางด้านสังคมได้ จำเป็นต้องนำมาดัดแปลงใหม่⁽²⁾⁽³⁾ ประกอบกับ คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้นำเรื่อง Balance Scorecard หรือลิตซ์ิตสมดุลมาใช้กับหน่วยงานราชการ โดยใช้สำหรับการปรับปรุง

องค์กร เพื่อให้องค์กรมีประสิทธิภาพสูง ซึ่งเน้นองค์กรเป็นหลัก สามารถทำให้องค์กรทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เท่านั้น แต่ไม่ได้เน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของประชาชน ดังนั้น หากนำเอาแผนที่ยุทธศาสตร์ของ ก.พ.ร. มาใช้ในงานพัฒนาสังคม จำเป็นจะต้องมีการดัดแปลงใหม่เช่นกัน⁽²⁾

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่นิยมกล่าวถึงในปัจจุบัน และมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุข เนื่องจาก เป็นเครื่องมือบริหารการเปลี่ยนแปลง ที่ใช้เป็นตัวเชื่อมยุทธศาสตร์ของทุกภาคส่วนที่ต่างก็สร้างขึ้นเพื่อมุ่งหวังสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคม โดยการพัฒนาคนและสังคมไทยไปสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ มุ่งหวังให้ประชาชนมีบทบาทในการสร้างสุขภาพตามวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ คือ **“ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อม และสังคมโดยรวมได้อย่างยั่งยืน ด้วยความ ตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกที่ดีและมีศรัทธาในการพัฒนา”**⁽⁴⁾

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้หน่วยงานในสังกัดใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพของประชาชนในระดับท้องถิ่นหรือชุมชน และสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นตัวชี้วัดในการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข จะต้องติดตามอย่างจริงจัง และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดเงื่อนไขให้กองทุนสุขภาพตำบลทุกแห่งใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการ⁽⁴⁾ ส่งผลให้หน่วยงานด้านสาธารณสุข มีการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์อย่างกว้างขวาง รวมทั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ขอนแก่น ได้เห็นชอบในการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มาใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยคาดหวังว่าการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ที่มีการดำเนินการเชื่อมโยงและไปในทิศทางเดียวกัน จะมีส่วนสำคัญการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนตามบทบาทของตนเองที่เป็นอยู่ได้อย่างเป็นรูปธรรมสำหรับสถานการณ์การขาดสารไอโอดีนของจังหวัดขอนแก่น เป็นดังนี้ ผลการตรวจปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ร้อยละ 69.9 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁽⁵⁾ WHO, UNICEF, ICCIDD ได้กำหนดสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตรต้องไม่เกินร้อยละ 50 ผลการสำรวจความครอบคลุมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในระดับครัวเรือน (มีไอโอดีนไม่น้อยกว่า 30 ppm.) ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2553 มีค่าร้อยละ 58.8, 81.1, และ 75.1 ตามลำดับ⁽⁶⁾ พบว่ามีค่าต่ำกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คือไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลการตรวจภาวะพร่อง ธัยรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด ในปี พ.ศ. 2551-2553 มีค่าร้อยละ 15.9, 15.3 และ 11.9 ตามลำดับ⁽⁷⁾ แม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 3

จากความสำคัญดังกล่าว คณะผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน จังหวัดขอนแก่น รวมทั้ง ศึกษาการแสดงบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในพื้นที่เป้าหมาย

คำถามการศึกษา

1. กระบวนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เป็นอย่างไร
2. ผู้เกี่ยวข้องของแต่ละภาคส่วน มีบทบาทอย่างไรในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในพื้นที่เป้าหมาย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษากระบวนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน
2. เพื่อศึกษาบทบาทของผู้เกี่ยวข้องแต่ละภาคส่วน ในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในพื้นที่เป้าหมาย

ขอบเขตของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้การสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ตามแนวคิด นพ.อมรนนทสฤต โดยการปรับขั้นตอนของการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลางบประมาณ และปรับข้อความของเนื้อหาให้เข้าใจง่าย เพราะมีความแตกต่างของผู้เข้าประชุม วิทยสถานภาพทางสังคม ประสบการณ์ และหน่วยงาน
2. ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554
3. ผู้เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการฯ มาจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตัวแทนครูจากโรงเรียน ตัวแทนครูที่เลี้ยงจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้นำชุมชน (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตัวแทนร้านค้าในชุมชน ตัวแทนผู้อาวุโส และตัวแทนแม่บ้านในชุมชน จากอำเภอต่างๆ ในจังหวัดขอนแก่น

4. ขั้นตอนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดิน ที่ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้ มีขั้นตอนดังนี้ 1) การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ 2) การกำหนดจุดหมายปลายทาง 3) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับหลัก 4) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ 5) การสร้างแผนปฏิบัติการ 6) การจัดทำตารางนิยามเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ (ตาราง 11 ช่อง) 7) การดำเนินการในพื้นที่

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) พื้นที่ศึกษา ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 4 อำเภอ ได้แก่อำเภอเมือง อำเภอบ้านฝาง อำเภอพล และอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1. ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีน ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น 2. ผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนที่นำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในพื้นที่เป้าหมาย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1. แบบสอบถามที่ใช้ในการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 2. แบบประเมินผลวิทยากร 3. แบบสัมภาษณ์ การติดตามการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการบันทึกแบบใบงานต่างๆ ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การตอบแบบประเมินผล และการตอบแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความ และการสร้าง

ข้อสรุป ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ผลการศึกษาและวิเคราะห์ผลตามขั้นตอนการดำเนินการ

1. การเตรียมการ

1.1 การประสานงานและกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมประชุมฯ

ผู้ศึกษาประสานงาน กับผู้รับผิดชอบงานไอโอดีน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในการนำแนวคิดของ น.พ.อมร นนทสุต

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมประชุมฯ จำแนกตามตำแหน่งทางสังคม

ตำแหน่งทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	54	54.0
ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	19	19.0
ครูจากโรงเรียน	5	5.0
ครูพี่เลี้ยงเล็ก	4	4.0
ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน, กรรมการหมู่บ้าน)	5	5.0
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	9	9.0
ตัวแทนร้านค้า	2	2.0
ตัวแทนผู้อาวุโสในชุมชน	1	1.0
ตัวแทนแม่บ้าน	1	1.0
รวม	100	100.0

บทวิเคราะห์ผลการศึกษา

การยอมรับและนำแนวคิดแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มาใช้เป็นเครื่องมือดำเนินการ เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ และผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ มาร่วมสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนนั้น นับเป็นพลังที่สำคัญยิ่ง เพราะการดำเนินการจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เพื่อเรียนรู้เพิ่มพูนทักษะการดำเนินการรวมทั้ง การรับรู้ปัญหา การหาหรือ ถกเถียง

มาประยุกต์ใช้ในการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อเป็นเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขของจังหวัดทุกระดับเห็นชอบ และเชิญผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในพื้นที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนจังหวัดขอนแก่น มีผู้เข้าร่วมประชุมฯ ตรงตามคุณลักษณะที่กำหนด รายละเอียดดังตารางที่ 1

และร่วมหาแนวทางขับเคลื่อนในพื้นที่ โดยการขับเคลื่อนนั้น จะต้องสอดคล้องกับบทบาทของทุกภาคส่วน

1.2 ผลการสร้างและเตรียมทีมวิทยากร

วิทยากรกระบวนการ เป็นผู้ผ่านการพัฒนาความรู้ และทักษะการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ตามแนวคิด น.พ.อมร นนทสุตมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง และมีประสบการณ์เป็นวิทยากรกระบวนการเรื่องเดียวกันนี้ ไม่น้อยกว่า 3 ครั้งเช่นเดียวกัน การศึกษาครั้งนี้ ทีมวิทยากร

กระบวนการ รวมจำนวน 5 ราย เป็นข้าราชการของศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น แยกเป็นนักวิชาการสาธารณสุข จากกลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ จำนวน 4 ราย และ นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ จากกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 1 ราย อยู่ประจำมุมมองทั้ง 4 มุมมอง คือ มุมมองประชาชน มุมมองภาคี มุมมองกระบวนการ และมุมมองพื้นฐาน โดยผู้ศึกษาเป็นวิทยากรหลัก

บทวิเคราะห์ผลการศึกษา

การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มีความจำเป็นต้องมีวิทยากรประจำแต่ละมุมมอง ซึ่งจะช่วยการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนให้มีความคล่องตัวและแล้วเสร็จตามเวลาของแต่ละขั้นตอน รวมทั้ง ทุกมุมมองดังที่กล่าวแล้วข้างต้นจะต้องแล้วเสร็จในทุกขั้นตอนไปพร้อมกัน จึงจะดำเนินการในขั้นตอนต่อไปได้ ความพร้อมของวิทยากรกระบวนการเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะจะช่วยเพิ่มประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมประชุมฯ และยังช่วยให้การปฏิบัติตรงตามประเด็นหลักของขั้นตอนนั้นๆ ด้วย

2. ขั้นพัฒนาศักยภาพ และสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

ผลการพัฒนาศักยภาพ และสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ได้รับฟังการบรรยายพิเศษ เรื่อง นโยบายและการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนจังหวัดขอนแก่น และรับทราบสถานการณ์การขาดสารไอโอดีน ของอำเภอต่างๆ ในจังหวัดขอนแก่น และสาเหตุ ความสำคัญของการขาดสารไอโอดีน ผู้ศึกษาได้สังเกตบรรยายภาคของการประชุมฯ ซึ่งพบว่า มีการรับฟังข้อมูลและความรู้ที่วิทยากรบรรยายอย่างตั้งใจ รวมทั้ง มีการสอบถามและแสดงความคิดเห็นกับวิทยากร โดยเฉพาะ เรื่องการขาดสารไอโอดีน เพราะได้รับความสนใจจากผู้เข้าร่วมประชุมฯ เป็นอย่างมาก จากนั้นผู้ศึกษาได้บรรยายแนวคิดและขั้นตอนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ หลังเสร็จสิ้นการบรรยายแล้ว ได้แบ่งผู้เข้าร่วมประชุมฯ แบ่งตาม 4 มุมมอง โดยมุมมองประชาชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนผู้อาวุโสในชุมชน และตัวแทนแม่บ้าน มุมมองภาคี ประกอบด้วย ตัวแทนจาก อปท. ครูจากโรงเรียน ครูพี่เลี้ยงเล็ก และตัวแทนร้านค้า สำหรับมุมมองกระบวนการ และมุมมองพื้นฐานคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากทุกอำเภอที่เข้าร่วมประชุมฯ โดยจะแบ่งผู้เข้าร่วมประชุมฯ จากทุกอำเภอจำนวนเท่าๆ กัน อยู่ในมุมมองกระบวนการ และมุมมองพื้นฐาน รายละเอียดจำนวนสมาชิกของแต่ละมุมมอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละผู้เข้าร่วมประชุมฯ จำแนกตามมุมมอง

มุมมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประชาชน	18	18.0
ภาคี	28	28.0
กระบวนการ	27	27.0
พื้นฐาน	27	27.0
รวม	100	100.0

ขั้นตอนที่ 2: การกำหนดจุดหมายปลายทาง
ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ได้นำข้อความคาดหวัง
ในอนาคตมุมมองของตนเอง มาปรับเป็นข้อความ
ของจุดหมายปลายทาง ผู้ศึกษาสังเกตและพบ

ว่า ผู้เข้าร่วมประชุมฯ สามารถปรับข้อความตาม
เงื่อนไขที่ผู้ศึกษาอธิบาย โดยทุกข้อความขึ้นต้น
ด้วยคำว่า “มี” รายละเอียดดังแผนผังที่ 2

แผนผังที่ 2 ผังจุดหมายปลายทาง

ผังจุดหมายปลายทาง

ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีนได้อย่างเหมาะสม

จังหวัดขอนแก่น ปีพ.ศ. 2554 - 2556 (ระยะเวลา 3 ปี) กำหนด ณ วันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2554

<p style="text-align: center;">มุมมองประชาชน</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ มีมาตรการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในชุมชน ➢ มีการประชาสัมพันธ์ รมรงค์ให้ประชาชนมีความรู้และบริโภคสารไอโอดีน ➢ มีการแนะนำและติดตามหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร เด็ก 0-6 ปี ➢ มีการสุ่มตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ร้านค้า ร้านอาหาร ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน ➢ มีการจัดตั้งกองทุนเกลือไอโอดีนครบทุกหมู่บ้าน 	<p style="text-align: center;">มุมมองภาคี</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ มีการสนับสนุนกองทุนเกลือไอโอดีน โดย อปท. ➢ มีการส่งเสริมการใช้เกลือไอโอดีนในชุมชน โดย อปท. ➢ มีการจัดกิจกรรมเรื่องไอโอดีนในโรงเรียน ➢ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนใน ศพด. ➢ ร้านค้ามีส่วนร่วมในการใช้เกลือเสริมไอโอดีนของชุมชน (ให้คำแนะนำ จำหน่าย หาแหล่งเกลือที่มีคุณภาพ)
<p style="text-align: center;">มุมมองกระบวนการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ มีการสนับสนุน/ส่งเสริมการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย ➢ การบริหารจัดการกระบวนการทำงานอย่างครอบคลุม ➢ มีระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ ➢ มีการส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้และนวัตกรรม 	<p style="text-align: center;">มุมมองพื้นฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ มีการพัฒนาบุคลากร ➢ มีการพัฒนาระบบข้อมูล ➢ มีการทำงานเป็นทีม ➢ มีระบบประเมินผลงานที่เหมาะสมและเป็นธรรม ➢ มีการสร้างค่านิยมที่เอื้อต่อการทำงาน

บทวิเคราะห์ผลการศึกษา

การที่ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้ให้นโยบายและแนวทางการดำเนินการ เป็นการแสดงถึงเจตนาที่จริงจังและมีความต้องการให้ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ตระหนักถึงความสำคัญของโรคขาดสารไอโอดีน ให้เกิดการยอมรับและนำไปดำเนินการ รวมทั้ง เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้เข้าร่วมประชุมฯ กล้าคิด กล้าทำ และกล้าตัดสินใจในการวางแผนการดำเนินการในพื้นที่ของตนเอง

การได้รับความรู้ เรื่อง การขาดสารไอโอดีน ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ได้รับรู้ถึงประโยชน์และผลกระทบของการขาดสารไอโอดีน รวมทั้งเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญ มีความมั่นใจในการนำความรู้ไปถ่ายทอดให้ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้

ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ได้รับทราบแนวคิดของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ได้รับรู้ขั้นตอนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และมีวิทยากรประจำมุมมอง จะทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมฯ มีความมั่นใจ และ

มีความพร้อมมากขึ้น ในการสร้างแผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์

ขั้นตอนที่ 1: การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ การดำเนินการป้องกันการขาดสารไอโอดีน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ได้บอกการดำเนินการที่ผ่านมาทั้งด้านบวก และด้านลบ ซึ่งทุกคนกล้าบอกตามความเป็นจริง โดยไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกกดดัน การให้เวลาในการวิเคราะห์ฯ เป็นสิ่งที่สำคัญ จะทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย ประการสำคัญทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ได้เรียนรู้สภาพความเป็นจริงของการดำเนินการตามบทบาทของทุกภาคส่วนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

การกำหนดข้อความของความคาดหวังในอนาคต คือการให้ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ได้บอกว่าจะต้องทำให้ดีกว่าเดิมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนคืออะไร จากการสังเกต พบว่า เริ่มแรกผู้เข้าร่วมประชุมฯ บางมุมมองอาจมีข้อขัดข้องบ้าง มีความจำเป็นที่วิทยากรประจำมุมมองต้องช่วยอธิบายเพิ่มเติม และยกตัวอย่างประกอบ ช่วยผ่อนคลายความกังวลของผู้เข้าร่วมประชุมฯ ได้ และสามารถกำหนดข้อความของความคาดหวังในอนาคตได้

ขั้นตอนที่ 2 : การกำหนดจุดหมายปลายทาง ผู้ศึกษาสังเกต และพบว่า ขั้นตอนนี้ไม่มีความซับซ้อนมากนัก แต่สิ่งที่สำคัญคือ ทุกมุมมองได้กำหนดข้อความของจุดหมายปลายทางของตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ทุกคนรู้ว่าจะต้องทำอะไรตามบทบาทของตนเอง จึงจะไปถึงเป้าหมายเดียวกัน คือ ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีนได้อย่างเหมาะสม และการนำเสนอจุดหมายปลายทางของทุกมุมมอง ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมฯ เห็นความเชื่อมโยงของแต่ละมุมมองที่

มีความสอดคล้องกันไปในทิศทางเดียวกัน และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการ จึงให้การยอมรับ โดยไม่มีการทักท้วงและไม่มีข้อซักถาม

ขั้นตอนที่ 3 : การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับหลัก (Strategic Route Map = SRM)

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับหลัก มีกรอบเวลา 3 ปี (ปีงบประมาณ 2554 – 2556) ขั้นตอนนี้ ผู้เข้าร่วมประชุม มีการปฏิบัติแบ่งเป็น 3 ช่วง ในช่วงแรกได้นำข้อความจากจุดหมายปลายทาง มาปรับเป็นข้อความเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นการบอกว่า วิธีการที่สำคัญและดีที่สุด ที่จะทำให้บรรลุจุดหมายปลายทางที่กำหนดไว้คืออะไร เมื่อได้ข้อความเป้าประสงค์ฯ แล้วจึงปฏิบัติในช่วงที่ 2 เป็นการพิจารณาหาข้อความมาขยายต่อท้ายข้อความเป้าประสงค์ฯ ที่แสดงให้เห็นว่า จะต้องทำอะไรให้เกิดขึ้นทั้ง 4 มุมมอง จากการสังเกต พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมฯ มีการพิจารณาร่วมกัน เพื่อให้ได้เป้าประสงค์ฯ ตรงตามความต้องการ จากนั้น มีการปฏิบัติในช่วงที่ 3 เป็นการกำหนดกลยุทธ์ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมฯ จะต้องพิจารณาว่า วิธีการใหญ่ หรือแนวทางหลักที่จะทำ และจะส่งผลให้เป้าประสงค์ฯ มีความสำเร็จได้ คืออะไร ผู้ศึกษาได้กำหนดให้ทุกเป้าประสงค์ฯ จะต้องมีย่อยอย่างน้อย 3 กลยุทธ์ ระหว่างการปฏิบัติผู้ศึกษาสังเกตและพบว่า การกำหนดกลยุทธ์เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมฯ มีท่าทีที่เคร่งเครียด เพราะไม่มั่นใจว่าจะเลือกใช้ข้อความใดมากำหนดเป็นกลยุทธ์ จำเป็นที่วิทยากรประจำมุมมอง ต้องช่วยและกระตุ้นให้สมาชิกของมุมมองนั้นๆ ช่วยกันกำหนดทางเลือกที่ตนคิดว่าสำคัญและกำหนดเฉพาะข้อความกว้างๆ เท่านั้น จนได้ครบ 3 กลยุทธ์ เมื่อเสร็จภารกิจทุกมุมมองนำข้อความไปติดที่ผนังห้องและใช้ลูกศร

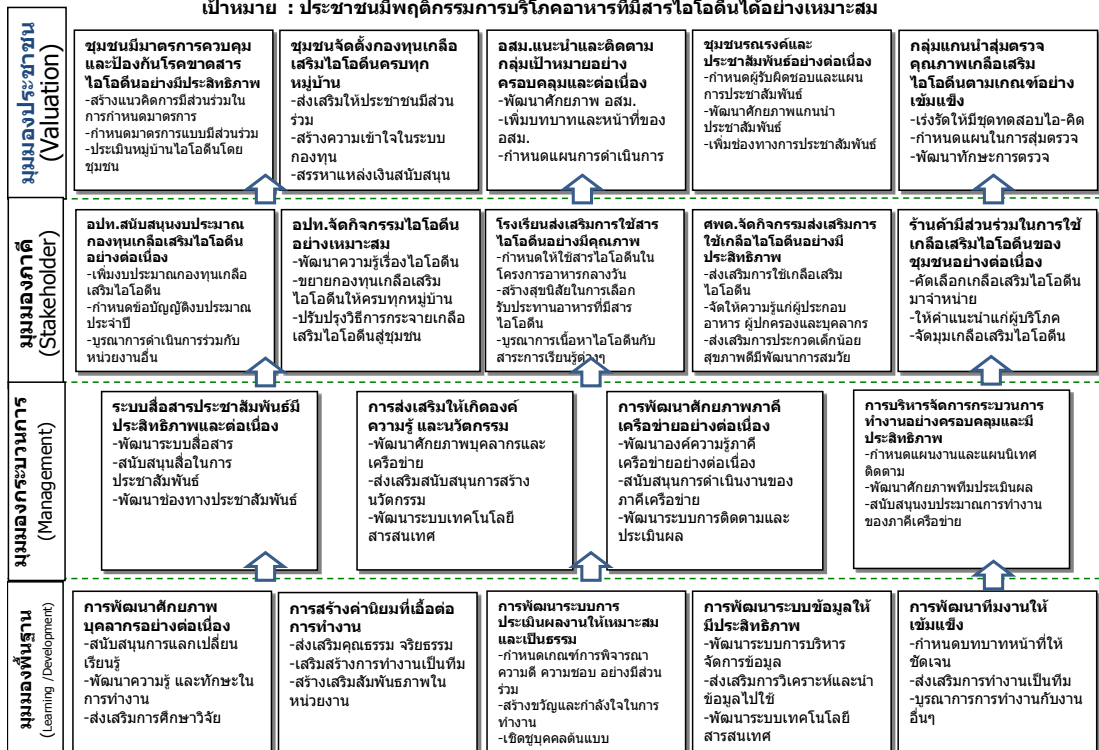
ขนาดใหญ่แสดงความเชื่อมโยง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้เห็นโดยทั่วกัน จากนั้น ทุกมุมมองนำเสนอเป้าประสงค์ฯ และกลยุทธ์ ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนและร่วมแสดงความ

คิดเห็นทั้งจากวิทยากร และผู้เข้าร่วมประชุมฯ เพื่อให้เกิดการยอมรับร่วมกัน รายละเอียดของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับหลักดังแผนผังที่ 3

แผนผังที่ 3 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับหลัก (SRM)

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับหลัก (SRM) : การควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2554-2556 (3 ปี) กำหนดวันที่ 13 มิถุนายน 2554

เป้าหมาย : ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีนได้อย่างเหมาะสม



บทวิเคราะห์ผลการศึกษา

การที่ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ได้รับรู้ความหมาย “เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์” และ “กลยุทธ์” ทำให้มีความเข้าใจมากขึ้น แม้ว่าการกำหนดข้อความตามที่กล่าวมาแล้ว จะพบข้อขัดข้องเฉพาะในส่วนของการกำหนด “กลยุทธ์” แต่วิทยากรประจำมุมมองได้เข้าไปช่วยอธิบายเพิ่มเติมสิ่งที่ผู้ศึกษา พบว่า เป็นผลทางบวก คือ ผู้เป็นเจ้าของบทบาทนั้นๆ เป็นผู้กำหนดและตัดสินใจเอง

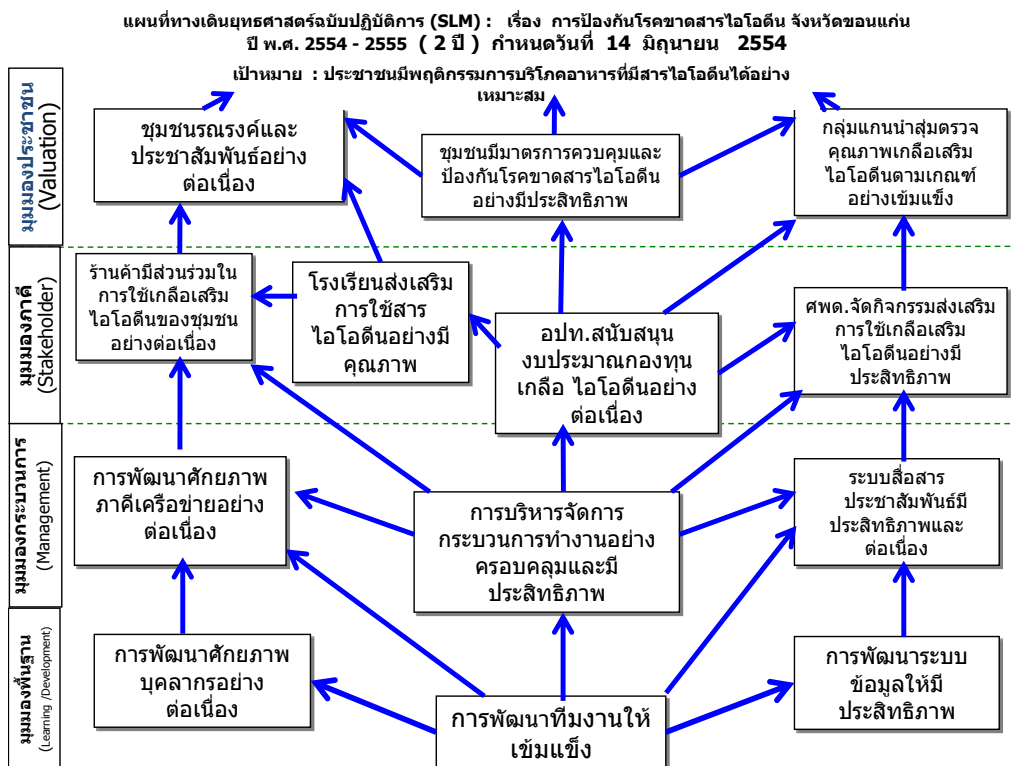
เพื่อให้ได้เป้าประสงค์ฯ และกลยุทธ์ตรงตามความต้องการ สามารถนำไปดำเนินการตามบทบาทของตนเองได้ และการให้ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ได้เห็นภาพความเชื่อมโยงเป้าประสงค์ฯ ของแต่ละมุมมอง จะทำให้ได้รับรู้ว่า การดำเนินการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนนั้นของแต่ละภาคส่วนนั้นมีความเชื่อมโยงกันและเอื้อต่อกัน ดำเนินการไปในเส้นทางเดียวกัน จะทำให้มีความมั่นใจมากขึ้นในการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 4 : การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model = SLM)

การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ มีกรอบเวลาภายใน 2 ปี (ปี พ.ศ. 2554-2555) ภายหลังจากการรับฟังคำอธิบายของขั้นตอนนี้แล้ว ผู้เข้าร่วมประชุมของมุมมองประชาชน ได้เลือกเป้าประสงค์ฯ 3 เป้าประสงค์ฯ ก่อน จากนั้นเป็นมุมมองภาคี มุมมองกระบวนการ และมุมมองพื้นฐาน ตามลำดับ ผู้ศึกษาสังเกตและพบว่า การปฏิบัติขั้นตอนนี้ผู้เข้าร่วมประชุมฯ มี

ความตื่นตัว โดยแต่ละมุมมองได้ร่วมกันพิจารณาเลือกเป้าประสงค์ฯ ที่จะนำไปดำเนินการ โดยมี การพูดคุย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันว่า จะเลือกเป้าประสงค์ฯใด จะวางเป้าประสงค์ฯ ไว้ระดับใดในระดับเดียวกัน หรือต่างระดับกัน แม้จะเป็นมุมมองเดียวกันก็ตาม เมื่อปฏิบัติแล้วเสร็จได้นำลูกศรขนาดเล็กลงสีน้ำเงินที่เตรียมไว้มาแสดงความเป็นเหตุ เป็นผล และความเชื่อมโยงระหว่างเป้าประสงค์ฯได้อย่างเหมาะสม รายละเอียดดังแผนผังที่ 4

แผนผังที่ 4 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (SLM)



บทวิเคราะห์ผลการศึกษา

การกำหนดกรอบเวลาของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ เรื่อง การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน คือ 2 ปี (พ.ศ. 2554-2555)

ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมฯสามารถร่วมกันพิจารณา และตัดสินใจเลือกเป้าประสงค์ฯ ที่จะนำไปดำเนินการ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมฯหลายรายอาจไม่เคยได้ร่วมกันพิจารณาในลักษณะนี้กันมาก่อน

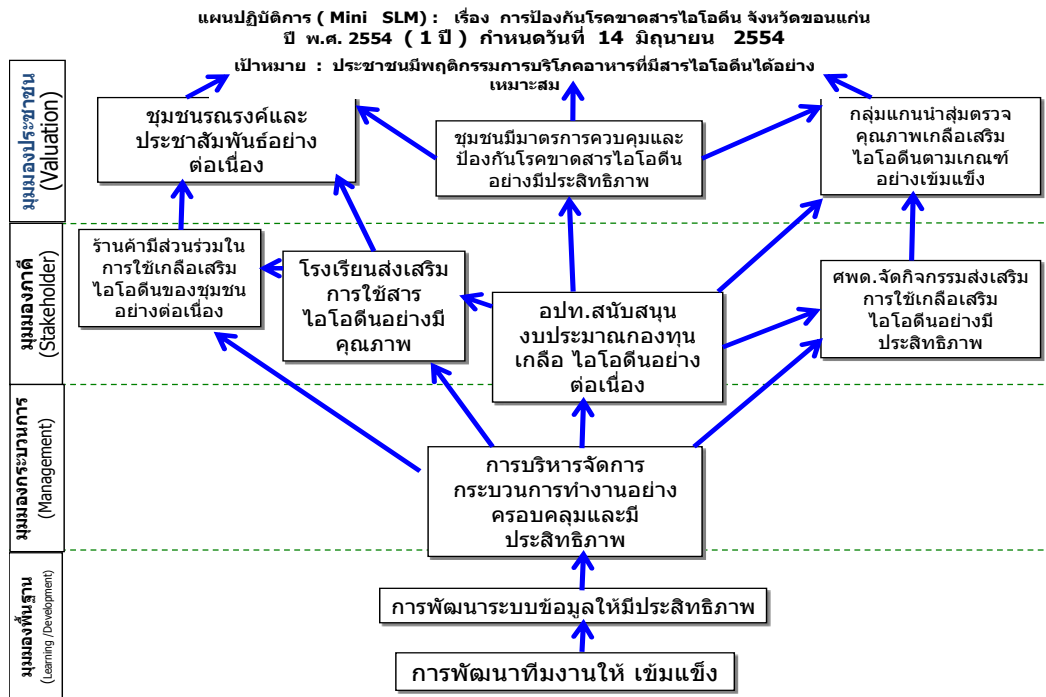
จึงทำให้เกิดความตื่นตัว และให้ความสนใจมากจากการสังเกตของผู้ศึกษาพบว่า บรรยากาศการปฏิบัติเริ่มผ่อนคลาย และทุกคนสามารถมองเห็นความเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติ เห็นความเชื่อมโยงของแต่ละมุมมองที่จะต้องดำเนินการไปพร้อมๆ กัน และมีการยอมรับของผู้เข้าร่วมประชุมฯ ทั้งในมุมมองเดียวกัน และมุมมองอื่นด้วย

ขั้นตอนที่ 5: แผนปฏิบัติการ (Mini - SLM)

แผนปฏิบัติการ มีกรอบเวลา 1 ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554) ผู้เข้าร่วมประชุมฯ จากทุกมุมมอง เลือกเป้าประสงค์ฯ ที่จะต้องดำเนินการให้

แล้วเสร็จภายในเวลา 1 ปี โดย แต่ละบทบาทในมุมมองนั้นๆ ควรจะมีอย่างน้อย 1 เป้าประสงค์ฯ ผู้ศึกษาให้มุมมองประชาชนเลือกก่อนจากนั้นเป็นมุมมองภาคี มุมมองกระบวนการ และมุมมองพื้นฐาน ตามลำดับ ในขั้นตอนนี้ ผู้ศึกษาสังเกตและพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ทุกมุมมอง มีความเข้าใจมากขึ้น สามารถเลือกเป้าประสงค์ฯ ที่ต้องการดำเนินการได้อย่างเหมาะสม และวางระดับเป้าประสงค์ฯ ที่แสดงความเป็นเหตุ เป็นผล มีความเชื่อมโยงของเป้าประสงค์ฯ แล้วเสร็จอย่างรวดเร็ว รายละเอียดดังแผนผังที่ 5

แผนผังที่ 5 แผนปฏิบัติการ (Mini SLM)



ขั้นตอนที่ 6 : ตารางนิยามเป้าประสงค์ ของแผนปฏิบัติการ (ตาราง 11 ช่อง)

หลังจากฟังการอธิบายจากผู้ศึกษาแล้ว ผู้เข้าร่วมประชุมฯ มีการแบ่งงานกันตามบทบาทของ

แต่ละคน เพื่อเขียนในใบงานตาราง 11 ช่อง ตามความหมายของแต่ละช่องที่ผู้ศึกษาจัดทำและแจกให้ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ทุกคน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงตารางนิยามเป้าประสงค์ของแผนปฏิบัติการ

ตารางนิยามเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ (Mini SLM) เรื่อง การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน จังหวัดขอนแก่น ภายในปี 2554 (ระยะเวลา 1ปี) กำหนดวันที่ 14 มิถุนายน 2554											
(1)	(2)	(3)	(4) มาตรการ(ทางวิชาการ/ทางสังคม)		(6) ตัวชี้วัดผลงาน	(7) ปริมาณงาน	(8) ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	(9) งบประมาณ	(10) ระยะเวลาดำเนินการ	(11) ผู้รับผิดชอบ	
			กิจกรรมย่อยที่ต้องทำ	ข้อตกลงที่ชุมชนต้องทำ							
นำมาจากเป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์ใน Mini SLM ที่เลือกแล้ว	จากกลยุทธ์ที่พิจารณาว่าสำคัญที่สุด ที่คาดว่าจะสำเร็จ ภายใต้อายุคนใด และเป็นกลยุทธ์ที่ต้องทำได้ ตามเวลาที่กำหนด	ระบุ กิจกรรมหลักที่สำคัญซึ่งจะต้องสอดคล้องกับกลยุทธ์ที่เลือก (ตั้งคิดใหม่ใน ส่วนนี้)	เป็นกิจกรรมย่อย ที่ทำให้กิจกรรมหลักสำเร็จ จะต้องมีการประเมินผล ะไบบ้าง และกิจกรรมย่อยอื่นๆ จะต้องดำเนินการเรียงลำดับความสำคัญ โดยให้คำนึงถึงการปฏิบัติงานที่กระทำอยู่ ประกอบการพิจารณา และควรคิดให้ละเอียดและครอบคลุม รวมทั้งสอดคล้องกับระยะเวลา ดำเนินการให้แล้วเสร็จด้วย	ข้อตกลงที่ชุมชนต้องทำ	เป็นการระบุ ว่าถ้า กิจกรรมย่อยในช่องที่ 4 กำหนดไว้ เช่นนี้แล้ว คนในชุมชน หรือ ผู้ปกครองเด็ก หรือ เด็กนักเรียน ชั้น ป.1-ป.6 จะต้องทำอะไร (ระบุเพียงข้อความสำคัญเพียงข้อความ เดียว)	ตัวชี้วัด ผลงาน จะสอดคล้อง กับ กิจกรรมย่อยในแต่ละช่องที่ 4 ซึ่งอาจมีจำนวน เท่ากัน หรือ น้อย กว่า ช่องที่ 4 ก็ได้ หรือจะระบุเฉพาะ กิจกรรมย่อยที่ใช้ งบประมาณ คน หรือวัสดุ/อุปกรณ์ ก็ได้	ระบุ ตัว เลขที่คาดว่าจะ เกิดขึ้น ตาม ตัวชี้วัด ผลงานที่กำหนดใน ช่องที่ 6	โดยหนึ่ง เป้าประสงค์ มีหนึ่งหัวใจ คำว่า ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ ให้ระบุเพียง ข้อความ สำคัญเพียงข้อความ เดียวและต้อง สอดคล้องกับ ข้อความ เป้าประสงค์ของ ยุทธศาสตร์	ระบุจำนวน งบประมาณที่ จะต้องใช้ (ระบุแหล่ง งบประมาณ ด้วย)	ระบุระยะเวลา การ ทำกิจกรรม (ต้องระบุ เดือนที่ จะดำเนินการ ให้ชัดเจน)	ระบุชื่อนามสกุล ของ ผู้รับผิดชอบในแต่ละ กิจกรรมย่อย ช่องที่ 4

ผู้ศึกษา สังเกตบรรยากาศการปฏิบัติพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ไม่ได้แสดงความเคร่งเครียด หรือเบื่อหน่าย แต่ได้ช่วยกันระบุนิยามข้อความให้ตรงกับช่องนั้นๆ ระหว่างการปฏิบัติพบว่า ช่องที่ 3 คือ การกำหนดกิจกรรมหลัก บางมุมมองต้องมีวิทยากรประจำมุมมองช่วยอธิบายและยกตัวอย่างประกอบ และช่องที่ 4 คือ กิจกรรมย่อยที่ต้องทำ (ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้ข้อความของช่องนี้ รวมทั้งช่องที่ 5 ด้วย) ผู้เข้าประชุมฯ ได้กำหนดกิจกรรมที่สามารถป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้ และนำมาจัดลำดับก่อน-หลังที่จะนำไปดำเนินการ รวมทั้ง สามารถเขียนในช่องอื่นๆ ได้ ยกเว้นช่องที่ 8 คือ ตัวชี้วัดความสำเร็จ ส่วนใหญ่จะคุ้นเคยกับการใช้ “จำนวน” “ร้อยละ” “อัตรา” เป็นหน้าที่ของวิทยากรประจำมุมมองที่จะเข้าไปช่วยทำความเข้าใจ และช่วยกำหนดให้ตรงตาม

ความหมายตามแนวคิดของ นพ.อมร นนทสุต เมื่อทุกมุมมองจัดทำแล้วเสร็จมีการนำเสนอต่อที่ประชุม เพื่อรับการวิพากษ์และซักถาม

การนำเสนอผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 6 ผู้ศึกษาจะนำเสนอเฉพาะ ช่องที่ 3 คือ กิจกรรมหลักของแต่ละมุมมอง ดังนี้

มุมมองประชาชน มี 6 กิจกรรม ดังนี้

1. การประชาสัมพันธ์การจัดทำมาตรการการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน
2. การจัดเวทีประชาคม เพื่อร่วมกำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน
3. วางแผนประเมินผลหมู่บ้านไอโอดีน
4. วางแผนประชาสัมพันธ์การขาดสารไอโอดีนในชุมชน
5. เลือกช่องทางการประชาสัมพันธ์ข่าวสารการขาดสารไอโอดีน

6. จัดประชุม อสม. เพื่อจัดทำแผนคุ้มครอง
เกลือเสริมไอโอดีน

มุมมองภาคี มี 4 กิจกรรม ดังนี้

1. โครงการจัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังปัญหา
ขาดสารไอโอดีน (อพท.)
2. โครงการส่งเสริมการใช้เกลือเสริมไอโอดีน
ในอาหารกลางวันสำหรับนักเรียน
3. จัดเวทีการประกวดหุ่นน้อยสุขภาพดีมี
พัฒนาการสมวัย (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก)
4. จัดมุมไอโอดีนในร้านค้า

มุมมองกระบวนการ มี 2 กิจกรรม ดังนี้

1. ประสานงานเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ
จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. จัดทำแผนนิเทศติดตามงานไอโอดีน

มุมมองพื้นฐาน มี 2 กิจกรรม ดังนี้

1. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการ
ทำงานเป็นทีม
2. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการ
ทำงานเป็นทีม

บทวิเคราะห์ผลการศึกษา

ในขั้นตอนนี้ พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมฯ
สามารถจัดทำแผนปฏิบัติการตามตาราง 11 ช่อง
แล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนด จากการสังเกตของ
ผู้ศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมฯ จะเลือกกิจกรรม
ที่ตนเองสามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จ และ
จะเกิดผลสำเร็จได้ภายในเวลา 1 ปี ในขั้นตอนนี้
มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการวิพากษ์จากผู้มี
ประสบการณ์เรื่องการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน
เพราะจะให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ที่
ผู้เข้าร่วมประชุมฯจะนำไปดำเนินการในพื้นที่

3. การประเมินผล

ผลการประเมิน แยกเป็นดังนี้

3.1 ผลการประเมินวิทยากรในการประชุม
เชิงปฏิบัติการฯ ครั้งนี้ พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมฯ
มีความพึงพอใจอยู่ระดับมากและค่อนข้างมาก
ระดับมากที่สุด 3 ลำดับแรก มีดังนี้ (1) ความ
สามารถของวิทยากรในการบรรยาย มีค่าเฉลี่ย
4.43 (2) ความรู้ของวิทยากรในเรื่องที่บรรยาย
และ (3) ความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับหัวข้อการ
บรรยาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน คือ 4.37

3.2 ผลการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง
4 อำเภอ ผู้ศึกษาได้ติดตามความก้าวหน้าการ
ดำเนินการพบว่า ทุกพื้นที่ที่มีการจัดประชุมเพื่อ
ถ่ายทอดแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อควบคุม
และป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ
รวมทั้ง มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในการดำเนินการ
มีประกาศนโยบายและมีมาตรการป้องกันและ
ควบคุมการขาดสารไอโอดีนในหมู่บ้าน และมี
การจัดทำบันทึกความร่วมมือระหว่าง ผู้ประกอบ
การร้านค้ากับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
และเทศบาลตำบล เรื่อง การจำหน่ายเกลือเสริม
ไอโอดีน สำหรับการดำเนินการของแต่ละบทบาท
กล่าวโดยภาพรวม เป็นดังนี้

บทบาทของผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน):

สนับสนุนการรณรงค์ใช้เกลือเสริมไอโอดีน และ
ประชาสัมพันธ์ข่าวสาร เรื่อง ไอโอดีน ผ่าน
หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน

บทบาทของ อสม. : ให้ความรู้ และ
คำแนะนำแก่ครัวเรือนที่รับผิดชอบ สุ่มตรวจ
คุณภาพเกลือ ทุก 6 เดือน ทำหน้าที่ เป็นทูต
ไอโอดีน จัดทำทะเบียนครัวเรือนที่รับผิดชอบ
ทำปลาร้าเสริมไอโอดีน ร้องกลอนลำเดินและ

สารกัญญาที่สอดแทรกเนื้อหาไอโอดีนเผยแพร่ในชุมชน

บทบาทของร้านค้า : จำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีน และผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนจัดมุมไอโอดีนในร้านค้า จัดหมวดหมู่ของอาหารที่มีส่วนผสมของสารไอโอดีน และ ติดแผ่นป้ายความรู้ เรื่อง ไอโอดีน ในร้านค้า

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : สนับสนุนเกลือเสริมไอโอดีนให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมรณรงค์ ในวันไอโอดีนแห่งชาติ และ เทศกาลสำคัญในพื้นที่ และสนับสนุนงบประมาณในการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีน

บทบาทของโรงเรียน

บทบาทของครู : ฝึกทักษะการตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนให้กับ อย.น้อย เพื่อตรวจ / สุ่มตรวจในโรงเรียน สนับสนุน อย.น้อย ให้ความรู้ เรื่องไอโอดีนผ่านเสียงตามสายในโรงเรียนสอดแทรกเนื้อหาไอโอดีนในวิชาสุขศึกษา จัดนิทรรศการไอโอดีน ในวันที่ 25 มิถุนายนของทุกปี ร่วมกับวันสุนทรภู่ และวันยาเสพติด ให้แก่นักเรียน และผู้ปกครอง ติดตามเยี่ยมบ้านเด็กให้ ความรู้และคำแนะนำเรื่องไอโอดีน และเผยแพร่ความรู้ให้แก่เด็กผ่านป้ายนิเทศ

บทบาทของนักเรียน : ให้ความรู้ เรื่องผ่านเสียงตามสายในโรงเรียน และจัดผู้รับผิดชอบร่วมให้ความรู้ อย.น้อย ตรวจ/สุ่มตรวจเกลือเสริมไอโอดีนที่ใช้ปรุงอาหารกลางวันสำหรับนักเรียนรวมทั้ง ร้านค้าที่จำหน่ายอาหารในโรงเรียนด้วย

บทบาทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก : ใช้เกลือ และผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนปรุงอาหารให้เด็ก

ทุกวัน ตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนโดยครูพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเด็ก เรื่องไอโอดีน และการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน และปลูกฝังความรู้ เรื่อง การขาดสารไอโอดีนให้กับเด็ก

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข : ให้ความรู้ เรื่อง ไอโอดีน แก่ อสม. และประชาชน กระจายเม็ดเสริมไอโอดีนให้หญิงตั้งครรภ์ทุกราย สุ่มตรวจหาสารไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ใฝ่ระวังการใช้เกลือเสริมไอโอดีนและผลิตภัณฑ์อาหารเสริมไอโอดีนของประชาชน สนับสนุนแผ่นพับ ใบปลิวให้ความรู้ เรื่องโรคขาดสารไอโอดีนให้กับทุกภาคส่วน พัฒนาระบบข้อมูลเรื่องไอโอดีน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ พัฒนาทีมงานให้เข้มแข็งโดยประชุมร่วมกัน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน พัฒนาทักษะและความรู้ให้แก่บุคลากรและเครือข่ายบริการสุขภาพ จำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีนและนำเงินเข้ากองทุน สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการพัฒนาหมู่บ้านต้นแบบไอโอดีน จัดรณรงค์และประชาสัมพันธ์เรื่อง “เพิ่มไอโอดีน เพิ่มไอคิว” สุ่มตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน/ร้านค้า/ โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นแกนในการติดตามการดำเนินการหมู่บ้านไอโอดีนต้นแบบ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นแกนประเมินตนเอง ในการขับเคลื่อนการเป็นหมู่บ้านไอโอดีนต้นแบบ สอบถามความรู้การปฏิบัติ และความพึงพอใจของผู้นำชุมชน ที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีน

3.3 ผลการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน มีผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 61 ราย การสัมภาษณ์มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง

ในการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ให้ข้อมูลด้วยวาจา ซึ่งจะสะท้อนความรู้ ความคิด และสิ่งที่ได้ปฏิบัติจริงซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ผู้ศึกษาได้ประมวลผลการสัมภาษณ์ สรุปรายละเอียดสำคัญดังนี้

3.3.1 การนำแผนปฏิบัติการ เรื่อง การป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (ตาราง 11 ช่อง) มาใช้ดำเนินการ มีผู้ตอบว่า มีการนำมาใช้จำนวน 61 คน วิธีการนำมาใช้ แยกเป็น นำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ จำนวน 55 คน และนำมาดำเนินการทั้งหมด 6 คน

3.3.2 การดำเนินการตามบทบาท ได้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดย 5 อันดับแรกของผู้ตอบ ที่ตอบว่า มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน มีดังนี้ 1) บริโภคเกลือเสริมไอโอดีนมากขึ้น 30 คน 2) เลือกซื้ออาหารที่มีส่วนผสมของไอโอดีน 26 คน 3) ให้ความร่วมมือในการตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน 19 คน 4) ซื้อเกลือสินเธาว์ลดลง 15 คน 5) ครวญร้อนเก็บเกลือเสริมไอโอดีนได้ถูกต้อง 12 คน

3.3.3 ประโยชน์ของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้น และนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน โดย 5 อันดับแรกของผู้ตอบ ที่ตอบว่ามีประโยชน์ มีดังนี้ 1) อสม. มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ เรื่องไอโอดีน 27 คน 2) อสม. มีความรู้ เรื่องไอโอดีน และให้คำแนะนำได้ 18 คน 3) หลายหน่วยงานมีการร่วมกันทำงานที่เป็นรูปธรรม 17 คน 4) ช่วยให้ประชาชนรู้จักการโรคขาดสารไอโอดีนมากขึ้น 16 คน 5) นำมาใช้แก้ไขปัญหาคาดสารไอโอดีนในพื้นที่ได้ 15 คน

3.3.4 ประสบการณ์ที่ได้ จากการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ในการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีน โดย 5 อันดับแรกของผู้ตอบ ที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาคาดสารไอโอดีน มีดังนี้ 1) มีการปรับแผนการดำเนินงาน 50 คน 2) มีการทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน 30 คน 3) มีการประสานงานกับภาคีเครือข่าย 15 คน 4) ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 14 คน 5) ได้การดำเนินงานที่ง่ายและชัดเจน 13 คน

3.3.5 การนำประสบการณ์การใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ไปใช้ดำเนินงานสาธารณสุขเรื่องอื่น โดย 5 อันดับแรกของผู้ตอบ การนำประสบการณ์ฯ มาใช้ ดังนี้ 1) นำมาปรับใช้ เรื่องเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก 20 คน 2) นำมาใช้ในงานด้านสาธารณสุข 15 คน 3) อสม.ได้นำมาใช้ในบทบาทของตนเองหลายเรื่อง 14 คน และ 4) นำมาใช้เป็นบางโอกาส แต่ไม่ได้ใช้ทั้งหมด 14 คน 5) ใช้เป็นแนวทางการทำงานเรื่องอื่น 8 คน

3.3.6 ปัจจัยของความสำเร็จในการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ มาใช้ในการแก้ไขปัญหา การขาดสารไอโอดีน ในพื้นที่ มีคำตอบ 5 อันดับแรก ที่ระบุปัจจัยของความสำเร็จฯ มีดังนี้ 1) การให้ความร่วมมือจากทุกคนที่เกี่ยวข้อง 14 คน 2) การติดต่อและประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง 11 คน 3) อสม. มีความรู้มากขึ้น และให้คำแนะนำได้ 11 คน 4) การให้ความร่วมมือจากทุกคนที่เกี่ยวข้อง 14 คน 4) ความชัดเจนของการทำกิจกรรมของแต่ละมุมมอง 9 คน และ 5) การเชื่อมโยงในการทำงานร่วมกันของผู้เกี่ยวข้อง 8 คน

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้มีการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน มีประสิทธิภาพและผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนสามารถนำไปดำเนินการได้

ประการที่ 1 การยอมรับในการนำเครื่องมือ คือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้ และอนุมัติให้ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการฯ โดยได้สนับสนุนงบประมาณ คน และวัสดุมาใช้ในการดำเนินการ นอกจากนั้น ยังได้มอบนโยบายและแนวทางการดำเนินการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในผู้เกี่ยวข้อง เป็นการสะท้อนถึงเจตนารมณ์ของความต้องการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนเกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญ และมีความมั่นใจในการดำเนินการต่อไป

ประการที่ 2 ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการมีส่วนร่วมสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน การศึกษา พบว่า ความหลากหลายของบุคคลจากแต่ละภาคส่วน ถูกนำมาร่วมกันเพื่อวางแผนดำเนินการในเรื่องเดียวกันได้อย่างกลมกลืน ทั้งที่มีบทบาทที่แตกต่างกัน ได้เรียนรู้บทบาทของกันและกัน ให้การยอมรับ และสามารถร่วมเดินทางไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกัน นับเป็นพลังที่เข้มแข็งในการขับเคลื่อนการดำเนินการในทุกพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสัจชัย ปิยพงษ์กุล ที่พบว่า แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินงาน⁽⁸⁾

ประการที่ 3 การดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนตามบทบาทของทุกภาคส่วนในพื้นที่ จากการติดตามการดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย พบว่า มีการประสานงานของหน่วยงานในพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งความร่วมมือและช่วยเหลือกันในการดำเนินการ ผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนได้แสดงบทบาทของตนเองอย่างเป็นรูปธรรมและจริงจัง โดยกิจกรรมที่กำหนดในตาราง 11 ช่องสามารถนำไปดำเนินการได้จริง แม้จะไม่ครบถ้วนก็ตาม รวมทั้ง มีการปรับแผนการดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบทในบางพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับณรงค์ เส็งประชา⁽⁹⁾, พวงเพชร สุรัตน์วิกุล⁽¹⁰⁾, สุภา สุกุลเงิน⁽¹¹⁾ ที่กล่าวในลักษณะที่มีความหมายใกล้เคียงกัน กล่าวสรุปโดยรวม คือ การกระทำของบุคคลที่สังคมคาดหวังหรือกำหนดให้ การกระทำนั้นอาจมีความเกี่ยวข้องกับตำแหน่งทางสังคมของบุคคลนั้น จะเป็นตัวกำหนดให้ผู้ดำรงตำแหน่งนั้นยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. ระดับจังหวัดควรส่งเสริมให้มีการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ให้ครอบคลุมในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ผู้บริหารจากหน่วยงานภาครัฐ ควรสนับสนุนการนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์มาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการ
3. ระดับจังหวัด ควรสร้างทีมวิทยากรกระบวนการ เพื่อสนับสนุนการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ให้ครอบคลุมงานด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. อมร นนทสุต. **แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ก้าวใหม่ของการบริหารจัดการสุขภาพ. 2553.**
2. กองแผนงาน กรมอนามัย. **แผนที่ยุทธศาสตร์กับนวัตกรรม. ตุลาคม 2551.**
3. อมร นนทสุต วิรุณศิริ อารยวงศ์ และ ประพันธ์ศักดิ์ รักษาไชยวรรณ . **หนังสือ แผนที่ยุทธศาสตร์อะไร? อย่างไรคือแผนที่ยุทธศาสตร์ กับ การสร้างและใช้ประโยชน์จากแผนที่ยุทธศาสตร์. จัดพิมพ์โดย มูลนิธิแสงสิทธิการ (เพื่อคุณภาพชีวิต) นนทบุรี, พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัท เรดิชั่น จำกัด.**
4. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. **คู่มือการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์. สำนักงานโครงการนวัตกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2552.**
5. ห้องปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 6. **เอกสารรายงานผลการตรวจปีสภาวะหญิงตั้งครรภ์ ปี 2553.**
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. **เอกสารรายงานผลการสำรวจความครอบคลุมการใช้เกลือเสริมไอโอดีน จังหวัดขอนแก่น ปี 2551 – 2553.**
7. ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ขอนแก่น. **เอกสารรายงานผลภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมนในทารกแรกเกิด ปี 2551 – 2553.**
8. สัญชัย ปิยะพงษ์กุล และคณะ. **ประสิทธิผลกระบวนการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน จังหวัดอุดรธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6, เมษายน – กันยายน. 63 – 74, 2553**
9. ณรงค์ เส็งประชา. **มนุษย์กับสังคม. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานครโอ.เอส. พรินติ้ง เฮาส์, 2541.**
10. พวงเพชร สุรัตน์กวีกุล. **มนุษย์กับสังคม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2542.**
11. สุภา สุกุลเงิน. **ประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หลัง การจัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบล ในทัศนะของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน: ศึกษา เฉพาะกรณีอำเภอกระทุ้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2545.**

การตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ ของผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลขอนแก่น DECISION ON TAKING HOSPITAL FOOD OF CANCER PATIENT AT KHONKAEN HOSPITAL

นุชศรา ประจันตะเสน นักโภชนาการชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น
ภัทระ แสนไชยสุริยา ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional) เพื่อทราบถึงสัดส่วนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ ของผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือผู้ป่วยมะเร็งที่นอนรักษาที่ตึกเคมีบำบัดผู้ใหญ่ อาคาร 12 โรงพยาบาลขอนแก่นทุกรายตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) และสถิติอนุมาน (Inferential Statistics) หาคความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับการเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ของผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square test หรือ Fisher's Exact test และ Logistic Regression แสดงข้อมูลเป็น Odds ratio และ 95% CI โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ (p -value<0.05)

ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอาการแผลที่ปากจะไม่เลือกรับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อหรือรับประทานได้น้อยเป็น 6.00 เท่าของผู้ที่ไม่มีอาการแผลที่ปาก (95%CI of OR : 1.15 ถึง 31.21 (p -value=0.033) ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องในระดับต่ำและปานกลาง จะไม่เลือกรับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อหรือรับประทานได้น้อยเป็น 11.81 เท่าของผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องในระดับสูง (95%CI of OR : 2.08 ถึง 66.99 (p -value=0.005) ผู้ที่มีความคิดเห็นต่อรูปแบบอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ในระดับต่ำและปานกลาง จะไม่เลือกรับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อหรือรับประทานได้น้อยเป็น 37.30 เท่าของผู้ที่มีความคิดเห็นต่อรูปแบบอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ในระดับสูง (95%CI of OR : 5.93 ถึง 234.43 (p -value<0.001)

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและทำลายชีวิตประชากรโลกปีละมากมาย ในปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง

66,000 ราย โดยในผู้ชายพบมะเร็งปอดมากที่สุด 5,535 ราย รองลงมาคือโรคมะเร็งตับ ส่วนผู้หญิงพบมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด 1,484 ราย รองลงมาคือ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม ซึ่งโรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและใช้ระยะ

เวลารักษายาวนาน^[1,2] สถิติสาธารณสุขของประเทศไทยปี พ.ศ.2550 พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 1 ของสาเหตุการตายทั่วประเทศ และอุบัติการณ์โรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี^[3] สำหรับจังหวัดขอนแก่นในปี พ.ศ. 2547 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตรองจากชราภาพ คิดเป็นอัตรา 89.3 ต่อประชากร 100,000 คน^[4] ปี 2552 พบว่า ประชาชนตายจากโรคมะเร็งทุกชนิดเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นอัตรา 107.59 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อุบัติเหตุจราจร อัตรา 39.15 ต่อแสนประชากร และไตวาย อัตรา 28.20 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ^[5]

การเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากพบว่าไม่ได้เสียชีวิตจากการลุกลามของโรค แต่กลับเป็นเพราะเสียชีวิตจากการขาดสารอาหาร^[4] การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการอ่อนเพลีย นอนหลับยาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากการมีแผลลุกลามเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษาที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ปัญหาที่พบบ่อยในระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีในบริเวณศีรษะและลำคอก็คือผลข้างเคียงเฉียบพลันของรังสีที่เกิดขึ้นกับอวัยวะได้แก่ เยื่อช่องปากต่อมน้ำลาย และต่อมรับรสทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง มีผลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ร่างกายทรุดลงเร็วกว่าที่ควรจะเป็น ส่งผลให้ผู้ป่วยน้ำหนักตัวลดลงมาก อ่อนเพลีย ภูมิคุ้มกันต่ำลงเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย บางรายทนรับการรักษาไม่ได้ต้องพักการฉายรังสีหรือให้เคมีบำบัดไม่ได้ตามกำหนด ซึ่งนอกจากจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตแล้ว ยังกระทบต่อผลการรักษาและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย^[6]

กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลขอนแก่นจึงตระหนักในการแก้ไขปัญหา ทูโปชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานและสารอาหารที่เพียงพอให้ร่างกายสามารถทนต่ออาการข้างเคียงของรังสีรักษาได้ ร่างกายมี ภูมิคุ้มกันสูง และลดโอกาสติดเชื้อ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประมาณค่าสัดส่วนการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ ของผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ของผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัจจัยนำด้าน ลักษณะทางประชากร พฤติกรรมบริโภคอาหาร รูปแบบการบริโภคอาหาร สภาวะและความรุนแรงของโรค ความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยมะเร็ง ทศนคติต่อการบริโภคอาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง การรับรู้ประโยชน์จากการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และปัจจัยเอื้อด้านอาหารผู้ป่วยมะเร็งที่ โรงพยาบาลจัดให้ รวมทั้งปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน การได้รับคำแนะนำจาก แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ โภชนาการ และแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ ของผู้ป่วยมะเร็ง อย่างไร

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional) เพื่อศึกษาสัดส่วนและปัจจัยที่

มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหาร
ที่โรงพยาบาลจัดให้ของผู้ป่วยมะเร็ง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) และขนาดตัวอย่าง (Sample size)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของ
กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง
เพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร^[7] ดังนี้

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2} = 165 \text{ คน}$$

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยมะเร็ง
ที่นอนรักษาที่ตึกเคมีบำบัดผู้ใหญ่ อาคาร 12
โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคมถึง
เดือนมีนาคม 2554 ทุกราย ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางปาก
2. ผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือ

การฉายรังสี

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร
2. ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีที่

บริเวณใบหน้าและลำคอแล้วได้รับอาหารโดยผ่าน
สายให้อาหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
สำหรับการศึกษารั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึก น้าหนัก ส่วนสูง และแบบ
ประเมินสภาวะความรุนแรงของโรค
2. แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
วิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป (stata version 7.0) ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)
วิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม แสดง
เป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics)
หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ
ปัจจัยเสริม กับการเลือกรับประทานอาหาร ที่
โรงพยาบาลจัดให้ของผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาล
ขอนแก่น โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square
test หรือ Fisher's Exacttest และ Logistic
Regression แสดงข้อมูลเป็น Odds ratio และ
95% CI โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่
(p-value<0.05)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 คนพบว่า เป็น
เพศหญิง ร้อยละ 66.1 เพศชาย ร้อยละ 33.9
มีอายุ 50 ถึง 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 30.3 รอง
ลงมาอายุ 40 ถึง 49 ปี ร้อยละ 27.9 อายุเฉลี่ย
เท่ากับ 49.56 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ
± 12.89 ปี) มีภูมิลำเนาส่วนใหญ่ที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 94.6 ด้านการศึกษาสำเร็จ
การศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด คือ
ร้อยละ 61.8 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาปีที่
6 ร้อยละ 14.6 การประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่าง
ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 41.8 รอง
ลงมาคืออาชีพแม่บ้าน ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 37.0
สถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างมีสถานะภาพสมรส
ร้อยละ 67.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n= 165 คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	109	66.1
ชาย	56	33.9
2. อายุ		
น้อยกว่า 39 ปี	33	20.0
40 -49 ปี	46	27.9
50 -59 ปี	50	30.3
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	36	21.8
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 49.56 (12.89) ปี		
3. ภูมิลำเนา		
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	156	94.6
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาปีที่ 4	102	61.8
ประถมศึกษาปีที่ 6	24	14.6
อื่นๆ	39	23.6
5. อาชีพ		
เกษตรกร	69	41.8
แม่บ้าน/ไม่มีอาชีพ	61	37.0
อื่นๆ	35	21.2
6. สถานะภาพสมรส		
คู่	111	67.3
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) / โสด/หย่า/แยกกันอยู่	54	32.7

สภาวะและความรุนแรงของโรค

กลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 22.4 รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 17.6 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือเจ็บป่วย 12

เดือน ถึง 17 เดือน ร้อยละ 27.9 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 12.74 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ± 13.91) เดือน ค่ามัธยฐาน (ควอไทล์ที่1- ควอไทล์ที่ 3) = 8 (4.0-12.5) เดือน ระยะของโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4

ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือระยะที่ 3 ร้อยละ 28.5 ร้อยละ 13.3 อาการผิดปกติที่พบคือเบื่ออาหาร
 ประเภทการรักษาส่วนใหญ่รักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 45.5 รองลงมาคืออ่อนเพลีย ร้อยละ 35.2
 ร้อยละ 81.8 รองลงมาคือรักษาด้วยการฉายรังสี ตั้งรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลสถานะและความรุนแรงของโรค
 ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n= 165 คน)	ร้อยละ
1. ประเภทของผู้ป่วยมะเร็ง		
เต้านม	37	22.4
ลำไส้	29	17.6
ต่อมน้ำเหลือง	26	15.8
รังไข่	26	15.8
เม็ดเลือด /ปอด /มดลูก /กระเพาะอาหาร /ตับ /ท่อน้ำดี	47	28.4
2. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 6 เดือน	55	33.3
6 – 11 เดือน	31	18.8
12 – 17 เดือน	46	27.9
18 – 23 เดือน	4	2.4
24 - 29 เดือน	17	10.3
ตั้งแต่ 30 เดือนขึ้นไป	12	7.3
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) : 12.74 (13.91) เดือน		
ค่ามัธยฐาน (ควอไทล์ที่1- ควอไทล์ที่3) : 8 (4.0 – 12.5) เดือน		
3. ระยะของโรค		
ระยะที่ 1	21	12.7
ระยะที่ 2	42	25.5
ระยะที่ 3	47	28.5
ระยะที่ 4	55	33.3
4. ประเภทการรักษา		
เคมีบำบัด	135	81.8
ฉายรังสี	22	13.3
เคมีบำบัดร่วมกับการรักษาอื่น	6	3.7
ผ่าตัด	2	1.2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลสภาวะและความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(n= 165 คน)	ร้อยละ
5. อาการผิดปกติ (ตอบได้มากกว่าหนึ่งคำตอบ)		
เบื่ออาหาร	75	45.5
อ่อนเพลีย	58	35.2
คลื่นไส้	52	31.5
รู้สึกหุดหู่ท้องแสบ	50	30.3
เวียนศีรษะ	39	23.6
เครียดกังวล	22	13.3
อื่นๆ	13	7.9
แผลที่ปาก	11	6.7

สัดส่วนการเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ ของผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น

ผู้ป่วยมะเร็งเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ทั้งสามมื้อดังนี้ มื้อเช้า ร้อยละ 92.1 มื้อเที่ยง ร้อยละ 95.2 มื้อเย็น ร้อยละ 95.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ การตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ ของผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น

ข้อความ	จำนวน (ร้อยละ)		
	มื้อเช้า	มื้อเที่ยง	มื้อเย็น
การรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้			
รับ	152 (92.1)	157 (95.2)	158 (95.8)
ไม่รับ	13 (7.9)	8 (4.8)	7 (4.2)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหาร ทั้ง 3 มื้อ ที่โรงพยาบาลขอนแก่นจัดให้

พบว่า มี 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ 1) ปัจจัยด้านมีอาการแผลที่ปาก โดยพบว่าผู้ที่มีอาการแผลที่ปากจะไม่เลือก

รับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อหรือรับประทานได้น้อย เป็น 6.00 เท่า ของผู้ที่ไม่มีอาการแผลที่ปาก (95% CI of OR : 1.15 ถึง 31.21 ; p- value = 0.033)

2) ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง โดยพบว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องในระดับต่ำและปานกลาง จะไม่เลือกรับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อหรือรับประทานได้น้อยเป็น 11.81 เท่าของผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง

ในระดับสูง (95% CI of OR : 2.08 ถึง 66.99 ; p value = 0.005)

3) ความคิดเห็นต่อรูปแบบอาหารที่โรงพยาบาลจัดโดยพบว่าผู้ที่มีความคิดเห็นต่อรูปแบบอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ในระดับต่ำและปานกลาง จะไม่เลือกรับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อหรือรับประทานได้น้อยเป็น 37.30 เท่าของผู้ที่มีความคิดเห็นต่อรูปแบบอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ในระดับสูง (95% CI of OR : 5.93 ถึง 234.43 ; p-value <0.001) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยนำที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อ ที่โรงพยาบาลขอนแก่นจัดให้ของผู้ป่วยมะเร็ง

ปัจจัย	การเลือกรับประทาน (ร้อยละ)		OR _{crude}	OR _{adj} (95% CI of OR)		p- value
	ไม่เลือกหรือ รับประทาน ได้น้อยมาก (n=23)	เลือก รับประทาน (n=142)				
1. มีอาการแผลที่ปาก						
มี	4 (18.2)	18 (81.8)	4.31	6.00	0.033	
ไม่มี	7 (4.9)	136 (95.1)		(1.15 ถึง 31.21)		
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ ผลข้างเคียงของการ บริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง						
ระดับต่ำและปานกลาง	3 (20.0)	12 (80.0)	4.43	11.81	0.005	
ระดับสูง	8 (5.3)	142 (94.7)		(2.08 ถึง 66.99)		
3. ความคิดเห็นต่อรูปแบบ อาหารที่โรงพยาบาลจัดให้						
ระดับต่ำและปานกลาง	4 (50.0)	4 (50.0)	21.42	37.30	<0.001	
ระดับสูง	7 (4.5)	150 (95.5)		(5.93 ถึง 34.43)		

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อ ที่โรงพยาบาลจัดให้ของผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ามี 3 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เลือกรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อยคือ 1) ปัจจัยด้านมีแผลที่ปาก ซึ่งเป็นปัจจัยนำที่เป็นตัวแปรด้านลักษณะทางประชากร ที่บ่งบอกลักษณะอาการผิดปกติของผู้ป่วยมะเร็ง โดยพบว่าผู้ที่มีอาการแผลที่ปากจะไม่เลือกรับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อหรือรับประทานอาหารได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการแผลที่ปาก แสดงให้เห็นว่าชนิดของอาหารที่ให้บริการผู้ป่วยในปัจจุบันมีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีแผลที่ปาก จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องทบทวนและปรับปรุงชนิดอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีแผลที่ปาก 2) ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นปัจจัยนำที่เป็นตัวแปรด้านลักษณะทางประชากร ซึ่งพบว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องในระดับต่ำและปานกลาง จะไม่เลือกรับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อหรือรับประทานอาหารได้น้อยกว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องในระดับสูง นั้นแสดงให้เห็นว่าถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้หรือได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารของผู้ป่วยมะเร็งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและนำไปปฏิบัติใช้ในการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย 3) ปัจจัยด้านรูปแบบอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อด้านรูปแบบการให้บริการอาหารผู้ป่วยมะเร็งที่โรงพยาบาลจัดให้ ผู้ป่วยที่เห็นด้วยต่อรูปแบบอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ในระดับ

ต่ำและปานกลาง จะไม่เลือกรับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อหรือรับประทานอาหารได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่เห็นต่อรูปแบบอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ในระดับสูง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเห็นด้วยกับรูปแบบอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ แต่ผู้ป่วยที่ไม่เห็นด้วยกับรูปแบบนี้พบว่าเป็นปัญหาเนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย จากทั้ง 3 ปัจจัยจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพราะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายของผู้ป่วย และมีผลกระทบต่อการรักษาและชีวิตของผู้ป่วยได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารทั้ง 3 มื้อ ที่โรงพยาบาลจัดให้ของผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น โดยพบว่ามีปัจจัย 3 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยคือ ผู้ป่วยที่มีแผลที่ปาก ผู้ป่วยที่มีความรู้ที่น้อยเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง และปัญหาจากรูปแบบการให้บริการอาหารผู้ป่วยมะเร็งด้านเวลา ด้านรสชาติอาหาร และชนิดของอาหาร ดังนั้นเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นและรองรับการรักษาจากการให้เคมีบำบัด การฉายรังสี และการผ่าตัด รวมทั้งป้องกันก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้อง ทบทวนรูปแบบการให้บริการอาหารผู้ป่วยมะเร็ง โดยพัฒนารูปแบบการให้บริการอาหารผู้ป่วยมะเร็งให้สอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจไม่เลือกรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ได้น้อย ดังนี้

จัดอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่มไม่ระคายเคืองกับแผลที่ปากของผู้ป่วย ปรับเวลาอาหารเย็นจากเวลา 16.30 น. เป็นเวลา 17.00 น. ตามข้อเสนอแนะของผู้ป่วย จัดให้มีเมนูอาหารอีสานมากขึ้นตามบริโภคนิสัย ตามข้อเสนอแนะของผู้ป่วย นักโภชนาการ โภชนาการ ต้องทำงานเชิงรุกในการให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวด้านโภชนาการที่เป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยมะเร็ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ของผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลขอนแก่น
2. ทำการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลการส่งเสริมการให้โภชนาการศึกษารายบุคคลของผู้ป่วยมะเร็ง
3. ศึกษาวิจัยผลจากการพัฒนารูปแบบการให้บริการอาหารรูปแบบใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2553). **มะเร็งและการรักษามะเร็ง**. ค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2553, จาก <http://www.thaicancertreatment.com/>
2. วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี. **มะเร็ง**. ค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2553, จาก <http://th.wikipedia.org/wiki/>
3. กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2550**. ค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2553, จาก <http://www.moph.go.th/stat1.php>
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2547). **ข้อมูลจังหวัดขอนแก่น**. ค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2553, จาก http://www.kko.moph.go.th/Strategy/data paper/report_year /report1_2547.pdf
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **รวบรวมและประมวลผลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล 1 มกราคม – 31 ธันวาคม**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
6. ชนัญญา กาสินพิลา. (2550). **ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. อรุณ จิรวัดน์กุล. (2551). **ชีวิสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.

**การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขสู่หมอชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองมหาสารคาม**
The potential development from public health volunteers to
community doctors in Sub-district Health Promoting Hospital,
Muang Mahasarakham District.

นายศักรินทร์ ทองภูธรณ์

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขสู่หมอชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายสุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหมอชุมชน เพื่อเป็นเครือข่ายดูแลสุขภาพประชาชน และเป็นผู้ให้บริการในสถานอนามัยส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นสถานที่ปฏิบัติงานของหมอชุมชนในชุมชน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน 2553 แบ่งระยะเวลาในการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะเตรียมการ การประชุมหาแนวทางการดำเนินงาน การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหมอชุมชน จำนวน 115 คน การพัฒนาหลักสูตรหมอชุมชน การจัดทำคู่มือหมอชุมชน ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การปฏิบัติงานของหมอชุมชนทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) และในสถานอนามัยส่งเสริมสุขภาพ ระยะที่ 3 การประเมินผลการดำเนินงาน โดยการประเมินความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของหมอชุมชนทั้งจากผู้รับบริการ หมอชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำใน รพ.สต ผลการศึกษา พบว่า จากการพัฒนาหลักสูตรหมอชุมชนและการให้ความรู้ตามหลักสูตรที่ได้จัดทำขึ้นแก่หมอชุมชนก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับรูปแบบการดำเนินงานของหมอชุมชนในแต่ละ รพ.สต. มีความแตกต่างกันไปตามข้อตกลงและบริบทของพื้นที่ สามารถแบ่งรูปแบบการดำเนินงานได้ 3 รูปแบบ ได้แก่ แบบประจำ แบบหมุนเวียนและแบบผสมผสาน หลังจากการดำเนินงานมา 6 เดือนมีการประเมินผลความคิดเห็นของผู้รับบริการ หมอชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำที่ รพ.สต ต่อการดำเนินงานของหมอชุมชน พบว่า ผู้รับบริการมีความเห็นด้วยกับการให้บริการของหมอชุมชน คิดเป็นร้อยละ 90.24 หมอชุมชนเองมีความเห็นด้วยกับการปฏิบัติงานของตนเองในบทบาทของหมอชุมชนคิดเป็นร้อยละ 98.26 ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำที่ รพ.สต มีความเห็นด้วยกับการปฏิบัติงานของหมอชุมชน คิดเป็นร้อยละ 90.24 ซึ่งผลที่ได้จากการเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขสู่หมอชุมชน จะทำให้เกิดต้นแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

Abstract

The objective of the potential development from public health volunteers to community doctors is to support and improve the participation of the community and the health network so as to promote public health and protect diseases. Instantly, public health volunteers are developed to be community doctors' networks to look after and follow up the public health as well as to be the service providers at Health Promoting Station in which community doctors work.

An action research was used to study the above mentioned development, from February 2011 to September 2011. There were three procedures of the study, which are Preparation, Execution, and Evaluation. "Preparation step" was about creating means for execution step, developing volunteer selection criteria from 115 public health volunteers, developing the program for the community doctors, and making community doctor's handout. "Execution process" related to the workshops and volunteer trainings in both Sub-district Health Promoting Hospital and Health Promoting Station. Lastly, the opinions of the volunteers as community doctors, service receivers, and public health staffs to the selected volunteers' performances were used to evaluate the outcome of the study in the "Evaluation phase". The research shows that there is a significantly difference between before and after the workshop and the training, according to the program and knowledge developed for and provided to the volunteers. The statistically difference is at 0.05 level. The community doctor execution in each Sub district Health Promoting Hospital can be categorized into three forms; normal form, rotated form, and mixed form, which are different accordance with the surrounding areas and any kinds of agreements. After the 6 month studying and the opinions of community doctors, service receivers, and public health staffs opinions gathering, the research has showed that

1. The service receivers have been satisfied by the services given by the selected volunteers, that is 90.24%
2. The volunteers themselves as community doctors have been satisfied with the services, that is 98.26%
3. The public health staffs have been satisfied with the services of the volunteers, that is 90.24%

The above outcome demonstrates that the potential development from public health volunteers to community doctors is going to create the blueprint of the community's participation in terms of the public health. It will also lead to a substantial working-system improvement in Sub-district Health Promoting Hospital.

บทนำ

จากนโยบายรัฐบาลมุ่งเน้นในการปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข ให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น โดยยกระดับสถานีนอมา้ยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และส่งเสริมบทบาทของท้องถิ่นให้เข้ามาร่วมผลิตบุคลากรสาธารณสุข เพื่อกลับไปทำงานในท้องถิ่น รวมถึงการพัฒนาบทบาท อสม. ให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้น⁽¹⁾ การพัฒนาสถานีนอมา้ยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นการดำเนินงาน และกลไกที่สำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ด้วยการปรับปรุงทั้งด้านโครงสร้างกายภาพและคุณภาพบริการของสถานีนอมา้ย เพื่อให้มีศักยภาพในการทำภารกิจได้ตามมาตรฐาน รวมทั้งการพัฒนากระบวนการสาธารณสุข โดยเน้นการบริการเชิงรุกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียม และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง นโยบายดังกล่าว เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่เปลี่ยนจากเน้นงานรักษาพยาบาลแบบตั้งรับมาเป็นการส่งเสริมให้มีการสร้างสุขภาพเชิงรุกของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะส่งผลทำให้ระบบสุขภาพในภาพรวมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นลดปริมาณผู้ป่วยที่ไปใช้บริการโรงพยาบาลขนาดใหญ่ลง ลดภาระค่าใช้จ่ายประชาชน อีกทั้งเป็นการประหยัดงบประมาณของชาติในระยะยาว ที่สำคัญคือลดทุกขภาวะของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเห็นได้ชัด⁽²⁾ อำเภอเมืองมหาสารคาม มีจำนวนประชากรในความรับผิดชอบ 14 ตำบล จำนวน 150,241 คน มีหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 21 แห่งประกอบด้วยศูนย์แพทย์ 4 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 9 แห่ง สถานีนอมา้ย 8 แห่ง มีบุคลากร 82 คน คิดสัดส่วน

ประชากร ต่อ เจ้าหน้าที่ เฉลี่ย 1:1,712 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (มาตรฐาน 1:1,250) มีพยาบาลวิชาชีพทุกแห่งส่วนใหญ่แห่งละ 1 คนมีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติทั่วไปจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 70.6 ในเรื่องของความครอบคลุมประชากร พบว่า ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน มี 1 แห่ง ประชากรมากกว่า 3,000 คนถึง 7,000 คน มี 10 แห่ง มากกว่า 7,000 คน 9 แห่ง⁽³⁾ จากข้อมูลดังกล่าว จะพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิของเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคามยังมีปัญหาเรื่องสัดส่วนของบุคลากรต่อประชากร จากปัญหาในการขาดแคลนบุคลากร อำเภอเมืองมหาสารคามจึงได้จัดทำโครงการเพื่อการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้น โดยมีการดำเนินการคัดเลือก อสม. เพื่อเพิ่มศักยภาพให้การอบรมเป็น หมอชุมชน ซึ่งมีแนวทางการดำเนินงานจากที่ รพ.สต. ดอนหว่าน ได้ดำเนินการไว้ และพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) ให้เป็นศสมช. ต้นแบบ เรียกว่า ศาลานอมา้ยส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจในชุมชน โดยมีหมอชุมชนเป็นผู้คอยให้บริการ ทั้งนี้เพื่อเป็นเครือข่ายในการขับเคลื่อนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. เพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหมอชุมชน เป็นเครือข่ายดูแลสุขภาพประชาชน และเป็นผู้ให้บริการในศาลานอมา้ยส่งเสริมสุขภาพ
3. เพื่อพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นศาลานอมา้ยส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านใกล้ใจในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (กุมภาพันธ์ 2553)

- 1) จัดทำโครงการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 2) จัดประชุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อหากลยุทธ์และแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน
- 3) คัดเลือกหมอชุมชนโดยให้ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการคัดเลือก หมู่บ้านละ 2 คน
- 4) จัดทำหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมอบรมเป็นหมอชุมชน
- 5) จัดทำคู่มือหมอชุมชนจากการทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง
- 6) เตรียมทีมงานและวิทยากรในการอบรมเชิงปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (มีนาคม-สิงหาคม 2553)

- 1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการหมอชุมชน โดยมีวิทยากรจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการอบรม เกิดเหตุการณ์คัดเลือกบุคคลเป็นหมอชุมชน บทบาทและขอบเขตการดำเนินงานทั้งใน รพ.สต. และในชุมชน สมรรถนะของหมอชุมชน สิ่งที่หมอชุมชนจะได้รับ โดยการอบรมทฤษฎี จำนวน 3 วัน ฝึกปฏิบัติงานใน รพ.สต. 4 วัน และฝึกปฏิบัติงานในชุมชน 3 วัน
- 2) หมอชุมชน เริ่มปฏิบัติงานหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ 1 สัปดาห์ โดยการประชุมทีมหมอชุมชนของ รพ.สต. แต่ละแห่ง เปิดโอกาสให้ทุกคนได้หมุนเวียนกันมาปฏิบัติงาน ในแต่ละวัน ทั้งใน รพ.สต. และ ในศาลาอนามัยส่งเสริมสุขภาพ

ระยะที่ 3 การประเมินผลการดำเนินงาน (กันยายน 2553)

- 1) การประเมินความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับจากหมอชุมชน
- 2) การประเมินความคิดเห็นของหมอชุมชนต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่หมอชุมชน
- 3) การประเมินความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ต่อการปฏิบัติงานของหมอชุมชน

ประชากรที่ศึกษา

- 1) อาสาสมัครที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อพัฒนาศักยภาพเป็นหมอชุมชนจาก รพ.สต. 6 แห่ง จำนวน 115 คน
- 2) ผู้รับบริการ จำนวน 510 คน
- 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำที่ รพ.สต. จำนวน 41 คน

พื้นที่ทำการศึกษาวิจัย

พื้นที่ทำการศึกษา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี 2553 จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.หนองแวง รพ.สต.ดอนหวาน รพ.สต. ท่าตูม รพ.สต.หัวนาคำ รพ.สต.หนองโน และ รพ.สต.โนน แต่ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – กันยายน 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ คะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติงานของหมอชุมชน ความคิดเห็นในการปฏิบัติงานของหมอชุมชนต่อการปฏิบัติงานของตนเอง ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต่อการปฏิบัติงานของหมอชุมชน ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) โดยนำเสนอในรูปแบบตาราง แจกแจงความถี่

บรรยายด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการด้วยสถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัย

- 1) ข้อมูลทั่วไปของหมอชุมชน
 - ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.65
 - อายุเฉลี่ย 38.04 ปี (S.D.=10.03)
 - เกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.35
 - 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างวุฒิการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 35.65

2) เกณฑ์การคัดเลือกและบทบาทหมอชุมชน

เกณฑ์การคัดเลือกบุคคลเป็นหมอชุมชน ดังนี้ ปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. อย่างน้อย 2 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ของ รพ.สต. นั้นๆ มีใจรักและมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข โดยผ่านการคัดเลือกจาก อสม. และชุมชน เป็นที่ยอมรับของชุมชน มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความซื่อสัตย์เสียสละ ผ่านการอบรมตามหลักสูตรและ

ทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม เพื่อปฏิบัติงานตามบทบาทและขอบเขตงานที่ได้รับ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศาลาอนามัยส่งเสริมสุขภาพ

3) การอบรมปฏิบัติการ ผู้เข้าร่วมอบรมมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติงานได้ทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศาลาอนามัยส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้ ในส่วนของทฤษฎีเรื่อง การปฐมพยาบาลเบื้องต้น โรคติดต่อ การเยี่ยมบ้าน โรคไม่ติดต่อ การรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และการแพทย์แผนไทย โดยมีการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งพบว่า ผู้เข้าร่วมอบรมหมอชุมชนจาก 6 รพ.สต. มีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยในภาพรวมและแยกรายเรื่องเพิ่มขึ้นหลังการอบรม ในส่วนการฝึกปฏิบัติงานมีการแบ่งการฝึกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ฝึกปฏิบัติใน รพ.สต. เวลา 4 วัน ฝึกปฏิบัติงานที่ศาลาอนามัยส่งเสริมสุขภาพและในชุมชน 3 วัน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของหมอชุมชน พบว่า การให้ความรู้ตามหลักสูตรที่ได้จัดทำขึ้นแก่หมอชุมชนก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 59.78 ก่อนการอบรมเป็น 77.02 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการหมอชุมชน

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง				
	ระยะเวลา	\bar{X}	S.D.	t	P value
ระดับความรู้	ก่อนการอบรม	59.78	4.49	28.547	< 0.001*
	หลังการอบรม	77.02	4.22		

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

4) รูปแบบการดำเนินงานของหมอชุมชน รูปแบบของการจัดบริการสุขภาพมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ซึ่งสรุปได้ 3 รูปแบบคือ

4.1) แบบประจำ หมายถึง หมอชุมชน ที่ผ่านการอบรมแล้วได้รับการคัดเลือก โดยมีจิตอาสาและได้รับการยอมรับจากกลุ่มหมอชุมชนของตำบลนั้นๆ จำนวน 4 คน โดยให้ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. วันละ 3 คน และ ปฏิบัติงานที่ศาลาอนามัยส่งเสริมสุขภาพ 1 คน ส่วนหมอชุมชน ที่เหลือประจำหมู่บ้านรับผิดชอบของตนเอง เน้นการประสานงานและติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายในชุมชน กรณีตัวอย่าง รพ.สต.หนองโน

4.2) แบบหมุนเวียน หมายถึง หมอชุมชนทุกคนที่ผ่านการอบรมแล้วจะมาปฏิบัติงานที่ รพ.สต. และศาลาอนามัยส่งเสริมสุขภาพซึ่ง หมุนเวียน ตามตารางการปฏิบัติงานของหมอชุมชนซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดให้ กรณีตัวอย่าง รพ.สต.หนองแวง และ รพ.สต.ท่าตูม

4.3) แบบผสมผสาน หมายถึง หมอชุมชนมีการปฏิบัติทั้งแบบประจำและแบบ หมุนเวียน ตามตารางการปฏิบัติงานของหมอชุมชนซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดให้ ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละ รพ.สต. กรณีตัวอย่างเช่น รพ.สต.ดอนหวาน รพ.สต.หัวนาคำ รพ.สต.โนนแต้

5) การประเมินผลการปฏิบัติงานของหมอชุมชน

5.1) การประเมินผลความคิดเห็นของผู้รับบริการ 510 คน ต่อการปฏิบัติงานของหมอชุมชน โดยการสุ่มอย่างง่าย หลังจากดำเนินงานมาได้ 6 เดือน พบว่า คะแนนความคิดเห็น มีค่าเฉลี่ย 25.98 (S.D. =3.23) จากคะแนนเต็ม 30 โดยผู้รับบริการมีความเห็นด้วยกับการปฏิบัติงานของหมอชุมชนอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 79.22 และผู้รับบริการคิดว่าควรมีการดำเนินงานของหมอชุมชนต่อไป คิดเป็นร้อยละ 90.24 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นของผู้มารับบริการต่อบริการที่ได้รับจากหมอชุมชนแปรผลในภาพรวม

ระดับความคิดเห็น	คะแนน	ร้อยละ
มาก	24 คะแนนขึ้นไป	79.22
ปานกลาง	18- 23 คะแนน	19.41
น้อย	ต่ำกว่า 18 คะแนน	1.37
(\bar{X} = 25.98 S.D. = 3.23 Min. = 10 Max. = 30)		

5.2) การประเมินผลความคิดเห็นของหมอชุมชน จำนวน 115 คน ต่อการปฏิบัติงานของตนเอง หลังจากดำเนินงานในหน้าที่ของหมอชุมชนมาได้ 6 เดือน พบว่า คะแนนความคิดเห็นมีค่าเฉลี่ย 30.33 (S.D.=4.00) จากคะแนนคะแนน

เต็ม 36 โดยหมอชุมชนมีความเห็นด้วยกับการปฏิบัติงานของตนเองในบทบาทหมอชุมชนอยู่ในระดับมาก คิดเป็น ร้อยละ 75.65 หมอชุมชนคิดว่า จะปฏิบัติงานเป็นหมอชุมชนต่อไป คิดเป็นร้อยละ 98.26 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความคิดเห็นของหมอชุมชนต่อปฏิบัติงานในบทบาทหมอชุมชน แปรผลในภาพรวม

ระดับความคิดเห็น	คะแนน	ร้อยละ
มาก	28 คะแนนขึ้นไป	75.65
ปานกลาง	21- 27 คะแนน	22.61
น้อย	ต่ำกว่า 21 คะแนน	1.74
(\bar{X} = 30.33 S.D. = 4.00 Min. = 16 Max. = 36)		

5.3) การประเมินผลความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำที่ รพ.สต จำนวน 41 คน ต่อการปฏิบัติงานของหมอชุมชน หลังจากดำเนินงานในหน้าที่ของหมอชุมชน มาได้ 6 เดือน พบว่า คะแนนความคิดเห็นมีค่าเฉลี่ย 25.58 (S.D. = 2.77) จากคะแนนเต็ม 30 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่

ปฏิบัติงานประจำที่ รพ.สต เห็นด้วยกับการปฏิบัติงานของหมอชุมชนอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 75.61 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดว่าควรมีการปฏิบัติงานของหมอชุมชนต่อไป คิดเป็นร้อยละ 90.24 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำที่ รพ.สต ต่อปฏิบัติงานของหมอชุมชน แปรผลในภาพรวม

ระดับความคิดเห็น	คะแนน	ร้อยละ
มาก	24 คะแนนขึ้นไป	75.61
ปานกลาง	18- 23 คะแนน	24.39
น้อย	ต่ำกว่า 18 คะแนน	0
(\bar{X} = 25.58 S.D. = 2.77 Min. = 20 Max. = 30)		

อภิปรายผลการศึกษา

การจัดการสุขภาพตามแนวคิดของการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพระดับชุมชน โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชนของตนเอง ชุมชนมีการให้บริการสุขภาพโดยคนในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพแล้วสามารถดูแลสุขภาพรวมถึงจัดบริการสุขภาพให้แก่สมาชิกในชุมชนของตนเองซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกในการเป็นเจ้าของสุขภาพและเกิดความสำเร็จในการจัดการสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าแม้จุดเริ่มต้นของการส่งเสริมสุขภาพมีที่มาแตกต่างกัน แต่เมื่อเกิดการรวมตัวและมีกิจกรรมร่วมกัน

แล้วก็สามารถขยายเป้าหมายไปสู่การเน้นการส่งเสริมสุขภาพได้ เพราะมีแผนกิจกรรมที่สอดคล้องกับชุมชนและให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จากการศึกษาการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเพื่อปฏิบัติงานในหน้าที่หมอชุมชน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) ทั้งในสถานบริการและในชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการโดยได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว เป็นกันเอง อีกทั้งยังก่อให้เกิด

สัมพันธภาพที่ดีในการปฏิบัติงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่และหมอชุมชน ซึ่งความผูกพันกับทั้งเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ รู้สึกเป็นเจ้าของ เป็นการสานสัมพันธ์อันดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับอาสาสมัคร อันจะส่งผลต่อการพัฒนาด้านอื่นๆ⁽⁴⁾ จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมเป็นหมอชุมชนจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขยังเป็นกลไกสำคัญของระบบสาธารณสุขทั้งในงานบริการและงานชุมชน เป็นบุคคลที่อาสาเข้ามาทำงานเพื่อชุมชนโดยไม่หวังผลค่าตอบแทน⁽⁵⁾ เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมด้านความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมาแล้วอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เมื่อจัดการอบรมฟื้นฟูความรู้ในการปฏิบัติงานในงานบริการแล้วสามารถทำได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า คะแนนความรู้หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการของหมอชุมชนเพิ่มขึ้น จากเมื่อก่อนที่ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขจะปฏิบัติงานในชุมชน การศึกษาครั้งนี้ พบว่า เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขได้ผ่านการพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้นโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้งในส่วนของทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติในสถานบริการและในชุมชน ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้นและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น สามารถที่จะปฏิบัติงานได้ดีและส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการปฏิบัติงานในชุมชน อีกด้วย ซึ่งจากการสอบถามความคิดเห็นของผู้รับบริการพบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการบริการของหมอชุมชนทั้งในสถานบริการและในชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานของ หมอชุมชนได้รับการตอบรับจากผู้มารับบริการเป็นอย่างดี เพราะได้รับความสะดวกและเป็นกันเองจากหมอชุมชนซึ่งก็เป็นคนในชุมชนของตนเอง ในส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็ได้มีทีมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขทั้งในสถานบริการและในชุมชน ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานเชิงรุกได้มาก

ยิ่งขึ้น ส่วนหมอชุมชนเองก็มีความภาคภูมิใจในหน้าที่การปฏิบัติงานของตนเองที่ได้มีส่วนในการช่วยเหลือชุมชนของตนเอง

ดังนั้นผลการศึกษานี้ หัวใจสำคัญแห่งความสำเร็จจึงอยู่ที่การส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง และสามารถพัฒนาสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ บทบาทของเจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้ส่งเสริมเสริมให้ชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม ตัดสินใจในการพัฒนาสุขภาพ และแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง ภายใต้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกจากนโยบายภาครัฐ เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- การพัฒนา อสม.เป็นหมอชุมชน และการพัฒนาระดับ ศสมช. เป็น ศาลาอนามัย ส่งเสริมสุขภาพ ควรดำเนินการควบคู่กันไป เป็นกลวิธีสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพที่ชุมชนให้การยอมรับ

- ควรขยายพื้นที่ในการพัฒนาศาลาอนามัยส่งเสริมสุขภาพ ไปยังหมู่บ้านอื่น เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น โดยใช้การประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนยอมรับ และรู้สึกเป็นเจ้าของจึงจะเกิดความยั่งยืน

- การกำหนดการให้บริการให้เป็นไปตามบริบทความเหมาะสมของพื้นที่

2) ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้เชิงบริหารจัดการ

- ผู้บริหารควรสนับสนุนให้เป็นนโยบายสาธารณสุขระดับจังหวัด เพื่อขยายสู่การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ เนื่องจาก

เป็นการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและสนับสนุนนโยบายการจัดการจัดบริการเชิงรุก การใช้บ้านเป็นที่ทำงาน ได้อย่างเป็นรูปธรรม และลดความแออัดในสถานบริการ เช่น รพ.สต, โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด

- การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้พื้นที่ดำเนินงาน มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน เป็นระยะอย่างน้อย ทุก 3 เดือน เป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งเป็นวิธีการติดตามสนับสนุนและแก้ไขปัญหาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

- การสนับสนุนงบประมาณให้แก่ อสม.ควรแบ่งตามการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของ อสม.เพื่อขวัญกำลังใจในการพัฒนา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและคนในชุมชน
3. รูปแบบการจัดการบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก นายแพทย์สุนทร ยนต์ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม และนายแพทย์ไพบุลย์ อัครธนบดี หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ และ ดร.จิราพร วรวงศ์ ที่เป็นที่ปรึกษาในการจัดทำหลักสูตรหมอมชุมชน ขอขอบคุณ ทีมงานที่มหาวิทยาลัยจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองมหาสารคาม ทุกท่าน ที่ได้ร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของการพัฒนาศักยภาพหมอมชุมชน จนทำให้การดำเนินการต่างๆ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบคุณ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้มีจิตอาสาที่สมัครเข้าร่วมปฏิบัติงานในบทบาทหมอมชุมชน ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาเข้าร่วมในการดำเนินงานหมอมชุมชนในครั้งนี้ รวมถึงให้การสนับสนุนและเป็นแรงใจ ในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสมอมา ทำให้เกิดความเข้มแข็งของการดำเนินงานสุขภาพชุมชนต่อไป

อ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือการให้บริการของรพ.สต.** กรุงเทพมหานคร; 2552
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **แนะนำหลักคิดและแนวปฏิบัติ รพ.สต.** กรุงเทพมหานคร; 2552 .
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองมหาสารคาม. **เอกสารข้อมูลพื้นฐาน.** เอกสารอัดสำเนา. มหาสารคาม; 2553.
4. ศุภลักษณ์ จันทหาญ. **การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครคลินิกชุมชนโรงพยาบาลมหาสารคาม ในการดำเนินงานคลินิกบริการ.** คลินิกชุมชนสามัคคี โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม; 2549.
5. สมพงษ์ ครศรีรี. **อสม. แล้วยังอาสา.** [15 มิถุนายน 2549] Available from : URL : <http://gotoknow.org/blog/sbpcu/3036>.

**ความรู้ในการเลือกบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มีและไม่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงแทรกซ้อนที่มาใช้บริการ
ในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลสุววรรณคูหา จ.หนองบัวลำภู**
KNOWLEDGE ABOUT FOOD CONSUMPTION OF TYPE 2 DIABETIC
PATIENTS WITH DYSLIPIDEMIA IN DIABETIC CLINIC,
SUWANNAKUHA HOSPITAL, NONGBUALAMPHU PROVINCE

ศุภลักษณ์ ฮามพิทักษ์ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ภาควิชาโภชนวิทยา)
สุวลี โลวีรกรรม ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างย้งสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ความรู้ในการเลือกบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีและไม่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงที่มาใช้บริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสุววรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาใช้บริการ โดยศึกษาในกลุ่มที่มีไขมันในเลือดปกติและกลุ่มที่มีไขมันในเลือดสูงจำนวนกลุ่มละ 46 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ความรู้ในการเลือกบริโภคอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรม รายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เฉลี่ย 5.10 ปี และ 5.12 ปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่มีระดับไขมันในเลือดปกติและกลุ่มที่มีไขมันในเลือดสูง มีคะแนนความรู้ด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นชนิดอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรรับประทาน ($p=0.0035$) อาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีไขมันในเส้นเลือดสูงควรเลือกรับประทาน ($p=0.011$) และระยะเวลาในการควบคุมอาหาร ($p=0.0137$) ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคในระดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0022$)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง, ความรู้ในการเลือกบริโภคอาหาร

Abstract

Preventive complications in diabetic mellitus patients is a goal of treatment and care for diabetic mellitus. Lack of knowledge on preventing complications is the most common problem in diabetic mellitus patients. Therefore this study was to investigate knowledge about food consumption of type 2 diabetic mellitus with dyslipidemia and of diabetic mellitus patients at diabetic clinic, Suwannakuha hospital, Nongbuarumpu province. Forty-six diabetic mellitus patients from each group were recruited. The questionnaire on knowledge food consumption for diabetic mellitus patients.

The result showed that major of them were female diabetic mellitus patients. The status was married complete the primary school. working in the agricultural sector with the family income below 5,000 baht/month. The median duration of diabetic mellitus in both groups was 5.12 year and 5.10 year. Considering the food and nutrition knowledge among the 2 groups, there was a significant difference ($p=0.0022$). Such as should avoid type of food to consumption ($p=0.0035$) type of food have should for type 2 diabetic mellitus with dyslipidemia patient ($p=0.011$) and period of type 2 diabetic mellitus patients control food consumption ($p=0.0137$).

Keyword : Type 2 diabetic mellitus patients , Dyslipidemia, knowledge about food consumption

บทนำ

ในปี 2553 มีการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่อายุ 35 ปีขึ้นไปพบผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในปี 2549, 2550 และ 2551 คิดเป็นอัตรา 619, 713 และ 716 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾ ผู้ป่วยเหล่านี้ร้อยละ 32 จะเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิต ในผู้ป่วยเบาหวานมักจะพบความผิดปกติของระดับไตรกลีเซอไรด์ที่สูงขึ้น ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์จะส่งผลต่อระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน และมีผลยับยั้งขบวนการเผาผลาญน้ำตาลกลูโคสในเซลล์และยังทำให้มีการสร้างและปล่อยน้ำตาลกลูโคสจากตับเพิ่มขึ้นและการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนอินซูลินลดลงก็จะส่งผลทำให้ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ใน

เลือดสูงขึ้นได้เช่นเดียวกัน เนื่องจากการที่ตับสร้างไตรกลีเซอไรด์เพิ่มขึ้น⁽²⁾

โรงพยาบาลสุวรรณคูหาซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ปี 2550 2551 และ 2552 จำนวน 1,690 1,751 และ 2,292 รายตามลำดับ⁽³⁾ จากสถิติดังกล่าวพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารักษาตัวในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น และในจำนวนผู้ที่มารักษาตัวพบผู้ป่วยที่ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงแทรกซ้อนอยู่เป็นจำนวนมาก และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน มีผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงแทรกซ้อนรายใหม่ที่ทำการขึ้น

ทะเบียนในคลินิกโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นร้อยละ 24 ของผู้มารับการรักษาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในปี 2552 และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตซึ่งความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงศึกษาความรู้ในการเลือกบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับไขมันในเส้นเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีและไม่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงแทรกซ้อน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นรวม 92 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มศึกษา ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเส้นเลือดสูง (TG > 150 mg/dl) แทรกซ้อนทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 46 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเส้นเลือด (TG ≤ 150 mg/dl) ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 46 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงค่าความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด สถิติ t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.91 และเพศชาย ร้อยละ 26.09 กลุ่มที่มีภาวะไขมันในเลือดปกติเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.40 และเพศชาย ร้อยละ 32.60 ผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับไขมันในเลือดปกติและระดับไขมันในเลือดสูงส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 71.73 และร้อยละ 67.38 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดปกติ (±SD) เท่ากับ 52.91 ปี (±5.43) กลุ่มที่มีไขมันในเลือดสูง 51.45 ปี (±6.89) ผู้ป่วยที่มีและไม่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงแทรกซ้อน มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.48 และร้อยละ 89.13 ตามลำดับ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.96 และ ร้อยละ 93.48 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ทำนา ทำสวน ทำไร่ ร้อยละ 82.61 และ 80.43 รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน (±SD) กลุ่มที่ระดับไขมันในเลือดปกติ 4,641.30 บาท (±2,531) กลุ่มที่ระดับไขมันในเลือดสูง 5,565.21 บาท (±3,879) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันทางด้านสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงแทรกซ้อน จำแนกตามลักษณะ ประชากร เศรษฐกิจและสังคม (N = 92)

ลักษณะประชากร เศรษฐกิจ และสังคม	กลุ่มที่ไขมันในเลือดปกติ ร้อยละ (n=46)	กลุ่มที่ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ (n = 46)	p - value
เพศ			
ชาย	32.60 (15)	26.09 (12)	0.654
หญิง	67.40 (31)	73.91 (34)	0.2608
อายุ			
< 40 ปี	2.17 (1)	6.52 (3)	
40 – 50 ปี	26.10 (12)	26.10 (12)	
51 – 60 ปี	71.73 (33)	67.38 (31)	
เฉลี่ย (\pm SD)	52.91 (5.43)	1.45 (6.89)	
สูงสุด/ต่ำสุด	60 / 39	60 / 36	
สถานภาพสมรส			
โสด	2.17 (1)	0	
คู่	89.13 (41)	93.48 (43)	
หย่า / แยก / หม้าย	8.70 (4)	6.52 (3)	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4.35 (2)	6.52 (3)	
ประถมศึกษา	93.48 (43)	86.96 (40)	
มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	0	6.52 (3)	
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	2.17 (1)	0	
อาชีพ			
เกษตรกร	80.43 (37)	82.61 (38)	
ค้าขาย	0	4.35 (2)	0.2821
รับจ้างทั่วไป	17.39 (8)	2.17 (1)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2.17 (1)	10.87 (5)	

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงแทรกซ้อน จำแนกตามลักษณะ ประชากร เศรษฐกิจและสังคม (N = 92) (ต่อ)

ลักษณะประชากร เศรษฐกิจ และสังคม	กลุ่มที่ไขมันในเลือดปกติ ร้อยละ (n=46)	กลุ่มที่ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ (n = 46)	p - value
รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน		0.1795	
< 5,000 บาท	56.52 (26)	47.83 (22)	
5,000 – 9,000 บาท	36.96 (17)	36.96 (17)	
≥ 10,000 บาท	6.52 (3)	15.21 (7)	
เฉลี่ย (±SD)	4,641.30 (±2531.28)	5,565.21 (±3879.59)	
สูงสุด/ต่ำสุด	15,000/2,000	10,000 / 2,000	

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานตามการวินิจฉัยของแพทย์ น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 67.93 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม และเจ็บป่วย ด้วยโรคเบาหวาน 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 8.7 และ ร้อยละ 6.52

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีและไม่มีไขมันในเลือดสูงแทรกซ้อน มีความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 43.48 และร้อยละ 70.10 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ มีระดับความรู้ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานแตกต่างกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0022$) เมื่อพิจารณาตามรายข้อความรู้พบว่าข้อความรู้ที่ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p<0.05$) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรรับประทาน ผลไม้ ขนมหวาน กลุ่มที่ไขมันในเลือดปกติตอบถูก ร้อยละ 97.83 กลุ่มที่ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 78.26 2) ผู้ป่วยเบาหวานควรใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร กลุ่มที่ไขมันในเลือดปกติตอบถูกร้อยละ 91.30 กลุ่มที่ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 71.74 3) ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมอาหารตลอดชีวิตกลุ่มที่ไขมันในเลือดปกติตอบถูกร้อยละ 97.83 กลุ่มที่ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 82.61 4) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีไขมันในเลือดสูงควรเลือกรับประทานผักลวก ปลาย่าง กลุ่มที่ไขมันในเลือดปกติตอบถูกทุกคน กลุ่มที่ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 86.96 ส่วนข้อความรู้อื่นๆ ผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้ไม่แตกต่างกันทางด้านสถิติ (ตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงแทรกซ้อนจำแนกตามระดับด้านความรู้ (N = 92)

ระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	กลุ่มที่ไขมันในเลือดปกติ ร้อยละ (n = 46)	กลุ่มที่ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ (n = 46)	p-value
ระดับความรู้ดี (≥ 8 คะแนน)	70.10 (35)	43.48 (20)	0.0022
ระดับความรู้ปานกลาง (6-7 คะแนน)	21.73 (10)	30.43 (14)	
ระดับความรู้ต่ำ (≤ 6 คะแนน)	2.17 (1)	26.09 (12)	
เฉลี่ย (±SD)	80 (±10.95)	71.30 (±15.14)	

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงแทรกซ้อน จำแนกตามข้อมูลด้านความรู้ (N = 92)

เลือดสูงความรู้ของผู้ป่วยในการเลือกรับประทานอาหาร	กลุ่มที่ไขมันในเลือดปกติ ร้อยละ (n=46)	กลุ่มที่ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ (n = 46)	p - value
1. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานอาหาร ผักลวก ปลานึ่งได้ไม่จำกัด	97.83 (45)	93.48 (43)	0.2929
2. ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรรับประทานอาหาร ผลไม้ ขนมหวาน	97.83 (45)	78.26 (36)	0.6797
3. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานอาหาร ข้าวเหนียว ข้าวเจ้าได้ในปริมาณจำกัด	43.48 (20)	45.65 (21)	0.8361
4. อาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีไขมันในเลือดสูง ควรเลือกรับประทานผักลวก ปลานึ่ง	100 (46)	86.96 (40)	0.4648
5. ผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกดื่มนมรสจืด	84.78 (39)	69.57 (32)	0.0837
6. ผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกใช้น้ำมันพืช ในการประกอบอาหาร	91.30 (42)	71.74 (33)	0.0137
7. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน คือการรับประทานอาหารตรงเวลาทุกครั้ง	62.22 (30)	54.35 (25)	0.2929
8. การควบคุมอาหารคือการเลือกชนิดปริมาณ และเวลาในการรับประทานอาหาร	32.61 (15)	34.78 (16)	0.6798
9. วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดคือการกินยา ควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย	89.13 (41)	93.48 (43)	0.4648
10. ผู้ป่วยเบาหวานต้องควบคุมอาหาร ตลอดไป	97.83 (45)	82.61 (38)	0.0137

อภิปรายผล

ลักษณะทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษาคั้งนี้เป็นลักษณะทั่วไปของประชากรชาวชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽⁴⁾ และเมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 กลุ่มเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย กลุ่มที่มีระดับไขมันในเลือดปกติ มีอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 2.07 ต่อ 1 กลุ่มที่มีระดับไขมันในเลือดสูง มีอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 2.83 ต่อ 1 การที่พบอัตราส่วนของผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากเพศหญิงมีความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าเพศชายซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ.2546 ที่พบความชุกของโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในเพศชาย ร้อยละ 6.8 และเพศหญิง ร้อยละ 8.1 ตามลำดับ⁽⁵⁾

ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ระดับไขมันในเลือดปกติส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในระดับความรู้ดี ส่วนผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ระดับไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในระดับความรู้ปานกลางและต่ำ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.005) ความรู้ทางด้านโภชนาการนั้นผู้ป่วยเบาหวานได้รับจากการให้โภชนาการจาก นักโภชนาการหรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือ บทความ ฯลฯ การที่ผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับไขมันในเลือดปกติมีความ

รู้ส่วนใหญ่ในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมในระดับดีอาจเป็นผลมาจากการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์หรือการได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ แล้วนำไปปฏิบัติตามจึงตอบแบบสอบถามได้ถูกต้อง ส่วนกลุ่มที่มีระดับไขมันในเลือดสูงเมื่อได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์แล้วอาจจะละเลยไม่นำไปปฏิบัติจึงทำให้ตอบข้อคำถามได้ไม่ถูกต้อง จากการศึกษาของกัญญาบุตร ศรีนครินทร์ (2540) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมทุกด้านซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดปกติมีความรู้และทัศนคติในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคส่วนใหญ่ในระดับดีซึ่งส่งผลไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดได้ ส่วนกลุ่มที่มีระดับไขมันในเลือดสูงส่วนใหญ่มีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคในระดับปานกลาง และต่ำ จะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ในอนาคต ดังนั้นควรส่งเสริมความรู้สู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและปรับเปลี่ยนทัศนคติให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจว่าวิธีการรักษาโรคเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลที่มีประสิทธิภาพคือการรับประทานยา ร่วมกับการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย หากยังมีความรู้ในการเลือกรับประทานที่เหมาะสมกับโรค ที่ไม่ถูกต้องอาจทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ข้อเสนอแนะ

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานควรเน้นความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคในด้าน ชนิด ปริมาณ ของอาหารที่รับประทานได้ต่อวัน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 กลุ่ม ยังมีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในด้านการเลือกอาหารที่รับประทานได้ในปริมาณจำกัดซึ่งได้แก่อาหารประเภทแป้งและผลไม้ โดยผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่มีระดับไขมันในเลือดสูงมีแนวโน้มการได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตในระดับสูงและความรู้ความเข้าใจในเรื่องความหมายในการควบคุมอาหาร และความรู้ที่ถูกต้องในการเลือกเครื่องดื่มในกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูง เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ยังมีความรู้

ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการเลือกชนิดของเครื่องดื่มที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสุพรรณคูหา และขอขอบคุณเพื่อนๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทระ แสนไชยสุริยา ดร.สุพรรณิ ศรีปัญญากร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวลี โลวีรกรณ ที่ให้คำชี้แนะในการวิจัยเป็นอย่างดี

อ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ . **จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน.** (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา : http://thaincd.com/data_disease.php (27 กรกฎาคม 2553).
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 1. ชุมชนุสมสภรณ์การพิมพ์แห่งประเทศไทย, 2549
3. แผนกเวชระเบียน . **รายงานประจำปี** โรงพยาบาลสุพรรณคูหา , 2553
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546** (ออนไลน์). แหล่งที่มา: <http://nutrition.anamai.moph.go.th/> (20 มีนาคม 2554)
5. เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์ และคณะ. **สถานการณ์สุขภาพของคนไทย.** ปีที่ 2 ฉบับที่ 7 ตุลาคม 2549 (ออนไลน์). แหล่งที่มา: <http://www.hiso.or.th/hiso/brochure/>
6. กัญญาบุตร ศรนครินทร์. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการลดของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง** โรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ เชียงใหม่บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ; 2540.

ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 35– 60 ปี กรณีศึกษา ศูนย์บริการทางการแพทย์ 2

นางสาวปลัดดา เพ็ญสุวรรณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ศูนย์บริการทางการแพทย์ 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัย ที่มีผลต่อการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35 – 60 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการทางการแพทย์ 2 จำนวน 420 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง มกราคม ถึง เมษายน 2554 โดยใช้แบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีอายุ 35 – 60 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-50 ปี ร้อยละ 30อายุน้อยที่สุด 37 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 46.98 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.2 สถานภาพสมรส แต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 77.6 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีรายได้ 50,001-100,000 บาทต่อปี ร้อยละ 47.6 สิทธิในการรักษาพยาบาล เบิกได้ ร้อยละ 52.9 พื้นที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 55.0 ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ เคยตั้งครรภ์ ร้อยละ 87.9 มีบุตรจำนวน 2 คน ไม่เคยแท้ง ร้อยละ 62.1 ไม่คุมกำเนิด ร้อยละ 44.6 กินยาคุมกำเนิด ร้อยละ 17.6 ทำหมัน ร้อยละ 12.6

การตรวจหามะเร็งปากมดลูก เคยตรวจร้อยละ 72.9 ตรวจที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ร้อยละ 30.7 คลินิกเอกชน ร้อยละ 28.4 ไม่ตรวจหามะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 27.1 เหตุผล คือ ไม่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 47.4 ไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 31.6

การได้รับข่าวสารเรื่องมะเร็งปากมดลูก ได้รับจากโทรทัศน์ ร้อยละ 28.3 อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 23.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 14.3 วิทยุร้อยละ 11.1 และอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 9.9

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.2 ทักษะติดต่อโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดีร้อยละ 66.4

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ด้านประชากรกับการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก พบว่า อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับ สิทธิในการรักษา พื้นที่อาศัย ประวัติการ

เจ็บป่วยตนเอง ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ด้านความรู้เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า ความรู้และทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ควรมีการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในรูปแบบต่างๆ เช่น การดำเนินงานพร้อมกับการตรวจสุขภาพประจำปี การจัดสถานที่มิดชิด ตลอดจน การสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม องค์กรตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการรับบริการตรวจคัดกรองให้มากขึ้น

ABSTRACT

This study. A descriptive research to study various factors, factors that affect the detection of cervical cancer in women aged 35 to 60 years, women who receive services at medical facilities, 2.A total of 420 data were collected between January and April 2554 using a questionnaire.

The results showed that Women aged 35 to 60 years were aged between 46-50 years of age 30.0 percent, minimum is 37 years old most 60 year average age of 46.98 years old at the bachelor level, marital status, 46.2 percent, most married and live together per cent. 77.6 career civil servants, state enterprise revenues from 50,001 to 100,000 per year, 47.6 percent of the right to withdraw medical treatment was 52.9 per cent live in the area of municipal record 55.0 percent of their illness and their families. Most healthy History of pregnancy was 87.9 per cent pregnant with second child of 62.1 percent of people do not abortion and contraceptive methods. Largely controlled 44.6 percent of the contraceptive drug neck 17.6 percent, followed by sterilization using 12.6 percent.

The cervical cancer screening. Ever checked Percentage 72.9 examination at the hospital Et percentage 30.7, followed by clinics Private Percentage 28.4 a percentage 27.1 is not cervical cancer screening reason is not sex per cent 47.4 no symptoms percentage 31.6. To receive information about cervical cancer. Receive from television, followed by 28.3 percent to 23.4 percent of the Internet was 14.3 per cent of health workers and volunteers radio 9.9 per cent.

Knowledge of cervical cancer is 53.2 per cent in moderate attitude towards cervical cancer at a good level 66.4 percent. The relationship between various factors of cervical cancer screening. The result found the factor relation of cervical cancer were that age education, marital status, occupation ($P < 0.05$).

Theself Family history of illness. History of pregnancy. History of abortion. Did not correlate with cervical cancer screening significantly at the 0.05 level of statistical knowledge. Cervical cancer and attitudes to cervical cancer screening. Found that knowledge did not correlate with cervical cancer.

The outcome of this research. Should be developed form of cervical cancer screening. In various forms, such as operations with annual health check. The facilities that process entirely and creating a participatory learning. Cervical Cancer campaign consistently. To increase coverage of screening services more.

โรคมะเร็งเป็นปัญหาของทุกประเทศทั่วโลก องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency Of Research On Cancer : IARC) ได้คาดประมาณว่าในแต่ละปี ในโลกจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ประมาณ 11 ล้านคน มีคนตายจากโรคมะเร็งปีละ 7 ล้านคน การควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งในประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีทรัพยากรน้อย หรือ ปานกลาง มีการเกิดโรคเพิ่มขึ้น มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกซึ่งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 1 ล้านคนในปี พ.ศ.2473 สถิติจากการคาดประมาณในปี 2543 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกซึ่งรายใหม่ เป็นจำนวน 466,000 รายในโลก โดยอยู่ในประเทศที่พัฒนา 96,000 ราย และในประเทศที่กำลังพัฒนา 370,000 ราย ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งหมดในโลก สำหรับในประเทศไทย สตรีไทยโรคมะเร็งปากมดลูกมีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งทุกชนิด มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณปีละ 6,300 ราย พบมากที่สุดระหว่างอายุ 45-50 ปี⁽¹⁾

จากข้อมูลผู้ป่วยในที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในช่วง 3 ปี (2552-2554) เป็นมะเร็งปากมดลูก จำนวน 65, 72, 31 คน ตามลำดับ และข้อมูลผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มาใช้บริการในระยะเวลา

เดียวกัน พบจำนวนที่มาคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3,439, 3,728 และ 1,240 ราย ตามลำดับ สำหรับผู้มารับบริการที่ศูนย์บริการทางการแพทย์ 2 พบว่าปี 2552 ไม่มีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเลย ปี 2553 มี 41 ราย และ ปี 2554 มี 143 ราย จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น ขณะเดียวกันการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็มีแนวโน้มสูงเช่นกัน การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่เบื้องต้น จะส่งผลดีต่อการรักษาและป้องกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการที่ศูนย์บริการทางการแพทย์ 2 เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการรณรงค์และส่งเสริมให้สตรีไทยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกเพื่อลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร ประวัติการคุมกำเนิด วิถีคุมกำเนิดปัจจุบัน
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 – 60 ปี

3. เพื่อศึกษาทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 35 – 60 ปี

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ระเบียบวิธีการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35 - 60 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการทางการแพทย์ 2

ประชากรศึกษาคือ

สตรีอายุ 35-60 ปี จำนวน 420 คน ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการทางการแพทย์ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง โดยอาศัยทฤษฎีจากตำราวารสารและงานวิจัยต่างๆ ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส การตั้งครรรภ์ วิธีคุมกำเนิด ประวัติบุคคลในครอบครัวหรือญาติ ที่เคยเป็นมะเร็งปากมดลูก และประวัติการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย ด้านการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และด้านการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ มี 4 คำตอบ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบ มีจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ การให้คะแนนคำตอบที่ถูกต้องจะได้ 1 คะแนน ส่วนคำตอบที่ผิดจะได้ 0 คะแนน สถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนาในการแสดงควมถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานโดยใช้ไคลสแคร์หาความสัมพันธ์

ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการเกิดโรค ด้านการป้องกันโรค และด้านการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 7 ข้อ คำถามเชิงลบ 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินค่าความคิดเห็น แบ่งเป็น 3 ระดับ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 35 - 60 ปี จำนวน 420 คน อายุระหว่าง 46-50 ปี ร้อยละ 30.0 อายุน้อยสุด 37 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 46.98 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.2 มีสถานภาพสมรสแต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 77.6 ประกอบอาชีพรับราชการร้อยละ 45.5 รายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 50,001 – 100,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.6 ประวัติการตั้งครรรภ์ เคยตั้งครรรภ์ ร้อยละ 87.9 และคลอดปกติร้อยละ 83.9 บุตรจำนวน 2 คน ร้อยละ 53.7 คุมกำเนิดร้อยละ 78.3 ไม่เคยคุมกำเนิดเลยร้อยละ 44.6 วิธีคุมกำเนิดคือการกินยาคุมกำเนิด ร้อยละ 17.6 บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 99.1

กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 72.9 ร้อยละ 27.1 ที่ไม่เคยได้รับการตรวจ ในกลุ่มตัวอย่างที่เคยรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่จะไปรับตรวจที่โรงพยาบาล ร้อยเอ็ดมากที่สุดร้อยละ 30.7 รองลงมาคือคลินิกเอกชนร้อยละ 28.4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ให้เหตุผลที่ไม่ตรวจ คือ ไม่มีเพศสัมพันธ์ มากที่สุดร้อยละ 47.4 รองลงมาคือ ไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 31.6 และอายุ ร้อยละ 12.3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก	จำนวน	ร้อยละ
ดี (12 – 15 คะแนน)	106	25.4
ปานกลาง (9 – 11 คะแนน)	224	53.2
ต่ำ (1 – 8 คะแนน)	90	21.4
รวม	420	100

ระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.2 มีความรู้อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 21.4 และมีความรู้อยู่ในระดับดีเพียงร้อยละ 25.4

เมื่อพิจารณารายชื่อกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกโดยเฉลี่ยเท่ากับ 9.92 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน มีคะแนนสูงสุด 14 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 6

คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.32 ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ มะเร็งปากมดลูกเมื่อเป็นแล้วรักษาหายขาดหรือไม่ ร้อยละ 86.5 รองลงมา คือ การตรวจหามะเร็งปากมดลูกควรทำบ่อยเพียงใด และหลังจากได้รับการรักษามะเร็งปากมดลูกผู้ป่วยอาจเกิดการกลับซ้ำของโรคมะเร็งปากมดลูก ควรปฏิบัติตัวอย่างไร ร้อยละ 84.5 ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามถูกน้อยที่สุด ได้แก่ อาการระยะลุกลามของมะเร็งปากมดลูกมีอาการอย่างไร

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติ

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (2.34 – 3.00)	279	66.4
ปานกลาง (1.67 – 2.33)	112	26.6
ไม่ดี (1.00 – 1.66)	29	7.0
รวม	420	100

ระดับทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดีร้อยละ 66.4 และมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางมีเพียง ร้อยละ 26.6

เมื่อพิจารณาทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การตรวจหามะเร็งปากมดลูก

เป็นสิ่งจำเป็น และควรไปรับการตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี ($\bar{X} = 2.80$; S.D. = 0.4) รองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูกระยะแรกสามารถรักษาหายได้จริง ($\bar{X} = 2.73$; S.D. = 0.5) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ สตรีควรตรวจหามะเร็งปากมดลูกเมื่อแต่งงาน หรือเมื่อมีบุตรแล้วเท่านั้น ($\bar{X} = 1.72$; S.D. = 0.8)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ลักษณะทั่วไปของประชากร		จำนวน (ร้อยละ)	
		เคยตรวจ	ไม่เคยตรวจ
1. อายุ (ปี)	35-40 ปี	63(15.0)	41(9.8)
	41-45 ปี	65(15.5)	20(4.8)
	46-50 ปี	105(25.0)	21(5.0)
	มากกว่า 51 ปี	73(17.5)	31(7.4)
$\chi^2 = 46.107$ $df = 3$ $P\text{-value} = 0.000$			
2. การศึกษา	ประถมศึกษา	64(15.2)	42(10.0)
	มัธยมศึกษา	72(17.1)	10(2.4)
	อนุปริญญา	10(2.4)	10(2.4)
	ปริญญาตรี	128(30.5)	41(9.8)
	สูงกว่าปริญญาตรี	32(7.6)	11(2.6)
$\chi^2 = 23.66$ $df = 4$ $P\text{-value} = 0.000$			
3. สถานภาพสมรส	โสด	0(0.0)	20(4.8)
	แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	242(57.6)	82(19.5)
	หย่า/แยกกันอยู่	64(15.2)	10(2.4)
$\chi^2 = 60.97$ $df = 2$ $P\text{-value} = 0.000$			
4. อาชีพ	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	149(35.4)	42(10.0)
	ค้าขาย	43(10.2)	31(7.3)
	รับจ้าง	83(19.7)	30(7.1)
	แม่บ้าน	31(7.4)	11(2.6)
$\chi^2 = 10.74$ $df = 3$ $P\text{-value} = 0.013$			
5. รายได้ (บาท/ปี)	น้อยกว่า 50,000	74 (17.6)	32(7.6)
	50,001-100,000	128(30.6)	72(17.1)
	100,001 ขึ้นไป	104 (24.8)	10 (2.3)
$\chi^2 = 21.67$ $df = 2$ $P\text{-value} = 0.021$			

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของประชากร		จำนวน (ร้อยละ)		
		เคยตรวจ	ไม่เคยตรวจ	
6. สิทธิในการรักษา	บัตรทอง	105(25.1)	51(12.1)	
	เบิกได้	159(37.9)	63(15.0)	
	ประกันสังคม	42(10.0)	0(0.0)	
		$\chi^2 = 1.78$	df = 2	P-value = 0.766
7. พื้นที่อาศัย	ในเขตเทศบาล	119(28.3)	44(10.5)	
	นอกเขตเทศบาล	170(40.4)	61(14.5)	
	ต่างอำเภอ	17(4.0)	9(2.1)	
		$\chi^2 = .799$	df = 2	P-value = 0.671
8. ประวัติการเจ็บป่วยตนเอง	แข็งแรง	201 (47.8)	42(10.0)	
	มีการเจ็บป่วย	105(25.0)	72(17.1)	
		$\chi^2 = .699$	df = 1	P-value = 0.856
9. ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัว	แข็งแรง	105 (25.0)	73(17.3)	
	มีการเจ็บป่วย	156(27.2)	41(9.8)	
		$\chi^2 = .919$	df = 1	P-value = 0.932
10. ประวัติการตั้งครรภ์	ไม่เคยตั้งครรภ์	11(2.6)	40(9.5)	
	เคยตั้งครรภ์	295(70.2)	74(17.6)	
		$\chi^2 = .508$	df = 1	P-value = 0.811
11. ประวัติการแท้ง	ไม่เคยแท้ง	201 (47.8)	60(14.3)	
	เคยแท้ง	45(10.7)	54(12.8)	
		$\chi^2 = 733$	df = 1	P-value = 0.853

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบว่า อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับสิทธิในการรักษา พื้นที่อาศัย ประวัติการเจ็บป่วยตนเอง ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก	จำนวน (ร้อยละ)	
	เคยตรวจ	ไม่เคยตรวจ
ดี (12 – 15 คะแนน)	100 (23.8)	6(1.4)
ปานกลาง (9 – 11 คะแนน)	155(36.9)	69(16.4)
ต่ำ (1 – 8 คะแนน)	66(15.7)	24(5.7)
$\chi^2 = .745$ $df = 2$ $P\text{-value} = 0.643$		

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางเคยตรวจ

มะเร็งปากมดลูกเมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	จำนวน (ร้อยละ)	
	เคยตรวจ	ไม่เคยตรวจ
ดี (2.34 – 3.00)	210(50.0)	69(16.4)
ปานกลาง (1.67 – 2.33)	72(17.2)	40(9.5)
ไม่ดี (1.00 – 1.66)	24(5.7)	5(1.2)
$\chi^2 = .627$ $df = 2$ $P\text{-value} = 0.586$		

3. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูก กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า ทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติอยู่ในระดับดีตรวจมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

สตรีที่มีอายุ 35 – 60 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-50 ปี ร้อยละ 30.0 อายุเฉลี่ย 46.98 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.2 ส่วนใหญ่แต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 77.6 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 45.4 พื้นที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 55.0 ประวัติการตั้งครรภ์ เคยตั้งครรภ์ ร้อยละ 87.9 มีบุตรจำนวน 2 คน ไม่แท้ง ร้อยละ 62.1 การคุมกำเนิด ส่วนใหญ่

ไม่คุมกำเนิด ร้อยละ 44.6 ที่คุมกำเนิด คือ กินยา ร้อยละ 17.6 รองลงมาคือใช้วิธีทำหมัน ร้อยละ 12.6 การตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก เคยตรวจร้อยละ 72.9 ร้อยละ 27.1 ไม่ตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก เหตุผล คือ ไม่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 47.4 ไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 31.6

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปของประชากร กับการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก พบว่า ปัจจัยด้าน อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์ กับการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเจษฎา ศรีงาม (2547) ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรี จังหวัด พระนครศรีอยุธยา พบว่าสตรีที่อายุแตกต่างกัน สถานภาพสมรสแตกต่างกันมีพฤติกรรมการ ป้องกันโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกดีกว่าสตรีโสด และ สอดคล้องกับ การศึกษาของสาวิตรี พรสินศิริรักษ์ (2550) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการมา ตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม จังหวัด กระบี่ ศึกษาสตรีที่มีอายุ 35-60 ปี และแต่งงาน แล้ว จำนวน 435 ราย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < 0.05$ เรียงตามความจากมากไปน้อย ดังนี้ ความรู้ อายุ ประสบการณ์ที่มีต่อโรค การรับรู้ แรงสนับสนุน จากครอบครัว และ สถานที่ตรวจมิดชิด และ สุวิมล บุญจันทร์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรี อายุ 35-60 ปี ตำบลกุดน้ำใส อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ รายได้ ประวัติการตั้ง ครรภ์ การคุมกำเนิด ($P < 0.05$) ส่วนอายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนบุตร ประวัติการ

เป็นมะเร็งครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ จอมขวัญ วรรณกรรม (2551) พฤติกรรมการรับบริการตรวจ มะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีมุสลิม จังหวัดพังงา ศึกษาสตรีอายุ 35-60 ปี พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริม การตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก คือ การมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก ความสะดวกในการเดินทาง อาการผิดปกติ สถานภาพสมรสคู่

2. ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก

จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกอยู่ใน ระดับปานกลางร้อยละ 53.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล บุญจันทร์ (2550) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ มาตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ตำบลกุดน้ำใส อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

3. ด้านทัศนคติต่อโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก

จากผลการศึกษาค้นคว้าพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกอยู่ใน ระดับดีร้อยละ 66.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล บุญจันทร์ (2550) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจ มะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ตำบล กุดน้ำใส อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ทัศนคติอยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการสร้างแกนนำสตรี โดยมุ่งเน้น หญิงที่แต่งงานแล้ว วัยกลางคน การศึกษาสูง มีความน่าเชื่อถือในหมู่บ้านหรือชุมชน ในกลุ่มอายุ

วัยแรงงาน เพื่อเป็นแกนนำในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ช่วยเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

2. ควรมีการสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนำมาใช้กับสตรีกลุ่มเป้าหมายเพื่อเป็นการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติต่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ควรมีการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้สตรีเข้าถึงบริการได้มากที่สุด

4. ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีในเชิงลึกให้มากขึ้น ทั้งในด้านอาการการป้องกัน และการรักษา โดยใช้กลวิธีผสม

ผสานในหลาย ๆ ด้านอย่างสม่ำเสมอเช่น ทางหอกระจายข่าวและวิทยุชุมชน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีที่ไม่เคยรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาแก้ไขให้สอดคล้องกับและตรงกับความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย

2. ควรศึกษาเชิงทดลองรูปแบบการใช้สื่อบุคคลเพื่อจูงใจให้สตรีมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

3. ควรศึกษาแบบเจาะลึกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีที่พบผลการตรวจผิดปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและเป้าหมายของการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2544.
2. เจษฎา ศรีงาม. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2547.
3. สาวิตรี พรสินศิริรักษ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
4. สุวิมล บุญจันทร์. ผลการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ตำบลกุดน้ำใส อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น, 2550.
5. จอมขวัญ วนะกรรม. พฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิม อำเภอตะกั่วทุ่งจังหวัดพังงา. พังงา, 2551

คำแนะนำ

ในการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ยินดีรับบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

บทความวิชาการ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อ เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปอภิปราย ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุปและเอกสารอ้างอิงก็ได้ ความยาวของเรื่อง ไม่ควรเกิน 20 หน้าพิมพ์

บทความปริทัศน์ (review article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องนำมาเขียน วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความทั่วไป (general article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่ถูกละเลยยกมานำเสนอ โดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือเป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ที่ต้องศึกษาต่อเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงานผลศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มีประเด็นที่ได้รับความสนใจอยู่ในปัจจุบัน มีความยาวไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

ปกิณฑกะ (miscellany) เป็นบทความเบ็ดเตล็ด ที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความที่นำรู้ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะทั่วไป ความยาวไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

เรื่องแปล (translated article) เป็นบทความที่แปล หรือเรียบเรียงมาจากบทความวิชาการหรือบทความอื่นๆ ที่เป็นที่น่าสนใจจากภาษาต่างประเทศ โดยจะต้องมีการขอลิขสิทธิ์แปลจากเจ้าของต้นฉบับนั้นๆ ก่อน ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

บทความย่อ (abstract article) ย่อบทความจากผลการวิจัยใหม่ๆ แนะนำสิ่งที่น่าสนใจต่าง ๆ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัดกุมได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน (เจ้าของบทความ) เป็นภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิปรายต่อท้ายชื่อ และสถาบันที่ทำงานอยู่

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติเฉพาะที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ โดยให้ครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อเป็นภาษาไทย และ/หรือภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า ของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลา ของผู้อ่านใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

วิธีการดำเนินการ อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น)

ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็น ปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ (Vancouver)
2. การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

รูปแบบมีดังนี้

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์;ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาอังกฤษ

ให้ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อ ใช้ชื่อวารสารเป็นชื่อย่อตามระบบ Index

Medicus

วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้แต่งให้ใช้ชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้ามี 7 คนหรือมากกว่านั้นให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย)

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

รูปแบบมีดังนี้

รูปแบบอ้างอิงหนังสือหรือตำราผู้แต่งเขียนทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

รูปแบบอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า-หน้าสุดท้าย.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์หน้าเดียวลงกระดาษขนาด A4 (21.6 x 27.9 ซม.) ส่งเอกสารและไฟล์เนื้อหาในแผ่น CD หรือส่งไฟล์เอกสารทาง E-mail address: Plan6@hotmail.com

4.2 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษขาว ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพสีขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ หรือเป็นภาพที่บันทึกในแผ่น ซีดี การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอยากเขียนลงในภาพ ควรกำกับหมายเลขของภาพประกอบ เพื่อการจัดเรียงพิมพ์ได้อย่างถูกต้อง

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 2 ชุด พร้อมระบุ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ ถึงศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์และการวิจัย เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 1 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการ มีสิทธิ์จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสมได้