

- - - - -

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาบ้านโสก ตำบลบ้านโสก
อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

Guideline Developing of New Leprosy Case Finding for Village
Health Volunteers: Ban Sok, Ban Sok Sub-District,
Khonsawan District, Chaiyaphum Province

นางนันทนวล ปุณยหทัยพงศ์
นางญาดา โตอุตชนม์

(ตุลาคม 2560)

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาบ้านโสก ตำบลบ้านโสก
อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

Guideline Developing of New Leprosy Case Finding for Village
Health Volunteers: Ban Sok, Ban Sok Sub-District,
Khonsawan District, Chaiyaphum Province

นางนิมมวล ปุณยหทัยพงศ์
นางญาดา โตอุตชนม์

สนับสนุนโดย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

คำนำ

โรคเรื้อนเป็นปัญหาสำคัญทั้งทางสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังไม่ได้รับการรักษา สามารถเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเรื้อนที่สำคัญ แนวทางการป้องกันปัญหาโรคเรื้อนที่ดีที่สุดคือ การหยุดการแพร่ระบาดของโรค การค้นหาผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเพื่อให้การรักษา จะสามารถลดอัตราความพิการและดัดวงจรแพร่เชื้อโรคเรื้อน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นสื่อกลาง แต่ในปัจจุบันยังไม่มีคู่มือแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ในการส่งเสริมกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อช่วยส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้พบโดยเร็ว

ผู้วิจัยหวังว่า รายงานการวิจัยเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ และสามารถนำแนวทางที่ได้ไปใช้ในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ หากพบข้อผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยขออภัยมา ณ โอกาสนี้ด้วย

คณะผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก ศ.เกียรติคุณ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูต ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนการศึกษาวิจัยนี้ สำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้อนุมัติให้ผู้วิจัย ดำเนินการศึกษา

ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงาน โรคเรื้อนระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ผู้นำชุมชน รวมถึงผู้ป่วยโรค เรื้อน ที่ให้ข้อมูลและช่วยอำนวยความสะดวก

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานโรคเรื้อน กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัด นครราชสีมา ทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการวิจัยครั้งนี้มาโดยตลอด

คณะผู้วิจัย

บทคัดย่อ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการ ความพิการทำให้เป็นปัญหาสำคัญทั้งด้านสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนที่สำคัญคือการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้พบโดยเร็ว เพื่อให้การรักษาหยุดการแพร่เชื้อ และไม่ให้เกิดความพิการ ดังนั้นจึงได้จัดทำแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของตำบลบ้านโสก โดยการมีส่วนร่วมของพหุภาคี เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ใช้กระบวนการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดำเนินการ 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยการวิเคราะห์ถึงการแสวงหาบริการสุขภาพของชุมชน ความเชื่อและการรับรู้โรคเรื้อน สื่อและช่องทางในการสื่อสาร นำผลที่ได้มาใช้ในการวางแผนดำเนินงาน ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค ระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจในแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ถูกค่าส่วนใหญ่(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข) มีความพึงพอใจในระดับพอใจมากที่สุด ร้อยละ 35.77 พึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 62.77 ซึ่งเกิดจากการจัดทำแนวทางตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค แต่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงครั้งนี้ ด้านเนื้อหา ต้องการเพิ่มเนื้อหาการติดต่อโรคเรื้อน ด้านการรักษา ด้านจิตวิทยาในการพูด ด้านรูปแบบ อยากได้รูปเล่มเล็กกว่านี้และเพิ่มภาพประกอบ ส่วนความต้องการผลิตภัณฑ์จากกรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่ต้องการสื่อค้นฉบับ เช่น โปสเตอร์, ภาพพลิก, VCD สื่อการเรียนรู้สำหรับโรคเรื้อน, แผ่นพับ, สื่อการสอนการป้องกันควบคุมโรคติดต่อต่างๆ, แนวทางการค้นหาโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคชิก้า, เอกสารไขเลือกออกสำหรับประชาชน

คำสำคัญ : แนวทาง, โรคเรื้อน, อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

Leprosy is chronic infectious disease that not only cause disability but also impact to psychosocial and socioeconomic. Regarding to leprosy control program, early case finding for treatment is the key factor to reduce disability and transmission. The guideline for new case finding was developed for village health volunteer in Bansok sub district by multidisciplinary team. This mix method research collected both quantitative qualitative data. The research divided in 3 phases. Phase 1) Data analysis in context of service, organization, socioeconomic, perception, culture and norm of community by using social marketing to advocate and communicate to the target group. Phase 2) Development of new cases finding guideline for village health volunteer. Phase 3) Evaluation of guideline satisfaction from both village health volunteer and health personnel. The result for satisfaction of the guideline found that 35.77% was in highest level, 62.77 was in high level. The recommendation for guideline improvement were that knowledge of leprosy treatment and care with psychosocial communication should be included in the guideline. Other perspective was that the graphic design for guideline as pocket book might be better for user and the media from department of disease control such as other communicable and emerging disease should be benefit for the communication.

Keywords : Guideline, leprosy, Health Volunteer

สารบัญ

	หน้า
คำนำ.....	ก
กิตติกรรมประกาศ.....	ข
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
1.3 ลำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน.....	5
2.2 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข.....	8
2.3 การจัดทำแนวทาง/คู่มือทางด้านวิชาการ.....	14
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
2.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	18
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	19
3.1 รูปแบบการศึกษา.....	19
3.2 พื้นที่ทำการศึกษาและระยะเวลาการศึกษา.....	19
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	19
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	21
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	23
3.6 การรวบรวมข้อมูล.....	23
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	24
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	25
ผลการวิจัย.....	25
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	44
บรรณานุกรม	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามช่องทางการรับสื่อก่อนดำเนินการ	26
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง	27
ตารางที่ 3 พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	28
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของสื่อที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้โรคเรื้อน	31
ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ.....	39
หมู่บ้าน	
ตารางที่ 6 แสดงค่าร้อยละและค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับ.....	41
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	
ตารางที่ 7 ร้อยละความพึงพอใจในภาพรวมของหน่วยงานต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับ.....	43
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	18
ภาพที่ 2 วงสีจาง ขอบไม้ขีด	33
ภาพที่ 3 วงสีจาง ขอบขีด มีอากรขา	34
ภาพที่ 4 วงสีเข้มกว่าผิวหนังปกติ ขอบไม้เรียบ	34
ภาพที่ 5 ขอบนูนแดง ไม่เรียบ ขา	34
ภาพที่ 6 ผื่นวงแหวน ขอบในขีด ขอบนอกนูนแดง ไม่คัน	35
ภาพที่ 7 ผื่น ตุ่มไม่คัน กระจายสองข้างของร่างกาย	35
ภาพที่ 8 ผื่นนูนแดง อิมัลชันเป็นมัน ขนคิ้วร่วง	35
ภาพที่ 9 ตุ่มที่ใบหู ผื่นที่ใบหน้า ไม่คัน	35
ภาพที่ 10 ตุ่มไม่คัน ไม่ชา กระจาย 2 ข้างของร่างกาย	36
ภาพที่ 11 ผื่นมือขา นิ้วมือหดสั้น นิ้วมืองอ ข้อศอกแข็ง	36
ภาพที่ 12 ผื่นเท้าขา ผิวแห้งแตก นิ้วเท้าอและหดสั้น มีแผลเรื้อรัง	36
ภาพที่ 13 ตาหลับ ไม่สนิท ข้อมือ ข้อเท้าตก	37

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อนเป็นปัญหาสำคัญทั้งทางสาธารณสุข สังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังไม่ได้รับการรักษายังสามารถเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเรื้อนที่สำคัญ (ธีระ รามสูต, 2535 : 385) ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดจากการทำลายเส้นประสาทซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของอวัยวะสำคัญ 3 ส่วนของร่างกาย อันได้แก่ ตา มือ เท้า โดยที่โรคเรื้อนจะทำให้มีการทำลายเส้นประสาทซึ่งมีหน้าที่รับความรู้สึก เส้นประสาทควบคุมการทำงานของต่อมเหงื่อและเส้นประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ ผลที่ตามมาก็คือเกิดการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะดังกล่าวจนเกิดความพิการ โรคเรื้อนยังคงเป็นปัญหาสำคัญของหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนาในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในปี พ.ศ. 2545 พบว่าทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 486,412 ราย หรือมีอัตราความชุกเท่ากับ 3.17 รายต่อประชากรหมื่นคน (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2546 : 1)

หลังจากประเทศไทยปรับเปลี่ยนการรักษาโรคเรื้อนด้วยยาแดปโซน(Dapsone monotherapy) ที่ใช้มาตั้งแต่ปี 2507 มาเป็นยาผสมเคมีบำบัดแบบใหม่ขององค์การอนามัยโลกในปี 2532 ส่งผลให้สามารถรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้หายจากโรคและจำหน่ายจากทะเบียนได้เร็วยิ่งขึ้น อัตราความชุกของโรคลดลงอย่างรวดเร็วจาก 7.9 ต่อประชากรหมื่นคนในปี 2527 เหลือเพียง 3.0 รายต่อประชากรหมื่นคนในปี 2532 (กองโรคเรื้อน, 2535 : 7) และปี พ.ศ. 2554 อัตราความชุกลดลงเหลือเพียง 0.36 รายต่อประชากรหมื่นคน แต่ในความเป็นจริงนั้นอัตราความชุกโรคที่ลดลงมิได้สะท้อนสถานการณ์ที่เป็นจริง เนื่องจากยังพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กและผู้ป่วยใหม่พิการระดับ 2 ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนรักษาทั่วประเทศ 627 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 0.10 รายต่อหมื่นประชากร เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จำนวน 237 ราย คิดเป็นอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 0.36 รายต่อแสนประชากร เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 9 มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 122 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 0.18 รายต่อหมื่นประชากร มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนใหม่ จำนวน 60 ราย คิดเป็นอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 0.91 รายต่อแสนประชากร ในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่นี้เป็นผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 66.66) ชนิดเชื่อน้อย จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 33.33) และมีความพิการระดับ 2 จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 20.00) ผู้ป่วยใหม่วัยเด็กร้อยละ 5 (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา, 2555) จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นว่าแม้อัตราความชุกโรคเรื้อนของประเทศไทยโดยเฉลี่ยอยู่ระดับไม่เกิน 1 ต่อหมื่นประชากร ซึ่งองค์การอนามัยโลกถือว่าควบคุมได้ จนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขแล้ว แต่ยังมีตัวชี้วัดของการควบคุมโรคเรื้อนที่แสดงให้เห็นถึงความล่าช้าในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนนั่นคือ อัตราความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ต่อแสนประชากร จะต้องลดลงอย่างน้อยร้อยละ 35 ในปี 2558 เมื่อเทียบกับปี 2553 ส่วนกรมควบคุมโรคได้กำหนดตัวชี้วัดนี้ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 50 (ปี 2553 มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่พิการเกรด 2

จำนวน 7 คน) เมื่อผู้ป่วยพิการจะทำให้เกิดปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ และหากพื้นที่ใดพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก แสดงว่าจะมีการแพร่กระจายของเชื้อโรคเรื้อนเมื่อไม่นานมานี้เนื่องจากเด็กจะมีภูมิคุ้มกันต่ำ จะต้องเร่งรัดการค้นหาผู้ที่แพร่กระจายเชื้อโรคเรื้อนให้กับเด็กในครัวเรือนและในชุมชน เพื่อเป็นการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนอีกวิธีหนึ่ง

ในปัจจุบันแนวทางการป้องกันปัญหาโรคเรื้อนที่ดีที่สุดคือ การหยุดการแพร่ระบาดของโรค การพยายามค้นหาผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเพื่อให้การรักษา เพราะในระหว่างที่ผู้ป่วยยังไม่ได้การรักษา เชื้อโรคเรื้อนจะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะเส้นประสาทอักเสบ ซึ่งเป็นจุดเริ่มแรกที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการได้ เมื่อพบผู้ป่วยแล้วจะต้องสอนการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการเกิดความพิการ หรือหากเกิดความพิการขึ้นแล้วก็ให้รู้จักวิธีป้องกันไม่ให้ความพิการที่มีอยู่เดิมนั้นลุกลามเป็นมากขึ้นจนเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยบางรายมีความพิการจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ จากบาดแผลและความพิการที่มองเห็นได้ชัดก่อให้เกิดความรังเกียจกลัวทั้งต่อตนเองและต่อสังคม อันเป็นการประทับตราบาปให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องทนทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ ต้องเป็นภาระของครอบครัวในการเลี้ยงดู ทำให้เกิดปัญหาสังคมและเศรษฐกิจตามมา (WHO, 1988 : 33-38)

ปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพ อันเป็นการตกลงด้วยเจตนารมณ์ที่จะร่วมกับองค์การอนามัยโลก ดำเนินการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ก่อนปี พ.ศ. 2543 ในแผนพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543 : 8) ฉบับที่ 4 นี้ จึงได้เกิดการค้นหาการคัดเลือกประชาชน เพื่อเข้ารับการอบรมให้เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยได้กำหนดบทบาทให้อาสาสมัครกลุ่มนี้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมอนามัยของเพื่อนบ้าน (Change Agents) ทำหน้าที่ด้านการ รับ-ส่งข้อมูล ข่าวสาร การแนะนำ การให้ความรู้ ช่วยเหลือปฐมพยาบาลและการรักษาขั้นต้นแก่เพื่อนบ้าน โดยมีเป้าหมายดำเนินการให้ครอบคลุมร้อยละ 50 ของจำนวนหมู่บ้านทั่วประเทศ รวมทั้งได้มีการกระจายแนวคิด หลักการสาธารณสุขมูลฐาน ให้ครอบคลุมบุคลากรสาธารณสุขทุกประเภท ทุกระดับ ให้เข้าใจและยอมรับในการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และการสาธารณสุขมูลฐานได้รับการพัฒนาเปลี่ยนแปลงเรื่อยมาโดยยกฐานะ ผสส. เป็น อสม. ทั้งหมดในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และปัจจุบันแนวโน้มการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) เน้นให้คนไทยมีจิตสำนึกสร้างสุขภาพให้แข็งแรงและเป็นชุมชนพึ่งตนเอง เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล ดำรงชีพบนพื้นฐานของความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุผลภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง กระทรวงสาธารณสุข ได้มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพประชาชนและศักยภาพความเข้มแข็งของภาคประชาชน เพื่อให้ประชาชนสร้างสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ตนเอง ครอบครัวชุมชน และสังคมได้รวมทั้งแสวงหาความร่วมมือและประสานจากหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน พ.ศ. 2552 – 2562 ถือเป็น “ทศวรรษแห่งการสร้างนวัตกรรมเพื่อสุขภาพ” จำเป็นต้องเบนเข็มงานสาธารณสุขมูลฐานจากเดิมที่ให้น้ำหนักแต่ด้านบริการไปสู่การพัฒนาเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานในรูปลักษณะใหม่ ต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นศูนย์กลางที่จะนำไปสู่เป้าหมายสูงสุด “บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการรักษาพยาบาลยังคงต้องมีเท่าที่เขามีศักยภาพ แต่ไม่ใช่เป็นหมอชั้นสอง ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านน่าจะเป็นด้านสังคม” (อมร นนทสุต, 2551: 116) จึงต้องมีการปรับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากบริการไปสู่การพัฒนาเพื่อสังคม แต่การที่จะให้ประชาชนทำด้วยตนเองเป็นเรื่องยากต้องอาศัยการศึกษาและการเสริมพลังปัญญา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยการอบรมฟื้นฟูความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพ การให้ความรู้แก่ประชาชน และร่วมกับเจ้าหน้าที่เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน (วนิดา วีระกุล, 2542 : 31-33)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมาเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจในการศึกษาวิเคราะห์ วิจัย พัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน การควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ จากแผนการดำเนินงานควบคุมโรคเริ่ณของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ได้กล่าวถึงความพยายามในการลดอัตราความพิการในผู้ป่วยใหม่ให้อยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 7 โดยจะต้องรีบดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเริ่ณรายใหม่ให้พบโดยเร็วก่อนที่จะผู้ป่วยจะเกิดความพิการ จากการนิเทศงานพบว่าสื่อโรคเริ่ณที่ชุมชนสนใจและมีผลต่อการรับรู้โรคเริ่ณคือสื่อบุคคล ดังนั้นการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเริ่ณที่มีเป้าหมายของการดำเนินงานเพื่อลดอัตราความพิการ โดยจะต้องค้นหาผู้ป่วยโรคเริ่ณให้พบโดยเร็วจะสามารถลดอัตราความพิการและตัดวงจรแพร่เชื้อโรคเริ่ณ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นสื่อกลาง แต่ในปัจจุบันยังไม่มีคู่มือแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเริ่ณรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเริ่ณในชุมชน ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเริ่ณรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อช่วยส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขในการค้นหาผู้ป่วยโรคเริ่ณรายใหม่ให้พบโดยเร็ว

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเริ่ณรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.3 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

แนวทาง หมายถึง ทางปฏิบัติที่ควรทำในการดำเนินงานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ หมายถึง การให้ความรู้โรคเรื้อนแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประชาชน เพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนจากโรคผิวหนังในชุมชนได้

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้แนวทางที่ใช้ในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

บทที่ 2

เอกสารแนวกิต ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาแนวกิต ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ในครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน
2. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข
3. การจัดทำคู่มือ แนวทาง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อน

คำจำกัดความ

โรคเรื้อน(Leprosy) เป็นโรคทางผิวหนังและโรคทางระบบภูมิคุ้มกัน จัดเป็นโรคติดต่อ เรื้อรัง พบและติดต่อเฉพาะในคน โดยทั่วไปโรคเรื้อนมักเกิดอาการที่ผิวหนัง เส้นประสาทส่วนปลาย และต่อทางเดินหายใจส่วนบน

เชื้อโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรีย เลแปร (Mycobacterium leprae) ซึ่งมีรูปร่าง เป็นแท่ง มีคุณสมบัติดื้อสีทนกรด (Acid-Fast Stain) และดื้อสีแกรมบวก (Gram's Stain) ตรวจพบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อน และเพาะเลี้ยงได้ในสัตว์ทดลองบางชนิด เช่น หนูและตัวนึ่งเก้ายาย ปัจจุบันยังไม่มีผู้ใดสามารถเพาะเลี้ยงเชื้อโรคเรื้อนโดยใช้อาหารเลี้ยงเชื้อได้สำเร็จ

การแพร่เชื้อโรคเรื้อน

เชื้อโรคเรื้อนแพร่ออกจากร่างกายของผู้ป่วยได้สองทาง คือ ทางผิวหนัง และเยื่อจมูก ทางที่เชื่อว่ามีผลต่อการแพร่ติดต่อได้มาก คือ ทางเยื่อจมูก ในผู้ป่วยระยะติดต่อที่ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน จะสามารถปล่อยเชื้อโรคเรื้อนที่ยังมีชีวิตผ่านทางเยื่อจมูกออกมาในสิ่งแวดล้อมได้มากถึงวันละ 10 ล้านตัว สำหรับวิธีการแพร่เชื่อนั้น ปัจจุบันเชื่อว่าการแพร่เชื้อจะเกิดขึ้นโดยเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผ่านทางระบบทางเดินหายใจของผู้รับเชื้อ ส่วนวิธีการแพร่เชื้อโดยวิธีอื่นๆ เช่น โดยการกสั่นกินหรือโดยผ่านแมลงนำโรคนั้นมีผู้ตั้งสมมุติฐานไว้แต่ยังมีหลักฐานสนับสนุนไม่เพียงพอ

การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน

โรคเรื้อนสามารถแบ่งได้เป็นชนิดต่างๆ ตามลักษณะอาการที่ปรากฏดังนี้

1. อินดีเทอร์มินท์ (indeterminate) เป็นโรคเรื้อนที่พบในระยะเริ่มแรกลักษณะอาการ

พบเป็นวงกว้างสีขาว 1-3 วง ขอบจางไม่ชัดเจน ผิวหนังแห้งเล็กน้อย หรือปกติ มีอาการเสียวความรู้สึก หรือ ชาเพียงเล็กน้อย การตรวจเชื้อมักไม่พบเชื้อ ส่วนมากถ้าภูมิคุ้มกันต่ำสูงราวร้อยละ 60-80 มักจะหายไปเอง แม้ไม่ได้รับการรักษา แต่ถ้าภูมิคุ้มกันต่ำก็อาจจะกำเริบกลายเป็น โรคเรื้อนชนิดอื่นต่อไป

2. ทิวเบอร์คิวลอยด์ (tuberculoid) มักตรวจไม่พบเชื้อ อาการระยะแรกพบเป็นวงกว้าง สีขาวขอบ ชัดเจน หรือแผ่นนูนแดงหนารูปวงแหวน ผิวหนังแห้งชัดเจน จำนวนที่พบประมาณ 1-3 วง มักมีอาการ หายดีขึ้นตรงกลางวงก่อนและขอบบริเวณนั้นมักกว้าง เส้นประสาทมักโตคล้ำได้ บางรายอาจพบอาการทาง ประสาทอย่างเฉียบ โดยไม่พบอาการทางผิวหนังเลย

3. บอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ (borderline tuberculoid) ลักษณะอาการคล้ายทิวเบอร์คิวลอยด์ แต่มีจำนวนมากขึ้นและมักจะกระจายสองข้างของร่างกายเฉพาะตามแขนขา มีวงหรือแผ่นหนาเกิดขึ้นใหม่ รอบวงหรือแผ่นนูนหนาจะมีสีแดงเข้ม และเป็นมันมากขึ้น อาการทางประสาทพบมากขึ้น ขอบนอกไม่ เด่นชัดแต่ลาดลง ผิวมักไม่แห้ง การตรวจเชื้อมักพบเชื้อเล็กน้อย

4. บอเดอร์ไลน์ (borderline) ส่วนมากมักพบเป็นแผ่นนูนหนา 2 แบบ แบบแรกอาจเป็นแผ่นนูน หนาตรงกลางหรือลาดลง โดยขอบด้านนอกมักแบนลาดลงไม่เด่นชัด หรืออีกพวกเป็นแผ่นนูนหนาและ ตรงกลางนูนเป็นรู บางพวกเป็นรูปวงแหวนซึ่งขอบด้านในและด้านนอกนูนเด่นชัดเจนและมักพบแผ่นหนา ที่เกิดขึ้นใหม่ วงกว้างขาวเป็นวงกลมล้อมรอบแผ่นนูนแดงเสมอ

5. บอร์เดอร์ไลน์ เลปโรมาตัส (borderline lepromatous) มักพบรอยโรคหลายชนิด เช่น วงกว้าง แผ่นหนาและคุ่มผสมกัน มีจำนวนมากมาย กระจายสองข้างของร่างกาย โดยส่วนมากที่พบ เป็นแผ่นนูนหนาขนาดเล็ก ตรงกลางนูน ขอบแบนลาดลง ผิวหนังไม่แดงจัดและไม่เป็นมันเงา อาการชา มีเล็กน้อย เส้นประสาทมักโต

6. เลปโรมาตัส (lepromatous) อาการที่พบชัดเจนมากทั้ง 2 ข้างของร่างกายทั้งในแบบ วงแหวนสีแดง คุ่มเล็ก คุ่มใหญ่ แผ่นนูนหนา จำนวนมากกระจายทั่วร่างกายใบหู ใบหน้าหนาชัดเจน เป็นหน้าสิงห์โต เส้นประสาทมักโตทั้ง 2 ข้าง มือเท้ามักชาและมีความพิการของมือ เท้า หรือใบหน้าร่วม ด้วย การตรวจเชื้อจะพบเชื้อโรคเรื้อนมากมาย (ธีระ งามสุต, 2535)

ระดับความพิการ

ระดับความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนของประเทศไทย ได้แบ่งระดับความพิการตามหลักเกณฑ์ของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1997 : 83) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตา

ระดับ 0 คือ ไม่มีปัญหาทางตาที่เกิดจากโรคเรื้อน

ระดับ 1 คือ มีปัญหาทางตาที่เกิดจากโรคเรื้อน แต่ตามัวไม่มาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตร ได้ ถูกต้อง)

ระดับ 2 คือ ตามัวมาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรไม่ได้) กระจกตาตื่นความรู้สึก ตาหลับ ไม่ สนิท และม่านตาอักเสบ

มือและเท้า

ระดับ 0 คือ ไม่ชา ไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 1 คือ ชา แต่ไม่มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ระดับ 2 คือ มีความพิการหรือความสูญเสียที่มองเห็นได้

ความสูญเสียที่กล่าวถึง ได้แก่ การหดสั้น การผิดรูป ข้อติดแข็ง การกุด หรือการสูญเสียเนื้อเยื่อ และกระดูกของมือหรือเท้า ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน

การวินิจฉัยโรค

โรคเรื้อนสามารถให้การวินิจฉัยได้จากประวัติการตรวจร่างกาย และการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนจากผิวหนัง ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997 : 18) กล่าวว่าอาการสำคัญ (Cardinal signs) ที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นเป็นโรคเรื้อนได้จากอาการ 1 ใน 2 ลักษณะ คือ มีรอยอันเป็นลักษณะของโรคเรื้อนที่ผิวหนัง และมีอาการขาบริเวณรอยโรคนั้น ตรวจพบเชื้อรูปแท่งดิดส์ทนกรด (acid fast bacilli) จากการตรวจหาเชื้อโดยก๊าดจากผิวหนังหรือโดยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

หลักเกณฑ์การรักษาโรคเรื้อน

1. วัตถุประสงค์ในการรักษา คือรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคและไม่เกิดความพิการต้วงจร การแพร่เชื้อ
2. ยาที่ใช้ในการรักษา

2.1 ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย ยาที่ใช้ได้แก่ ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) 600 มิลลิกรัม เดือนละ 1 ครั้ง โดยให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าหรือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แดปโซน (Dapsone) 100 มิลลิกรัมต่อวัน

2.2 ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก ยาที่ใช้ได้แก่ ไรแฟมปีซิน (Rifampicin) 600 มิลลิกรัม เดือนละ 1 ครั้ง โดยให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าหรือตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แดปโซน (Dapsone) 100 มิลลิกรัมต่อวัน โคลฟาซิมีน (Clofazimine) 300 มิลลิกรัมต่อเดือน โคลฟาซิมีน (Clofazimine) 50 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ 100 มิลลิกรัม วันเว้นวัน

ระยะเวลาการรักษา ได้แก่ ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย ใช้เวลารักษา 6 เดือน ผู้ป่วยประเภทเชื้อมากใช้เวลารักษา 2 ปี

3. การติดตามผลหลังจากหยุดยา ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย ต้องตรวจร่างกายปีละครั้งเป็นเวลา 3 ปี ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก ต้องตรวจร่างกายปีละครั้งเป็นเวลา 5 ปี

การป้องกันและการควบคุมโรคเรื้อน

การป้องกันและควบคุมโรคแบ่งได้เป็น 2 ระยะดังนี้ (สมชาย สุพันธุ์วนิช, 2532 : 132-133)

1. การป้องกันล่วงหน้า คือ การให้สุศึกษาแก่ประชาชนให้เข้าใจว่า โรคเรื้อนสามารถรักษาหายได้ หากได้รับการรักษาแต่เริ่มแรกและติดต่อกันไป และแจ้งสถานที่ตรวจรักษาที่จะให้ผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาได้โดยสะดวกด้วย

2. เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยและให้การรักษาดังแต่ระยะเริ่มแรกและเฝ้าสังเกตผู้ที่อยู่ในครอบครัว

เดียวกัน หรือผู้สัมผัสโรค (3 ปี ในผู้ป่วยประเภทเชื้อมนุษย์, 5 ปี ในผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก)

2. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาสาธารณสุขจึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีตัวจักรสำคัญในการดำเนินงาน คือผู้สื่อข่าวสาธารณสุข(ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อมาในปี 2535 ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียวคือ อสม. ที่ต่างก็เสียสละแรงกายแรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้โดยมิได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้น (ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้, 2554) ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของคนกลุ่มนี้และยอมรับว่าอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ทางกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามทุกวิถีทางที่จะให้การยกย่องเชิดชูเกียรติเสริมสร้างขวัญ และกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยเริ่มให้มีการประกวด ผสส., อสม. ครั้งแรกตั้งแต่ปี 2530 โดยในช่วงแรกนี้ได้จัดการประกวดขึ้นแบบปีเว้น ปีจนถึงปี 2536 ต่อมาภายหลังก็ได้ผลักดันให้มีวันสำคัญ ของอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยเลือกวันที่ 20 มีนาคม เป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” ซึ่งถือได้ว่าเป็นวันสำคัญของวงการสาธารณสุขที่คณะรัฐมนตรีสมัย “พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์” ได้มีการอนุมัติให้บรรจุ “โครงการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ” เข้าเป็นโครงการหนึ่งในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติและได้ลงมติอนุมัติให้เปลี่ยนคำว่า “สาธารณสุขเบื้องต้น” เป็น “การสาธารณสุขมูลฐาน” จากเหตุการณ์สำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขออนุมัติจากคณะรัฐมนตรีให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปี เป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” และคณะรัฐมนตรีให้การอนุมัติเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2536 ดังนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มต้นจัดงานเฉลิมฉลองในวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติเป็นประจำทุกปีตั้งแต่ 20 มีนาคม 2537 เป็นต้นมา

แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550:35-40) ได้ให้ความหมายของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือที่เรียกย่อๆว่า อสม.นั้น เป็นรูปแบบหนึ่ง ของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวและชุมชนโดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2520 เป็นต้นมา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การสื่อข่าวสาธารณสุข การ

แนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาล เป็นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ ภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย ดังนี้

- พื้นที่ชนบท : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน
 พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
 : เขตชุมชนแออัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 20 - 30 หลังคาเรือน
 : เขตชุมชนชานเมือง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน

ดังนั้นในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่งๆ อาจมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้นๆ โดยทั่วไปจะมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประมาณ 10 - 20 คนต่อหมู่บ้าน

2.1.1.2 คุณสมบัติของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- 1) เป็นบุคคลที่ชาวบ้านในละแวกหรือคุ้มยอมรับและเชื่อถือ
- 2) สมัครใจและเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
- 3) มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้าน ไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1-2 ปี)

และมีความคล่องตัวในการประสานงาน

- 4) อ่านออกเขียนได้
- 5) เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาชุมชน
- 6) ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

2.1.1.3 วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ใช้วิธีการประชาธิปไตยในการคัดเลือกบุคคลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมคณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนในหมู่บ้านและผู้นำอื่นๆ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มอบหมายให้กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำดังกล่าว เป็นคณะกรรมการสรรหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- 2) แบ่งละแวกหรือคุ้มบ้านออกเป็นคุ้มละ 8 - 15 หลังคาเรือน สอบถามหาผู้สมัครใจ

และมีคุณสมบัติตามที่กำหนดคัดเลือกเข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในกรณีที่ มีผู้สมัครเกิน 1 คน ให้คณะผู้ดำเนินการสรรหา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จัดประชุมหัวหน้า ครอบครัวหรือผู้แทนครอบครัวในละแวกหรือคุ่มนั้น ๆ เพื่อลงมติโดยใช้เสียงส่วนใหญ่คัดเลือกบุคคลเข้ารับ การอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำละแวกบ้านหรือคุ่ม

2.1.1.4 การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ การฝึกอบรมอาสาสมัคร ใหม่ ในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มี การเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความ สามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ไว้

1) วิธีการอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสม ของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่า สามารถพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใหม่ทุกคน มีความรู้และสามารถทำงานตาม บทบาทที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ

2) เนื้อหาหลักสูตร เนื้อหาความรู้ที่อบรม แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มความรู้พื้นฐาน (ภาคบังคับ) ประกอบด้วย วิชาที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเป็นวิชาที่เกี่ยวกับ ปัญหาสาธารณสุขหลัก ๆ ของประเทศและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขใน ชุมชน ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สิทธิของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านการถ่ายทอดความรู้และการเผยแพร่ข่าวสาร การค้นหาวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ของท้องถิ่น สุขวิทยาส่วนบุคคล การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข การ วินิจฉัยอาการ การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการ สาธารณสุข การจัดกิจกรรมการปฏิบัติงานและการใช้เครื่องมือต่างๆในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) การทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อการพัฒนางาน สาธารณสุขในท้องถิ่น 2) กลุ่มความรู้เฉพาะ เป็นความรู้ในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ และ ความรู้ด้านนโยบายต่างๆ ในการพัฒนางานสาธารณสุขในแต่ละท้องถิ่นและความรู้ด้านการพัฒนาอื่นๆที่มี ผลต่อสุขภาพของประชาชน โดยจังหวัดสามารถปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรได้ตามความเหมาะสม ซึ่งเนื้อหา อาจแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1.1.5 การขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานภาพของการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือกผ่านการอบรมและได้รับการ ประเมินความรู้ความสามารถทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออก ประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐานโดยรูปแบบอาญาบัตรและสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.1.1.6 วาระและการฟื้นฟูสภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สถานภาพของ

การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดขึ้นเมื่อนุททลนั้นได้รับการคัดเลือกผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบอายุบัตรและสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1) วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 2 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงานร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยตนเอง เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นประชาชนผู้ที่เสียสละ หากมีความจำเป็นก็ต้องใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นกันเองกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอยู่ รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

2) การพ้นสภาพ

(2.1) พ้นสภาพตามวาระ

(2.2) ตาย

(2.3) ลาออก

(2.4) ย้ายที่อยู่

(2.5) ประชาชนลงมติโดยมีคะแนนเสียง เกินกึ่งหนึ่งของประชาชนในหมู่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านมีมติให้พ้นจากตำแหน่ง เนื่องจากมีความประพฤติเสียหายอันจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียประโยชน์ของหมู่บ้าน หรือบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่

2.1.1.7 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนและมีหน้าที่ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้นำบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี

โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1) เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างๆ เมื่อรับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) เป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การ

ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษา และป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชนและการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังจากได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเมื่อคุมกำเนิดและหญิงขานามัยในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเช่นเกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

1. จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน
2. ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน
3. ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการสำรวจอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุขหรือจากแหล่งอื่นๆ

7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ.(ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

2.1.1.8 มาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วรณศิริ อารยางค์ (2552 :150) ได้กล่าวถึงมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

- 1) สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่

2) สามารถเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย

3) สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน

4) สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคม ให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อมของสังคม

5) สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีส่วนต่อการจัดหรือลด ปัญหาทางสุขภาพ

6) สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชน ในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ

7) สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ อนามัยและชุมชน

2.1.1.9 หน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทศวรรษใหม่ทศวรรษที่ 4 ของ การสาธารณสุขมูลฐาน จะเน้นการพัฒนามากกว่าบริการ

วรุณศิริ อารยวงศ์ (2552 :151-152) ได้กล่าวถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไว้ดังนี้

1) ปรับพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยทำตนเป็นแบบอย่างและสร้างพฤติกรรม สุขภาพในชุมชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยเป็นแกนนำในการขับเคลื่อน ชุมชนและชักชวนเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน

2) ดูแลสิ่งแวดล้อมโดยการรณรงค์ลดโลกร้อน ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ รวมทั้งเป็นผู้นำการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในชุมชน การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ชุมชน เช่น กิจกรรมเฝ้าระวังทางภาวะโภชนาการ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การฝากครรภ์ การเฝ้าระวังด้าน ส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคระบาดและโรคประจำถิ่น

3) บริหารจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน ที่มีฐานมาจากแผนที่ ยุทธศาสตร์ โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลและจากแหล่งอื่นๆ

4) สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้านชุมชน หรือเป็นนักสื่อสารสุขภาพอย่างมีพลัง

5) ประสานงานกับบุคคลองค์กรและเครือข่ายทำงานเป็นทีมกับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านและกลุ่มภาคีสุขภาพ ตลอดจนเป็นผู้ดำเนินการจัดกระบวนการประชุมอย่าง สร้างสรรค์ โดยเป็นวิทยากรกระบวนการและอำนวยความสะดวกการประชุม รวมถึงจัดการความรู้

6) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านหลักประกันสุขภาพและสาธารณสุขของประชาชน ในหมู่บ้านโดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับผู้นำชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลและเครือ ข่าย สุขภาพ กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน บนพื้นฐานข้อมูล

ของชุมชนสอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสังคมเศรษฐกิจและจิตใจควบคู่กันไป

7) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจ่ายยุงยากันยุง การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ การตรวจหาน้ำตาลในเลือด การส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ

8) ปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หรือสถานที่ตามกำหนดของหมู่บ้าน

3. การจัดทำแนวทาง/คู่มือทางด้านวิชาการ

ประเภทของคู่มือ/แนวทาง

คู่มือ (Manual) A small book provides guidelines for one purpose

1. คู่มืออ้างอิงฉบับย่อ ย่อส่วนมาจากตำราที่ได้มาตรฐาน พกพาง่าย เช่น คู่มือยาสามัญประจำบ้าน คู่มือกฎหมายมวลชน (ไม่มีการปฏิบัติในเนื้อหา)

2. คู่มือปฏิบัติงาน ให้ข้อมูลการดำเนินงานเป็นขั้นตอน

• คู่มือการใช้ (Instruction Manual) ส่วนประกอบ วิธีการใช้

• คู่มือการปฏิบัติงาน (Practice Manual) ต้องมี guideline ในการดำเนินงาน เช่น คู่มือการคัดกรองโรคเรื้อรัง

3. คู่มืออ้างอิงฉบับย่อ และคู่มือปฏิบัติงานเป็นคู่มือประมวลความรู้อย่างย่อและมีแนวทางปฏิบัติ เช่น คู่มือสำหรับนักศึกษาพยาบาล

องค์ประกอบของคู่มือ/แนวทางทางวิชาการ

1. ส่วนประกอบตอนต้น

- อารัมภบท ความเห็นเกี่ยวกับหนังสือ เขียนโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้ที่เคยเขียนหนังสือเล่มนี้ กระตุ้นยอดขาย

- คำนำ เขียนโดยผู้แต่ง เหตุผลทำไมถึงเขียน วัตถุประสงค์ของคู่มือนี้ กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้เป็นใคร ใช้เวลาเขียนนานเท่าไร รู้สึกอย่างไรกับคู่มือนี้คำขอบคุณคนที่ช่วยและให้กำลังใจให้งานสำเร็จ ต้องมีลายเซ็น

- สารบัญ

- สารบัญตาราง

- สารบัญรูป

- คำศัพท์

2. ส่วนของเนื้อหา

บทที่ 1 บทนำ ที่มา สถานการณ์ ปัจจัยสาเหตุ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของคู่มือ/แนวทางนี้จะแก้ปัญหาได้อย่างไร (ประมาณ 2 หน้า)

บทที่ 2 นโยบาย บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ

บทที่ 3 การบริหารจัดการ วิธีการ

บทที่ 4 วิธีการ เครื่องมือที่ใช้ วิธีการทำ การแปลผล

3.สรุป เน้นความสำคัญและความจำเป็นของคู่มือ/แนวทาง เน้นขั้นตอนที่สำคัญ ย้ำจุดเตือน

4. ส่วนของตอนท้าย

เอกสารอ้างอิง

ภาคผนวก

ลักษณะคู่มือ/แนวทางที่ดี

- เล่มเล็ก น้ำหนักเบา พกสะดวก
- ใช้กระดาษคุณภาพดี ปกแข็งแรง
- เมื่อวางเห็นเป็นแนวราบ สะดวกในการดูในขณะที่ปฏิบัติงาน
- แต่สลับทอกรันด้วยกระดาษสี
- ใช้ภาษาง่าย ใช้สีเงาที่จุดเน้น ข้อเตือน
- ใช้รูป ไอคอน แกรม โดยบรรยายประกอบเพียงให้เข้าใจ
- ตัวหนังสือไม่มาก มีพื้นที่ว่างให้พักตา
- ปฏิบัติได้จริง มีคำเตือน ข้อเสนอแนะ

กรมควบคุมโรคได้กำหนดมาตรฐานขั้นตอนการจัดทำคู่มือ/แนวทาง (กรมควบคุมโรค สถาบันวิจัยจัดการความรู้และมาตรฐานกรมควบคุมโรค, 2560) โดยได้ให้คำจำกัดความ ดังนี้

คู่มือ หมายถึง หนังสือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ต้องการรู้ เพื่ออำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการศึกษาหรือการปฏิบัติเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือเพื่อแนะนำวิธีใช้อุปกรณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

แนวทาง คือ ทางปฏิบัติที่ควรทำหลักการหรือกฎสำหรับชี้แนะการปฏิบัติ

โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำคู่มือและแนวทาง ดังนี้

1. มีการวางแผนตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด โดยจะต้องมีกระบวนการดังนี้
 - a. วิเคราะห์ความต้องการและตัดสินใจให้มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทาง โดยการสำรวจความต้องการ โดยการวิเคราะห์จากสภาพปัญหา ความต้องการของงาน ความต้องการของบุคลากรหรือลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการตัดสินใจโดยหัวหน้ากลุ่มหัวหน้างาน หรือนายแพทย์ทรงคุณวุฒิหรือผู้อำนวยการว่าจะทำคู่มือหรือแนวทางหรือไม่
 - b. มีการระบุกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้คู่มือหรือแนวทาง
 - c. มีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดกรอบเนื้อหาคู่มือหรือแนวทางประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ ผู้แทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้แทนกลุ่มเป้าหมายผู้ใช้
 - d. มีการจัดตั้งคณะทำงานฯ เพื่อจัดทำ ร่าง คู่มือหรือแนวทางดำเนินการจัดทำเนื้อหา

2. มีการทบทวนเอกสารทางวิชาการตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด คณะทำงานมีการทบทวนเอกสารหลักฐานทางวิชาการอย่างครอบคลุมพร้อมทั้งมีการสังเคราะห์ ประเมินคุณภาพเอกสาร ความน่าเชื่อถือ
3. มีกระบวนการพัฒนาคู่มือหรือแนวทางตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด โดยมีการจัดทำและเสนอ(ร่าง) คู่มือแนวทางเสนอคณะกรรมการจัดทำกรอบเนื้อหาเพื่อให้ข้อเสนอแนะ และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง คู่มือหรือแนวทางฉบับสุดท้าย คณะทำงานหรือทีมบรรณาธิการและตรวจสอบการเรียบเรียงเนื้อหาและความถูกต้อง
4. มีแผนการประเมินผลคู่มือหรือแนวทางตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด และประเมินผลความพึงพอใจคู่มือ/แนวทาง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เวก และคณะ(Weg and other, 1998 : 382-389) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำการศึกษาในประเทศไนจีเรีย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 60 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังร้อยละ 68 มีความล่าช้าในการมารับการรักษามากกว่า 1 ปี ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการชะลอการรักษาของผู้ป่วย ได้แก่ ความพิการที่มองเห็นได้และการไม่ได้รับการศึกษาของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา และชนิดของโรค

อรณิชา จิตรแสง (2549) ได้ทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบและปัจจัยการสื่อสารในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครในการสอนออกกำลังกาย และผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร สวนลุมพินี จำนวน 30 คน พบว่ามีรูปแบบในการสื่อสาร 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การสื่อสารสองทางแบบไม่เป็นทางการและมีปฏิริยาโต้ตอบมาก 2) การสื่อสารสองทางแบบไม่เป็นทางการและมีปฏิริยาโต้ตอบน้อย 3) การสื่อสารสองทางที่เป็นทางการ 4) การสื่อสารทางเดียวที่เป็นทางการ โดยในศูนย์สุขภาพฯ ใช้การสื่อสารแบบที่ 1 มากที่สุด และพบว่าปัจจัยสื่อสารที่มีผลต่อพฤติกรรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยของผู้ส่งสาร

สุวรรณ วงษ์กะพันธ์ (2549) ศึกษา รูปแบบและปัจจัยการสื่อสารในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและการสัมภาษณ์เจาะลึก ในเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครในการสอนออกกำลังกายและผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร สวนลุมพินี พบว่าการสื่อสาร 4 รูปแบบ คือ 1) การสื่อสารสองทางที่ไม่เป็นทางการและมีปฏิริยาโต้ตอบมาก 2) การสื่อสารสองทางที่ไม่เป็นทางการและมีปฏิริยาโต้ตอบน้อย 3) การสื่อสารสองทางที่เป็นทางการ 4) การสื่อสารทางเดียวที่เป็นทางการ และพบว่าปัจจัยการสื่อสารที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้ส่งสาร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพฯ อาสาสมัครในการสอนออกกำลังกาย และผู้สูงอายุที่มาออกกำลังกาย ซึ่ง

จะต้องมีการสร้างความศรัทธา ความน่าเชื่อถือ การสร้างความใกล้ชิด กันเคย และ โดยเฉพาะผู้ส่งสารที่มี ประสิทธิภาพตรง ซึ่งจะทำให้มีความน่าเชื่อถือมาก 2) ปัจจัยด้านสาร ได้แก่ สารเชิงวิชาการ สารเพื่อการ จูงใจและสารเพื่อการเสนอแนะความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเรื่องทั่วไป ซึ่งประโยชน์ของ เนื้อหาสารจะมีผลต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรม 3) ปัจจัยด้านช่องทางการสื่อสารเน้น การสื่อสารระหว่างบุคคล โดยใช้สื่อบุคคลมากที่สุด 4) ปัจจัยด้านผู้รับสาร มีปัจจัยภายใน ได้แก่ ความคิด อยากรู้อยากเห็น สุขภาพแข็งแรง อายุยืน ปัจจัยภายนอก ได้แก่ เพื่อน ผู้ใกล้ชิด

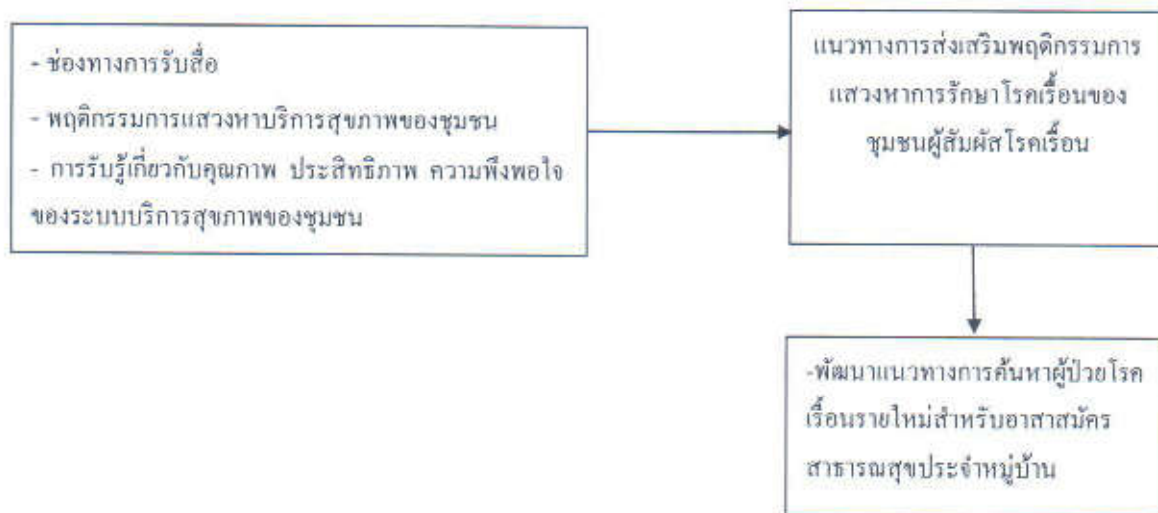
แววตา สุริยันต์ (2551) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคมและแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ อ. อุบลรัตน์ จ. ขอนแก่น เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมสุขภาพ ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ แจกคู่มือแผ่นพับ และ VCD เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การสนทนากลุ่ม การสาธิต การฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม สุขศึกษา ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองสตรีวัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของ คะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการการ เกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้ผลดีและอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วย ตนเอง และการปฏิบัติตัวในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มลินี สมภพเจริญ (2551) สถานการณ์การสื่อสารสุขภาพ สื่อที่สำคัญที่สุดของการณรงค์ด้าน สุขภาพ คือ นักสุขภาพหรือตัวนักสาธารณสุข โดยนักสุขภาพควรจะต้องเป็นสื่อบุคคลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่ง ต้องอาศัยทักษะของการสื่อสารระหว่างบุคคลทั้งหมดเข้ามาปรับใช้ ควรมีบุคลิกภาพของการเปิดกว้าง พร้อมจะเรียนรู้ชุมชนที่เข้าไป ประสานดีและน่าไว้วางใจ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการสื่อสารระหว่างบุคคล ทั้งนี้เพราะทั้งนักสุขภาพและนักสาธารณสุขต่างมีหน้าที่ที่สำคัญ คือการเป็นแหล่งข้อมูลเริ่มต้นที่ไม่เฉพาะ เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์ในเชิงป้องกันกับ ประชาชนเท่านั้นแต่ยังเป็นที่ไว้วางใจให้ความ เชื่อถือของประชาชนในการตัดสินใจว่าจะมีพฤติกรรมทางสุขภาพตามแนวทางที่ถูกต้องนั้นๆหรือไม่

หนึ่งหทัย ขอผลกลางและกิตติ กันภัย (2553) ได้ศึกษางานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ:กลไกในการ พัฒนาสังคม การวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพเป็นทิศทางหนึ่งที่จะทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่ นำมาซึ่งคำตอบ ต่อการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชน งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพของไทยจะมีคุณค่ายิ่ง หากใน ระดับปัจเจกบุคคล นักวิจัยจะแสดงบทบาทในฐานะผู้ชี้นำสังคม ให้ความสำคัญต่อการแสวงหาโจทย์วิจัยที่ เป็นประโยชน์ต่อสังคม ดำเนินงานวิจัยในเชิงรุก มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพแทนการแสวงหาแนวทางการ รักษาหรือแก้ไข ตระหนักถึงบริบทที่เกี่ยวข้องในทุกมิติรวมทั้งพัฒนาตนเองให้มีความลุ่มลึกในเชิงวิชาการ แม่นยำในระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสมและในระดับมหภาค รัฐควรให้ความสำคัญต่อการกำหนดกรอบวิจัย ด้านการสื่อสารสุขภาพที่ชัดเจน อันจะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการสื่อสารสุขภาพให้เกิดประโยชน์ ต่อประเทศได้อย่างแท้จริง

รัชชัย ยืนยาว, นลิมลย์ นิละไพจิตรและจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2560) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวภูอยู่ในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้แบบสอบถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม จบชั้นประถมศึกษา พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ พบว่าตัวอย่างมีการใช้ระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพทุกราย (ร้อยละ 100) รองลงมาเป็นการใช้ระบบการบริการสุขภาพแบบพื้นบ้านและสามัญร้อยละ 91.0 และ 67.7 ตามลำดับ

5. กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้มีการดำเนินงาน 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจในแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

3.1 รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ ในระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการวิเคราะห์ถึงการแสวงหาบริการสุขภาพ คุณภาพของระบบบริการสุขภาพของชุมชน นำข้อมูลที่ได้มาประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษาผู้สงสัยโรคเรื้อน จากนั้นดำเนินการประเมินผลการศึกษาโดยวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของชุมชน ความรู้เรื่องโรคเรื้อนของเจ้าหน้าที่ ระยะเวลาที่แสดงอาการจนกระทั่งออกมาได้รับการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน สัดส่วนของการออกมารับการตรวจรักษาโรคเรื้อนของผู้สัมผัสโรคเรื้อน ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจในแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

3.2 พื้นที่ทำการศึกษาและระยะเวลาการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในพื้นที่ ม.11 ต.บ้านโสก อ.คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่พิการเกรด 2 (ความพิการมองเห็นด้วยตาเปล่า)

ระยะเวลาการศึกษา ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่ ตุลาคม 2556- กันยายน 2560

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้นำชุมชน ประกอบด้วย

- 1) กลุ่มผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน
 - 2) ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ใน ม. 11 บ.โสก ตำบลบ้านโสก อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 553 คน
 - 3) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำนวน 4 คน
- กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ระยะที่ 1 ประกอบไปด้วย

- 1) กลุ่มผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ม.11 จำนวน 12 คน
- 2) ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ใน ม. 11 บ.โสก ตำบลบ้านโสก อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 48 คน คัดเลือกแบบเจาะจง หลังคาเรือนละ 1 คน
- 3) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อนและทำหน้าที่ตรวจรักษาผู้ป่วย จำนวน 3 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ได้แก่

1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากพื้นที่เป้าหมาย 19 อำเภอ แต่มาเข้าร่วมประชุมได้ 15 อำเภอ ดังนี้ จังหวัดบุรีรัมย์ 7 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอห้วยราช อำเภอสตึก อำเภอลำปลายมาศ อำเภอหนองกี่ อำเภอบ้านกรวด อำเภอโนนดินแดง จังหวัดสุรินทร์ 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองและอำเภอสังखะ จังหวัดชัยภูมิ 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเทพสถิต อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดนครราชสีมา 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอครบุรี อำเภอพิมาย คัดเลือกแบบเจาะจงโดยเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำอำเภอๆละ 1 คน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน อำเภอละ 1 คน รวม 30 คน

2) ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเขตสุขภาพที่ 9 (จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์) จังหวัดละ 1 คน รวม 4 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3

ประชากร ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในปี พ.ศ. 2559-2560 ในเขตจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิจำนวน 85 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 255 คน ได้แก่ 1. จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 36 แห่ง ใน 13 อำเภอเป้าหมาย ได้แก่ อำเภอคูเมือง สตึก เถลิงพระเกียรติ พลับพลาชัย เมือง ลำปลายมาศ โนนดินแดง ประโคนชัย พุทไธสง กระสัง บ้านใหม่ไชยพจน์ ห้วยราช บ้านกรวด แห่งละ 3 คน จำนวน 108 คน

2. จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 11 แห่ง ใน 10 อำเภอเป้าหมาย ได้แก่ อำเภอหนองบัวแดง บ้านแท่น ภูเขียว คอนสวรรค์ แก้งคร้อ เทพสถิต บ้านแท่น ภักดีชุมพล คอนสาร จตุรัส แห่งละ 3 คน จำนวน 33 คน

3. จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 24 แห่ง ใน 17 อำเภอเป้าหมาย ได้แก่ อำเภอเมือง ลำทะเมนชัย ปักธงชัย บัวใหญ่ ประทาย เสิงสาง โนนสูง สีคิ้ว ขามสะแกแสง คำนขุนทด ชุมพวง ปากช่อง คง พระทองคำ หนองบุญมาก โชคชัย สูงเนิน แห่งละ 3 คน จำนวน 72 คน

4. จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 14 แห่ง ใน 11 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสำโรงทาบ เมือง ท่าตูม สังขะ บัวเชด สีขภูมิ พนมดงรัก ปราสาท รัตนบุรี สนม ศรีณรงค์ แห่งละ 3 คน จำนวน 42 คน

3.4 ขั้นตอนการศึกษา ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อน ใน ม.11 บ้านโสก ตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เมื่อเดือนตุลาคม 2556-กันยายน 2557 โดยดำเนินการดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน และสัมภาษณ์ประชาชน เกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ เมื่อมีภาวะไม่สุขสบายไปรับบริการที่ไหน อย่างไร และหากมีอาการผิดปกติทางผิวหนังทำอย่างไร ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
2. การสนทนากลุ่มในผู้นำชุมชน เกี่ยวกับโรคเรื้อนในประเด็นสาเหตุ อาการ การรักษา การแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อมีภาวะไม่สุขสบายไปรับบริการที่ไหน อย่างไร และหากมีอาการผิดปกติทางผิวหนังทำอย่างไร ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหาวิธีการให้ชุมชนมีความรู้เรื่องโรคเรื้อนและออกมาตรวจรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติที่ผิวหนัง
3. สัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเรื้อน และขั้นตอนการตรวจรักษาโรคผิวหนังและการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสก

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำร่างแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนระดับจังหวัด จัดทำคำสั่งคณะทำงาน โดยมีผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและรูปแบบ เมื่อเดือนตุลาคม 2557 - ธันวาคม 2559

ระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจในแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในปี พ.ศ. 2559-2560 ในเขตจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิ เมื่อเดือนมกราคม-กันยายน 2560

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มีดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อน ใน ม.11

บ้านโสก ตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลดังนี้

- 1) แบบเก็บข้อมูลจากเอกสาร ในประเด็นอาชีพ เศรษฐกิจ วัฒนธรรม
- 2) แบบสัมภาษณ์ใช้สำหรับสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน เกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ เมื่อมีภาวะไม่สุขสบายไปรับบริการที่ไหน อย่างไร และหากมีอาการผิดปกติทางผิวหนังทำอย่างไร ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
- 3) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มผู้นำชุมชน เกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ เมื่อมีภาวะไม่สุขสบายไปรับบริการที่ไหน อย่างไร และหากมีอาการผิดปกติทางผิวหนังทำอย่างไร ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

4) แบบสอบถามประชาชน เกี่ยวกับโรคเรื้อนในประเด็นสาเหตุ อาการ การรักษา การแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อมีภาวะไม่สุขสบายไปรับบริการที่ไหน อย่างไร และหากมีอาการผิดปกติทางผิวหนังทำอะไร ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

5) แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความรู้เรื่องโรคเรื้อน ระบบการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล

ระยะที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจ การใช้ประโยชน์ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มี 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งงาน หน่วยงาน ระยะเวลาในตำแหน่งปัจจุบัน และข้อมูลการใช้ประโยชน์ ได้แก่ ใช้ติดตามข้อมูลข่าวสาร สืบค้นข้อมูล ใช้ในการอ้างอิงเผยแพร่ ใช้เป็นแนวทางในการทำงาน ใช้ในการดำเนินชีวิต ใช้เป็นตัวอย่างในการสร้างผลิตภัณฑ์ แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ

2. การประเมินความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ ในด้านความพึงพอใจต่อเนื้อหาประโยชน์ที่ได้รับ และ รูปแบบของผลิตภัณฑ์ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด และไม่ตอบ

ความหมาย	คะแนน
พอใจมากที่สุด	4
พอใจมาก	3
พอใจน้อย	2
พอใจน้อยที่สุด	1
ไม่ตอบ	0

แปลผลโดยการจัดเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ความหมาย	ช่วงคะแนนเฉลี่ย
พอใจในระดับมากที่สุด	3.21-4.00
พอใจในระดับมาก	2.41-3.20
พอใจในระดับปานกลาง	1.61-2.40
พอใจในระดับน้อย	0.81-1.60
พอใจในระดับน้อยที่สุด	0.00-0.80

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงในด้านของเนื้อหา รูปแบบ และผลิตภัณฑ์ที่ต้องการจากกรร
ควบคุมโรค เป็นแบบเดิมคำ

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ที่เป็นแบบสัมภาษณ์ และข้อคำถามในการสนทนากลุ่มได้
ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเชิงโครงสร้าง (Content and Construct
Validity) ของแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อน เพื่อตรวจสอบความ
ถูกต้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหาตามขอบเขตการศึกษา ตลอดจนการวางรูปแบบภาษาที่เหมาะสม
แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไข

แบบประเมินความพึงพอใจ การใช้ประโยชน์ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจต่อแนว
ทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้แบบประเมิน
ความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์วิชาการของกรมควบคุมโรค

3.6 การรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การส่งเสริมพฤติกรรมและการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัส โรคเรื้อน ใน ม.๑ บ้านโสก
ตำบลบ้านโสก อำเภอนครสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ดำเนินการเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้

- 1) เก็บข้อมูลจากรายงาน 43 แห่ง จากแผนที่ชุมชนในประเด็นอาชีพ เศรษฐกิจ วัฒนธรรม
- 2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้นำชุมชน วันเวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์เชิง
ลึกผู้นำชุมชน เกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ เมื่อมีภาวะไม่สุขสบายไปรับบริการที่ไหน อย่างไร
และหากมีอาการผิดปกติทางผิวหนังทำอะไร อย่างไร ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
- 3) ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนัดหมาย วันเวลา สถานที่ในการทำสนทนา
กลุ่มผู้นำชุมชน เกี่ยวกับการแสวงหาบริการสุขภาพ เมื่อมีภาวะไม่สุขสบายไปรับบริการที่ไหน อย่างไร
และหากมีอาการผิดปกติทางผิวหนังทำอะไร อย่างไร ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
- 4) ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในการประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนทราบถึงการเก็บ
ข้อมูลของนักวิจัยและขอความร่วมมือชุมชนในการตอบแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับโรคเรื้อนในประเด็น
สาเหตุ อาการ การรักษา การแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อมีภาวะไม่สุขสบายไปรับบริการที่ไหน
อย่างไร และหากมีอาการผิดปกติทางผิวหนังทำอะไร อย่างไร ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
- 5) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความรู้เรื่องโรคเรื้อน ระบบ
การให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล โดยการจดบันทึกข้อมูลจากการประชุม
กลุ่มย่อย สรุปรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนราย
ใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจ การใช้ประโยชน์ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามไปยังผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในปี พ.ศ. 2559-2560 ในเขตจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ แนนบของติดแถมปีส่งกลับมายัง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบไปด้วย

3.8.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และลงรหัสแต่ละข้อ หลังจากนั้นบันทึกเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ มีข้อมูลที่ต้องวิเคราะห์ ดังนี้

- 1) ช่องทางการรับสื่อของชุมชน
- 2) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 3) พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
- 4) จำนวนและร้อยละของสื่อที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้โรคเรื้อน
- 5) การประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.8.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันหลังจากการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความข้อมูลที่ได้ ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์ของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์แต่ละเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาการพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : กรณีศึกษามูลนิธิบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ดำเนินการศึกษาเป็น 3 ระยะ สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การส่งเสริมพฤติกรรมและการแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อน ใน ม. 11 บ.โสก ตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ลักษณะทั่วไปของชุมชนบ้านโสก

บ้านโสก เป็นหมู่บ้านที่ตั้งอยู่ในเขตการปกครองของตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของอำเภอกอนสวรรค์ ระยะทางห่างจากตัวอำเภอประมาณ 2 กิโลเมตร หรืออยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของตัวจังหวัด ห่างจากตัวจังหวัดชัยภูมิ 35 กิโลเมตร และอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของกรุงเทพมหานคร ห่างจากตัวกรุงเทพฯประมาณ 355 กิโลเมตร

สภาพภูมิประเทศโดยทั่วไป เป็นที่ราบกว้างใหญ่

ทิศตะวันออก ติดทุ่งนา

ทิศตะวันตก ติดทุ่งนา

ทิศเหนือ ติดทุ่งนา ลำห้วยโสก ต. กอนสวรรค์

ทิศใต้ ติดหนองน้ำกว้างใหญ่

ประวัติความเป็นมาของการตั้งหมู่บ้าน

ประมาณปี พ.ศ. 2321 มีคนจากเมืองตะวันออก เมือง อุบลราชธานี คือ

1. หลวงพ่อยาอุคำ ดาวโร
2. กรอบครัวขุนสีทา
3. และกรอบครัวอื่นๆอีก 10 กรอบครัว

ทั้ง 10 กรอบครัวได้อพยพครอบครัวมาเพื่อหาแหล่งที่ทำกินที่อุดมสมบูรณ์ แล้วได้มาตั้งถิ่นฐานอยู่ทางทิศใต้หนองน้ำชื่อโสกตระกล้า ปัจจุบันอยู่ทิศตะวันออกของหมู่บ้านเดิมเป็นวัดเก่าชื่อวัดบุรพา

โสกตระกล้าเดิมเป็นทำเลอันอุดมสมบูรณ์ ซึ่งมีเนื้อที่ทั้งหมด 30 ไร่เศษ คำว่า “โสก” เป็นลักษณะน้ำกัดเซาะตลิ่งพังในฤดูน้ำหลากของลำห้วยน้อย ที่มีต้นกำเนิดจากเทือกเขาภูแล่นคา ทำเลที่ตั้งบ้านเรือนเป็นดินทรายส่วนมากและเมื่อเวลาน้ำหลากไหลจากภูแล่นคาซึ่งเป็นที่สูงน้ำไหลแรงกัดเซาะตลิ่งพังกินพื้นที่เข้ามาถึงทิศเหนือของหมู่บ้าน ขึ้นไปทางทิศตะวันตกของลำห้วยน้อยซึ่งเป็นดินเหนียว ปัจจุบันเป็นที่ตั้งของบ้านโป่งคลองและได้เรียกชื่อใหม่ว่า บ้านโสก ซึ่งคำว่า โสก แปลว่า น้ำกัดเซาะตลิ่งพังลง

ลักษณะโครงสร้างของประชากรในหมู่บ้าน ประชากรที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจำนวนทั้งสิ้น 548 คน เป็นเพศหญิง 280 คน เพศชาย 268 คน รวม 164 ครอบครัว ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและประกอบอาชีพเกษตรกรรม ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร คือ ภาษาไทย ภาษาอีสาน

จากการวิเคราะห์ชุมชนพบว่า ม. 11 บ้านโสก เป็นชุมชนที่มีสังคมแบบชนบทอีสาน เมื่อว่างจากการทำนาแล้วจะเข้าไปหางานทำที่ต่างจังหวัด เช่น ไปคัดอ้อยหรือไปรับจ้าง เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจะไปสถานีอนามัยหนองคู คลินิก หรือโรงพยาบาล แต่พบว่าบางครั้งครอบครัวไปทำงานรับจ้างที่ต่างประเทศ และทำงานโรงงานเย็บผ้าในตำบลบ้านโสก

จาก การสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างและการทำสนทนากลุ่มในผู้นำชุมชนพบว่าช่องทางการรับสื่อของชุมชนในเวลากลางวันจะฟังวิทยุเป็นส่วนใหญ่ โดยผู้จัดรายการวิทยุ ชื่อ หนู่มภูธร ชุมชนคนทำนายนอน และสาวกาหลง ตอนเช้าบางครั้งผู้ใหญ่บ้านจะเปิดหออกระจายข่าวประชาสัมพันธ์เรื่องต่างๆ ตอนเย็นหรือตอนกลางคืนจะดูโทรทัศน์ ส่วนใหญ่จะเป็นช่อง 3 และช่อง 7 ส่วนการรับข่าวสารด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข ส่วนใหญ่จะได้รับจากหออกระจายข่าวและ อสม.

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละตามช่องทางการรับสื่อก่อนดำเนินการ

ช่องทางการรับสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
โทรทัศน์	31	64.58
วิทยุ	10	20.83
หนังสือพิมพ์ สื่อสิ่งพิมพ์	4	8.33
อื่นๆ เช่น หออกระจายข่าว	33	68.75

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากการทำสนทนากลุ่ม พบว่า ในชุมชนมีแต่ผู้สูงอายุและเด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียนระดับประถมที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน หากเป็นวัยแรงงานจะเดินทางไปทำงานที่อื่น และจะกลับมาบ้านช่วงเทศกาลหรือฤดูทำนาเท่านั้น ส่วนใหญ่ผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจะมีอาชีพรับจ้างหากพ้นฤดูทำนาแล้ว ดังนั้นในเวลากลางวันจะไม่ค่อยมีใครอยู่ที่บ้าน นอกจากผู้สูงอายุ

ในหมู่บ้านมีขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมเหมือนชุมชนอีสานทั่วไป เช่น มีประเพณีรดน้ำคำหัวในวันสงกรานต์ บุญข้าวสารท เป็นต้น ม.11 บ้านโสก เป็นชุมชนที่มีสังคมกึ่งเมือง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อลงเก็บข้อมูล พบว่าชาวบ้านมีการออกไปทำงานที่โรงงานแต่ทุกคนในหมู่บ้านจะรู้จักกันมากกว่าสังคมเมืองในเขตเมือง เพราะส่วนใหญ่จะเป็นเครือญาติกัน

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของ ม.11 ต. บ้านโสก นั้นจะฟังวิทยุเวลากลางวันที่ออกไปทำนา ดูโทรทัศน์ในตอนเย็นหลังจากกลับจากทำนา หากเป็นข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยส่วนใหญ่จะได้รับจากหออกระจายข่าวที่ผู้ใหญ่บ้านเปิดให้ฟังในช่วงเช้า และจาก อสม. ประจำคุ้ม

จากการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.20) มีอายุ ตั้งแต่ 40 ขึ้นไปจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 64.60) มีรายได้ส่วนตัว และรายได้ของครอบครัวน้อย ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 1000-3000 บาท (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	20.80
หญิง	38	79.20
อายุ		
15 - 20 ปี	-	-
21 - 30 ปี	1	2.08
31 - 40 ปี	7	14.58
41 - 50 ปี	8	16.67
51 - 60 ปี	15	31.25
> 60 ปี	17	35.42
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	31	64.60
มัธยมศึกษา	13	27.10
อุดมศึกษาหรือสูงกว่า	4	8.30
รายได้ส่วนตัว		
< 1000 บาท	19	39.60
1001-2000 บาท	6	12.50
2001-3000 บาท	16	33.30
3001-4000 บาท	-	-
4001-5000 บาท	4	8.30
> 5000 บาท	3	6.30

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว		
< 1000 บาท	5	10.40
1001-2000 บาท	3	6.30
2001-3000 บาท	14	29.20
3001-4000 บาท	4	8.30
4001-5000 บาท	11	22.90
> 5000 บาท	11	22.90

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพของชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง เมื่อมีภาวะไม่สุขสบายเกิดขึ้นไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ จะไปรับบริการที่สถานีนามัย (ร้อยละ 72.90) แต่เมื่อสอบถามถึงอาการผิดปกติทางผิวหนังที่เกิดขึ้นจะไปรับบริการที่ใด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงเลือกไปสถานีนามัยเช่นเดิม (ร้อยละ 70.80) ในส่วนของการเดินทางไปรับบริการนั้นส่วนใหญ่เดินทางโดยรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 62.50) และมีความสะดวกสบาย เนื่องจากมีระยะทางไม่ไกล ส่วนใหญ่อยู่ห่างจากสถานบริการเพียง 2-3 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 10-15 นาที

ตารางที่ 3 พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การแสวงหาบริการ	จำนวน	ร้อยละ
เมื่อมีภาวะไม่สุขสบาย		
ซื้อยารักษา	0	0
ไปคลินิก	2	4.20
ไปสถานีนามัย	35	72.90
ไปโรงพยาบาลชุมชน	11	22.90
เมื่อมีวงศ์ต่างหา ผื่นบนแดง ผิวหนังปกติ		
หาหมอพื้นบ้าน สมุนไพร	1	2.10
ซื้อยารักษา	1	2.10
ไปคลินิก	3	6.30
ไปสถานีนามัย	34	70.80
ไปโรงพยาบาลชุมชน	9	18.80
การเดินทางไปรับบริการ		
การเดิน	5	10.40
รถจักรยาน	12	25
รถจักรยานยนต์	30	62.50

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

การแสวงหาบริการ	จำนวน	ร้อยละ
รถรับจ้าง(เหมา)	0	0
รถโดยสารประจำทาง	0	0
รถยนต์	1	2.10
ความสะดวกในการเดินทาง		
สะดวกสบาย	48	100
ไม่สะดวกสบาย	0	0

ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสก ด. บ้านโสก อ.คอนสวรรค์ มีเจ้าหน้าที่ 4 คน รับผิดชอบหมู่บ้านจำนวน 14 หมู่บ้าน เป็นสถานีนามัยที่ทำงานดีเด่นของอำเภอคอนสวรรค์

ลักษณะทั่วไปของสถานีนามัยบ้านโสก

สถานีนามัยบ้านโสก มีเจ้าหน้าที่จำนวน 4 คน ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6 จำนวน 1 คน, พยาบาลวิชาชีพ 2 คน , นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน, ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน หน้าที่ความรับผิดชอบการปฏิบัติงานของสถานีนามัย ประกอบด้วย

1. การจัดสำนักงาน
2. การบริหารงาน
3. การบริการส่งเสริมสุขภาพ
4. บริการ ป้องกัน ควบคุมโรค และสุขภาพสิ่งแวดล้อม
5. บริการรักษาพยาบาล
6. บริการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน
7. งานสนับสนุน

ในการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงคุณภาพการบริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อย่างมีความพึงพอใจในระบบบริการที่ได้รับทั้งในเรื่องของคุณภาพการรักษา ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ความตั้งใจในการทำงาน การพูดจาดี ในหมู่บ้านควบคุม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บอกว่ารักษาไม่ค่อยหายไม่เหมือนคลินิกยาไม่แรง ไม่เก่งเท่าโรงพยาบาลใหญ่ แต่มีความตั้งใจในการทำงาน ความรู้ดี นิสัยดี แต่ไม่มียา บางครั้งพูดไม่เพราะ กลุ่มตัวอย่างคิดว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ที่สถานีนามัยมีจำนวนเพียงพอต่อการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชน และมีการให้ความรู้ อสม. ในเรื่องโรคต่างๆ และให้ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ประชาสัมพันธ์

งานสาธารณสุข ไม่ค่อยมีการให้ความรู้เท่าไรนัก ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสก ได้เข้าร่วมโครงการ กองทุนตำบลกับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2552

การส่งเสริมความรู้โรคเรื้อนชุมชนบ้านโสก

ในขั้นตอนนี้ได้ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการในตัวแทนประชาชนบ้านโสก จำนวน 30 คน ได้มาช่วยวางแผนการดำเนินงาน โดยมีวัตถุประสงค์ว่าทำอะไรจึงจะให้ชุมชนมีความรู้เรื่องโรคเรื้อนและออกมาตรวจรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติที่ผิวหนัง จากผลการประชุมดังกล่าว ได้มีข้อสรุปว่า วิธีที่จะทำให้ชุมชนมีความรู้เรื่องโรคเรื้อนจะต้องให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นสื่อบุคคลที่ไปให้ความรู้และตรวจคัดกรองประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง โดย อสม. จะลงไปพร้อมกับการควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสกและ อสม. จะจัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเรื้อนขนาดใหญ่จำนวน 6 แผ่น เพื่อติดทางเข้าออกของหมู่บ้าน หน้าวัด หน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสก และที่ทำการผู้ใหญ่บ้านซึ่งเป็นที่นัดหมายในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน โดยใช้ภาพของ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีในชุมชนพร้อมกับภาพโรคเรื้อนในการประชาสัมพันธ์ นอกจากนั้นที่ประชุมยังเสนอให้ทำแผ่นความรู้เรื่องโรคเรื้อนซึ่งเป็นภาพที่สวยงาม สำหรับติดในบ้านทุกหลังคาเรือน ในสถานที่ที่ไม่โดนแดดและฝน และสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน เป็นสถานที่ที่ทุกคนในครัวเรือนจะต้องเดินผ่านเป็นประจำ หลังจากนั้นจะดำเนินการติดต่อผู้ดำเนินรายการที่สถานีวิทยุชุมชนที่เป็นที่ชื่นชอบของชุมชนบ้านโสก ซึ่งได้แก่ หนุ่มภูธร F.M.103.50 MHZ จัดทำ spot โรคเรื้อนสำหรับมาเปิดที่หอกระจายข่าวและในรายการวิทยุ และยังให้ผู้ดำเนินรายการเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน โดยมีการพูดคุยเรื่องโรคเรื้อนในรายการวิทยุในเดือนธันวาคม เป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยจะออกอากาศช่วงเวลา 12.00-13.00 น. เนื่องจากกลุ่มผู้นำชุมชนจะทำการตรวจหาผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนประกอบกับการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนในช่วงเดือนมกราคม

กลุ่มผู้นำชุมชนได้ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้ ได้แก่ การผลิตป้ายผ้าประชาสัมพันธ์ แผ่นความรู้โรคเรื้อน spot โรคเรื้อน การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการตรวจคัดกรองโดย อสม. การตกลงราคาในการว่าจ้างสถานีวิทยุชุมชนในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน ผู้วิจัยและกลุ่มผู้นำชุมชนได้ทำการตรวจสอบช่องทางการรับสื่อของชุมชน พบว่า มีการผลิตป้ายผ้าประชาสัมพันธ์ จำนวน 6 แผ่น ติดตั้งที่ทางเข้าออกของหมู่บ้าน หน้าวัด หน้าศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านโสก และที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน ผลิตแผ่นความรู้เรื่องโรคเรื้อนและโรคผิวหนังที่พบบ่อยติดในบ้านทุกหลังคาเรือน กลุ่มผู้นำชุมชนได้ดำเนินการจ้างผู้จัดรายการวิทยุชุมชนที่ชุมชนชื่นชอบ ในการอัด spot โรคเรื้อนที่หอกระจายข่าว และให้ความรู้โรคเรื้อนในรายการวิทยุชุมชน อสม. ได้ตรวจคัดกรองผู้ที่มีอาการทางผิวหนังตามแบบคัดกรองและนัดมาตรวจโดยทีมเคลื่อนที่จาก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา มีผู้ออกมารับการตรวจโรคผิวหนังจำนวน 43 คน มีอาการสงสัยทางผิวหนังจำนวน 3 คน ตรวจร่างกายแล้วไม่พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน

จากการสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเรื้อนจากเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย ที่รับผิดชอบการตรวจรักษา พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการติดต่อ (Mode of transmission) และผลเสียของการรักษาที่ล่าช้า หลังจากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนให้กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านโสก และทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเมื่อสิ้นสุดโครงการ พบว่า สามารถตอบข้อคำถามเกี่ยวกับโรคเรื้อนได้ถูกต้องครบถ้วน

จากการดำเนินงานของตัวแทนชุมชนในการให้ความรู้โรคเรื้อนแก่ชุมชน โดยการผลิตสื่อโรคเรื้อน และพบว่าสื่อโรคเรื้อนที่ชุมชนพึงพอใจมากที่สุดคือ สื่อบุคคล (อสม.ให้ความรู้ที่บ้าน) รองลงมาได้แก่ ป้ายประชาสัมพันธ์ (ตาราง 4) จึงใช้สื่อดังกล่าวในการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และออกมาตรวจรักษาเมื่อมีอาการสงสัยทางผิวหนังว่าเป็นโรคเรื้อน

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของสื่อที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้โรคเรื้อน

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

หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ที่พบว่าการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และออกมาตรวจรักษาเมื่อมีอาการสงสัยทางผิวหนังว่าเป็นโรคเรื้อน สื่อโรคเรื้อนที่ชุมชนพึงพอใจมากที่สุดคือ สื่อบุคคล (อสม. ให้ความรู้ที่บ้าน) และจากการนำเสนอผลการศึกษาให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ได้มีข้อเสนอแนะให้มีการจัดทำคู่มือแนวทางสำหรับ อสม. ในเรื่องความรู้โรคเรื้อน สิ่งที่ต้องปฏิบัติในการลงไปให้ความรู้และค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับ อสม. โดยมีการดำเนินการตามมาตรฐานของกรมควบคุมโรค ดังต่อไปนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการดำเนินการ
2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน สำหรับ อสม. เมื่อวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2558 โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมเป็น อสม. จากพื้นที่เป้าหมายของโรคเรื้อนจำนวน 19 อำเภอ มีการบรรยายเรื่องโรคเรื้อน บทบาทหน้าที่ของ อสม. หน่วยงานโรคเรื้อน แบ่งกลุ่มวิเคราะห์ กิจกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนของ อสม. ผลการประชุมสามารถสรุปได้ว่า เนื้อหาในคู่มือ/แนวทาง

ประกอบด้วย 1) นิยามของโรค 2) เทคนิคการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย 3) ข้อมูลพื้นฐานที่ควรทราบ ประวัติความเป็นมาของครอบครัวผู้ป่วย 4) รูปภาพประกอบ 5) แบบคัดกรอง/แบบสอบถาม

3. หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลที่ได้จากการประชุม และจากการศึกษาจากตำรา มาเขียนเป็นแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแบ่งออกเป็น 3 บท ได้แก่ บทนำ ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน และการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน เมื่อจัดทำร่างแนวทางเรียบร้อยแล้วได้ส่งสำเนาต้นฉบับให้แก่คณะกรรมการดำเนินการให้ข้อเสนอแนะ หลังจากปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว จึงส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหาโรคเรื้อน และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำคู่มือแนวทาง และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วจึงจัดทำรูปเล่ม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อนเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ของประเทศไทย โดยปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยโรคเรื้อน 570 คน เกินครึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด จำนวน (282 คน) โดยเฉพาะในเขตจังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ ชัยภูมิและสุรินทร์ มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังรักษามากถึง 106 คน

ในปัจจุบันแนวทางการป้องกันโรคเรื้อนที่ดีที่สุด คือ การหยุดการแพร่ระบาดของโรค การพยายามค้นหาผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเพื่อให้การรักษา เพราะในระหว่างที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการรักษา เชื้อโรคเรื้อนจะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการได้ เมื่อพบผู้ป่วยแล้วจะต้องสอนการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการเกิดความพิการหรือหากเกิดความพิการขึ้นแล้วก็ให้รู้จักวิธีป้องกันไม่ให้ความพิการที่มีอยู่เดิมนั้นลุกลามเป็นมากขึ้นจนเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ

จากผลการศึกษาวิจัยเรื่อง การแสวงหาการรักษาของชุมชนผู้สัมผัสโรคเรื้อน ม.11 ต.บ้านโสก อ.คอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าสื่อโรคเรื้อนที่ชุมชนสนใจและมีผลต่อการรับรู้โรคเรื้อน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ไปให้ความรู้โรคเรื้อนที่บ้าน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีอาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องมีบทบาทในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในชุมชนให้พบโดยเร็วและให้การรักษาเพื่อเป็นการหยุดการแพร่กระจายเชื้อโรคเรื้อน และป้องกันไม่ให้เกิดความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ รวมถึงการให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนที่ถูกต้องแก่ชุมชน เพื่อลดความรังเกียจกลัวโรคเรื้อน

บทที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ทำให้เกิดอาการทางผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลาย การดำเนินของโรคจะเป็นไปอย่างช้าๆ หากไม่รับรักษาดังแต่เริ่มปรากฏอาการอาจทำให้เกิดความพิการที่ตา มือ เท้า ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

การติดต่อ เชื้อโรคเรื้อนแพร่ผ่านระบบทางเดินหายใจ โดยการกลืนคลัสและใกล้ชิดเป็นเวลานาน กับผู้ป่วยระยะติดต่อที่ยังไม่ได้รับการรักษา อย่างไรก็ตาม โรคนี้ไม่ได้ติดต่อกันได้ง่ายๆ

อาการที่สำคัญของโรคเรื้อน

อาการทางผิวหนังที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อนแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 วงแบนราบสีจางหรือเข้มกว่าผิวหนังปกติ วงมีขอบนูนแดง พบกระจายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ผื่นเหล่านี้มักตรวจพบอาการชาร่วมด้วย

กลุ่มที่ 2 ผื่นวงแหวนมีอาการชา ผื่นนูนแดงหนา และตุ่ม ขนาดต่างๆ จำนวนมากกระจายทั่วร่างกาย มาหาไม่มีอาการคัน และไม่เจ็บ

อาการจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลาย ทำให้ผิวหนังแห้ง เหงื่อไม่ออก ขนร่วง ขาที่บริเวณรอยโรค ขาที่ฝ่ามือฝ่าเท้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง

อาการผิวหนังในผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถพบได้ที่หน้า แขน ขา ลำตัวทั้งด้านหน้า และด้านหลัง อาการที่พบในระยะแรกมักถูกวินิจฉัยเป็นโรคผิวหนังอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า จนอาจเกิดความพิการได้ ดังนั้น หากพบผู้ป่วยมีอาการที่ผิวหนังและสงสัยเป็นโรคเรื้อนควรซักประวัติด้วยเสมอ

อาการและอาการแสดงที่สงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน

อาจปรากฏด้วยอาการข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. โรคผิวหนังเรื้อรังที่เป็นมานานกว่า 3 เดือน ไม่คัน รักษาด้วยยากินหรือยาทาไม่ดีขึ้น
2. วงแบนราบสีจางหรือเข้มกว่าผิวหนังปกติ วงขอบนูนแดง มีอาการชา ผิวแห้ง เหงื่อไม่ออก

ขนร่วง ไม่คัน

3. ผื่นนูนแดง ผิวอึดจ้ำเป็นมันเลื่อม ตุ่ม ไม่คัน ขูหนา
4. ตุ่มแดง กดเจ็บ ตามใบหน้า แขน ขา ลำตัว
5. มีอาการบวมที่หน้า มือ เท้า
6. ฝ่ามือ ฝ่าเท้าชา
7. กล้ามเนื้อตา มือ เท้า อ่อนแรง ลิ้น นิ้วอ กุด ข้อมือ/ข้อเท้าตก หลับตาไม่สนิท
8. แผลเรื้อรังที่ฝ่ามือฝ่าเท้า

อาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน

อาการทางผิวหนัง



ภาพที่ 2 วงสีจาง ขอบไม่ชัด



ภาพที่ 3 วงสีจาง ขอบชัด มีอาการชา



ภาพที่ 4 วงสีเข้มกว่าผิวหนังปกติ ขอบไม่เรียบ



ภาพที่ 5 ขอบนูนแดง ไม่เรียบ ชา



ภาพที่ 6 ผื่นวงแหวน ขอบในชัด ขอบนอกนูนแดง ไม่คัน



ภาพที่ 7 ผื่น ตุ่มไม่คัน กระจายสองข้างของร่างกาย



ภาพที่ 8 ผื่นนูนแดง อุ่มจ้ำเป็นมัน ขนคิ้วร่วง



ภาพที่ 9 ตุ่มที่ใบหู ผื่นที่ใบหน้า ไม่คัน





ภาพที่ 10 ตุ่มไม่คัน ไม่ชา กระจาย 2 ข้างของร่างกาย



ภาพที่ 11 ผื่นมือชา นิ้วมือหดสั้น นิ้วมืองอ ข้อติดแข็ง



ภาพที่ 12 ผื่นเท้าชา ผิวแห้งแตก นิ้วเท้าอและหดสั้น มีแผลเรื้อรัง



ภาพที่ 13 ตาหลับไม่สนิท ข้อมือ ข้อเท้าตก

บทที่ 3 การชักประวัติและการตรวจผิวหนังเพื่อค้นหาโรคเรื้อน

ในปัจจุบันแนวทางการป้องกันควบคุมโรคที่ดีที่สุด คือการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้พบโดยเร็วและให้การรักษา ดังนั้นการตรวจคัดกรองโรคเรื้อนจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญ ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีส่วนช่วยในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว การตรวจคัดกรองด้วยการสัมภาษณ์และซักประวัติก่อนแล้วจึงตรวจผิวหนังของสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวและเพื่อนบ้านข้างเคียง และผู้ที่ไปมาหาสู่หรือติดต่อพบปะกับผู้ป่วยบ่อยๆ เช่น ผู้ที่ทำงานร่วมกัน โดย

1. สร้างความรู้จักร่วมกัน สร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจ โดยการพูดคุยเรื่องทั่วไป ทำบ่อยๆและสม่ำเสมอ ให้การช่วยเหลือเท่าที่บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถทำได้ ความมีน้ำใจ เอื้ออาทร และที่สำคัญที่สุด คือ การรักษาความลับ
2. แต่งกายสุภาพเหมาะสม วางตัวดี มีความมั่นใจ
3. มีจิตวิทยาในการพูด มีเทคนิคในการพูดให้เห็นว่าสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ และบูรณาการผสมผสานกับหลายโรค ต้องพูดโน้มน้าวให้เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพ เช่น เราต้องตรวจสุขภาพร่างกายเพื่อให้มีอายุยืนยาว จะได้ดูแลครอบครัว และควรให้ผู้ตรวจและผู้ถูกตรวจเป็นเพศเดียวกัน
4. การเตรียมตัว จะต้องเตรียมเนื้อหาความรู้เรื่องโรคเรื้อน สื่อที่ใช้ควรเป็นภาพสีที่ชัดเจนใช้คำพูดง่ายๆ ใช้ภาษาถิ่น สื่อสารบ่อยๆหลายช่องทาง ระวังระวังในการใช้คำพูดที่ทำให้เกิดความเสียหาย หลีกเลี่ยงการสร้างตราบาปให้ผู้ป่วย การปกปิดข้อมูลผู้ป่วย
5. การเตรียมข้อมูลประวัติผู้ป่วย เช่น ครอบครัวมีใครบ้าง
6. การเข้าพบพูดคุยกับครอบครัวบ่อยๆ โดยเริ่มจากการพูดคุย สอบถามสารทุกข์สุขดิบ ความภาคภูมิใจของครอบครัว และประเมินว่าจะสามารถพูดคุยโรคเรื้อนได้เมื่อครอบครัวนั้นๆมีการพูดคุย ตอบคำถามทักทาย และให้ความร่วมมือ แล้วค่อยให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนพร้อมกับโรคอื่นๆด้วย

การตรวจผิวหนังเพื่อค้นหาโรคเรื้อน การซักประวัติ ควรซักประวัติผู้มาตรวจอาการทางผิวหนัง ด้วยคำถาม 3 ข้อ ดังนี้

1. มีวงด่าง ขา หรือไม่
2. เป็นคัน/ตุ่ม เรื้อรัง หรือไม่
3. เป็นโรคผิวหนัง กินยา ทายา นานเกิน 3 เดือนแล้วไม่หายหรือไม่

หากพบผู้มีอาการข้อใด ข้อหนึ่ง ให้ซักประวัติและตรวจร่างกายตามแบบคัดกรองโรคเรื้อน

แบบคัดกรองโรคเรื้อน

โปรดกรอกข้อความ หรือ ทำเครื่องหมาย / ใน ให้ชัดเจน

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด.....โทรศัพท์.....

2. ปัจจัยเสี่ยง

- ☐ เคยมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเรื้อน
☐ เคยมีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน
☐ เคยมีเพื่อนบ้าน ใกล้เคียง/คนในหมู่บ้านป่วยเป็นโรคเรื้อน
2. อาการสงสัยโรคเรื้อน (ถ้ามีอาการข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ต้องส่งพบแพทย์)
- ☐ โรคผิวหนังเรื้อรังที่เป็นมานานกว่า 3 เดือน รักษาด้วยยากินหรือยาทาไม่หาย
☐ ผื่นหรือวงด่างขาว ผื่นหนังดั่งกล่าวแห้ง เหงื่อไม่ออก ขนร่วง
☐ ผื่นนูนแดง หรือตุ่ม ไม่คัน
☐ ฝ่ามือ ฝ่าเท้าชา
☐ กล้ามเนื้อขา มือ เท้า อ่อนแรง ลีบ นิ้วงอหด ข้อมือ/ข้อเท้าตก ดาหลับไม่สนิท
☐ แผลเรื้อรังที่ฝ่าเท้า

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจคัดกรอง/สัมภาษณ์

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทร.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ : อสม. จะต้องไม่แจ้งกับกลุ่มเป้าหมายว่าสงสัยโรคอะไร

ระยะที่ 3 การประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การประเมินความพึงพอใจของกลุ่มลูกค้ำต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยส่งแบบสอบถามไปที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริม
 สุขภาพ ที่มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2559 ถึงปัจจุบัน จำนวน 85 แห่ง ส่งแบบประเมิน
 ความพึงพอใจแต่ละ 2 ชุด สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน และอาสาสมัครสาธารณสุข
 จำนวน 170 ฉบับ ได้รับคืนจำนวนทั้งสิ้น 142 ฉบับ กลุ่มตัวอย่างและประชากรในการประเมินความพึง
 พอใจในครั้งนี้ เป็นผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนของโรงพยาบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ระดับตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในปี พ.ศ. 2559-2560 และพื้นที่เป้าหมายของการรณรงค์กิจกรรมการควบคุมโรคเรื้อน ปี 2560 ในเขตจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิ จำนวน 85 แห่ง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 36 แห่ง ใน 13 อำเภอเป้าหมาย ได้แก่ อำเภอคูเมือง สตึก เถลิงพระเกียรติ พลับพลาชัย เมือง ลำปลายมาศ โนนดินแดง ประโคนชัย พุทไธสง กระสัง บ้านใหม่ไชยพจน์ ห้วยราช บ้านกรวด
2. จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 11 แห่ง ใน 10 อำเภอเป้าหมาย ได้แก่ อำเภอหนองบัวแดง บ้านแท่น ภูเขียว คอนสวรรค์ แก้งคร้อ เทพสถิต บ้านแท่น ภักดีชุมพล คอนสาร จตุรัส
3. จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 24 แห่ง ใน 17 อำเภอเป้าหมาย ได้แก่ อำเภอเมือง ลำทะเมนชัย ปักธงชัย บัวใหญ่ ประทาย เสิงสาง โนนสูง สีคิ้ว ขามสะแกแสง ดำเนินขาม ชุมพวง ปากช่อง กง พระทองคำ หนองนูนมาก โชคชัย สูงเนิน
4. จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 14 แห่ง ใน 11 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสำโรงทาบ เมือง ท่าตูม สังขะ บัวเชดศีขรภูมิ พนมดงรัก ปราสาท รัตนบุรี สนม ศรีณรงค์

ระยะเวลาดำเนินการ มกราคม - กันยายน 2560

ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.20 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 33.80 ส่วนมากอายุระหว่าง 26 – 35 ปี ร้อยละ 38.70 รองลงมา คือ อายุ 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.50

จากการวิเคราะห์พบว่า ภาพรวมลูกค้ำมีความพึงพอใจต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในระดับพอใจมากที่สุด ($\bar{x} = 3.35$, S.D. = 0.51) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์รายด้าน พบว่าด้านความพึงพอใจต่อเนื้อหา ($\bar{x} = 3.34$, S.D. = 0.64) ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากผลิตภัณฑ์ ($\bar{x} = 3.36$, S.D. = 0.50) และด้านรูปแบบของผลิตภัณฑ์ ($\bar{x} = 3.34$, S.D. = 0.50) มีความพึงพอใจมากที่สุด (ตาราง 5)

ตาราง 5 ความพึงพอใจต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 142)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
	ต่ำสุด	สูงสุด			
1. ความพึงพอใจต่อเนื้อหา	1	4	3.34	0.64	พอใจมากที่สุด
2. ประโยชน์ที่ได้รับจากผลิตภัณฑ์	2	4	3.36	0.50	พอใจมากที่สุด
3. รูปแบบของผลิตภัณฑ์	1	4	3.34	0.50	พอใจมากที่สุด
4. ความพึงพอใจในภาพรวม	2	4	3.35	0.51	พอใจมากที่สุด

เมื่อพิจารณารายชื่อในแต่ละด้าน พบว่า ด้านความพึงพอใจต่อเนื้อหา ลูกคำมีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์รายชื่อสูงสุดในด้าน เข้าใจง่าย ($\bar{x} = 3.44$, S.D. = 0.61) รองลงมาคือมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ ($\bar{x} = 3.42$, S.D. = 0.52) ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากผลิตภัณฑ์ พบว่า ลูกคำมีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์รายชื่อสูงสุดในด้านประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในอนาคต ($\bar{x} = 3.37$, S.D. = 0.51) และประโยชน์ที่ได้รับในปัจจุบัน ($\bar{x} = 3.34$, S.D. = 0.54) มีความพึงพอใจในระดับพอใจมากที่สุด ด้านรูปแบบของผลิตภัณฑ์พบว่า ลูกคำมีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์รายชื่อสูงสุดในด้าน ขนาดรูปเล่ม ($\bar{x} = 3.39$, S.D. = 0.56) มีความพึงพอใจในระดับพอใจมากที่สุด รองลงมาคือ ภาพประกอบ สอดคล้องกับเนื้อหา ($\bar{x} = 3.35$, S.D. = 0.60) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าร้อยละและค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 142)

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ														ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
	มากที่สุด		มาก		น้อย		น้อยที่สุด		ไม่ทราบ/ไม่ตอบ		รวม						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
1.ความพึงพอใจต่อนเนื้อหา																	
มีความเป็นปัจจุบัน	48	33.80	90	63.40	3	2.10	-	-	1	0.7	142	100	3.30	0.58	พอใจมากที่สุด		
สอดคล้องตามวัตถุประสงค์	50	35.20	81	57	10	7	1	0.7	-	-	142	100	3.27	0.62	พอใจมากที่สุด		
ตรงตามความต้องการ	55	38.70	81	57	6	4.2	-	-	-	-	142	100	3.35	0.56	พอใจมากที่สุด		
ครบถ้วนตามความต้องการ	50	35.20	83	58.50	9	6.30	-	-	-	-	142	100	3.29	0.58	พอใจมากที่สุด		
เข้าใจง่าย	71	50	64	45.10	6	4.20	0.70	-	-	-	142	100	3.44	0.61	พอใจมากที่สุด		
มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ	62	43.70	78	54.90	2	1.40	-	-	-	-	142	100	3.42	0.52	พอใจมากที่สุด		
ลำดับเนื้อหาต่อเนื่อง	52	36.60	86	60.60	3	2.10	1	0.70	-	-	142	100	3.33	0.56	พอใจมากที่สุด		
ประโยชน์ที่ได้รับในปัจจุบัน	53	37.30	84	59.20	5	3.50	-	-	-	-	142	100	3.34	0.54	พอใจมากที่สุด		

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ														
	มากที่สุด		มาก		น้อย		น้อยที่สุด		ไม่ทราบ/ไม่ตอบ		รวม		ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในอนาคต	55	38.70	85	59.90	2	1.40	-	-	-	-	142	100	3.37	0.51	พอใจมากที่สุด
ปกนำเสนอใจ	55	38.70	78	54.90	9	6.30	-	-	-	-	142	100	3.32	0.59	พอใจมากที่สุด
ขนาดตัวอักษรอ่านง่าย	53	37.30	79	55.60	9	6.30	1	0.70	-	-	142	100	3.30	0.62	พอใจมากที่สุด
ขนาดรูปเล่ม	60	42.30	77	54.20	5	3.50	-	-	-	-	142	100	3.39	0.56	พอใจมากที่สุด
ภาพประกอบสอดคล้องกับเนื้อหา	58	40.80	75	52.80	9	6.30	-	-	-	-	142	100	3.35	0.60	พอใจมากที่สุด
โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจในระดับใด	52	36.30	87	61.30	2	1.40	-	-	-	-	142	100	3.35	0.51	พอใจมากที่สุด

จากผลการประเมินเมื่อวิเคราะห์แยกหน่วยงาน พบว่า โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดและระดับมาก ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 7

ตาราง 7 ร้อยละความพึงพอใจในภาพรวมของหน่วยงานต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=142)

หน่วยงาน	ระดับความพึงพอใจ									
	มากที่สุด		มาก		น้อย		น้อยที่สุด		ไม่พอใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลชุมชน	7	43.75	9	56.25	-	-	-	-	-	-
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	38	35.51	67	62.62	2	1.87	-	-	-	-
ศูนย์แพทย์ชุมชน	4	28.57	10	71.43	-	-	-	-	-	-

บทที่ 5

สรุป อภิปราย ข้อเสนอแนะ

การจัดทำแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พิการทำการวิเคราะห์ชุมชน การรับข้อมูลข่าวสาร การแสวงหาการบริการสุขภาพ คุณภาพของระบบบริการสุขภาพการรับรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนของชุมชน นำข้อมูลที่ได้มาประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษาผู้สงสัยโรคเรื้อนผลิตสื่อเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการแสวงหาการรักษาโรคเรื้อน ทดลองใช้สื่อต่างๆ พบว่าสื่อโรคเรื้อนที่ชุมชนที่ชุมชนพึงพอใจมากที่สุดคือสื่อบุคคล ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมให้สื่อบุคคล โดยเฉพาะ อสม. มีความมั่นใจในการออกไปให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนและค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในชุมชนได้อย่างมั่นใจ ผู้วิจัยจึงได้จัดกระบวนการพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้องค์ประกอบของแนวทางที่ได้มาตรฐานสากล เพื่อจัดทำร่างแนวทางฯ และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาส่งให้เครือข่ายทดลองใช้แนวทางดังกล่าวและให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข และประเมินความพึงพอใจ ผลการประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางฯ ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.20 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 33.80 ส่วนมากอายุระหว่าง 26 – 35 ปี ร้อยละ 38.70 รองลงมา คือ อายุ 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.50 กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 3.36$, S.D. = 0.50) โดยมีความพึงพอใจด้านประโยชน์ที่ได้รับจากผลิตภัณฑ์มากที่สุด ($\bar{x} = 3.36$, S.D. = 0.50)

จากผลการศึกษาที่พบว่า เมื่อมีภาวะไม่สุขสบายเกิดขึ้นไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่สถานอนามัย (ร้อยละ 72.90) และเมื่อมีอาการผิดปกติที่ผิวหนังกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังลงเลือกไปสถานอนามัยเช่นเดิม (ร้อยละ 70.80) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวภูวโนในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รัชชัย ยืนยาว, นลินี มัลย์ นิละไพจิตรและจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2560) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพทุกราย (ร้อยละ 100) รองลงมาเป็นการใช้ระบบการบริการสุขภาพแบบพื้นบ้านและสามัญร้อยละ 91.0 และ 67.7 ตามลำดับ

จากผลการศึกษาที่พบว่าสื่อโรคเรื้อนที่ชุมชนพึงพอใจมากที่สุดคือ สื่อบุคคล (อสม. ให้ความรู้ที่บ้าน) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง สถานการณ์การสื่อสารสุขภาพ ที่พบว่า สื่อที่สำคัญที่สุดของการรณรงค์ด้านสุขภาพ คือ นักสุขภาพหรือตัวแทนสาธารณสุข โดยนักสุขภาพควรจะต้องเป็นสื่อบุคคลที่มีประสิทธิภาพ (มลินี สมภพเจริญ, 2551) หลังจากการนำรูปแบบที่ได้ไปดำเนินการ 2 ปี ได้ต่อยอดงานวิจัยสู่การพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ทางวิชาการที่ได้มาตรฐานตามองค์ประกอบ ภายใต้การควบคุมกำกับและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำแนวทาง เพื่อใช้ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพใน

พื้นที่ได้จริง และจากการประเมินความพึงพอใจของลูกค้าต่อแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ในภาพรวมลูกค้า (ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนของโรงพยาบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) มีความพึงพอใจในระดับพอใจมากที่สุด ร้อยละ 36.30 พึงพอใจมาก ร้อยละ 61.31 แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากทุกด้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาตำบลหนองไผ่งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ (สุชัยญา มานิตย์ศิริกุล, 2558) ที่พบว่า ลูกค้าผู้ใช้แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์(องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 24.30 พึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 63.20 และมีความพึงพอใจในระดับมากทุกด้าน

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ช่วยให้เกิดความรู้ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนในชุมชน ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 จากผลการศึกษาที่พบว่า เมื่อมีภาวะไม่สุขสบายเกิดขึ้นไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่สถานีนามัย และเมื่อมีอาการผิดปกติที่ผิวหนังกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงเลือกไปสถานีนามัยเช่นเดิม ดังนั้นสถานีนามัยจึงเป็นด่านแรกที่จะต้องพัฒนาให้มีความรู้ในเรื่องการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน และการส่งต่อผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน ไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้สามารถลดความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนได้

1.2 จากผลการศึกษาที่พบว่า สื่อโรคเรื้อนที่ชุมชนพึงพอใจมากที่สุด คือ สื่อบุคคล(อสม.ให้ความรู้ที่บ้าน) รองลงมาได้แก่ ป้ายประชาสัมพันธ์ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมด้านวิชาการโรคเรื้อนให้ อสม. เพื่อให้ อสม. มีความรู้เรื่องโรคเรื้อนที่ถูกต้อง สามารถให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนแก่ชุมชนเพื่อให้ผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนออกมารับการตรวจคัดกรอง ส่งผลให้ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในชุมชนได้เร็วขึ้น และช่วยลดความรังเกียจกลัวโรคเรื้อน

1.3 จากแบบสอบถามในส่วนที่ 3 มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง แนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

1.3.1 ควรเพิ่มเนื้อหาการติดต่อโรคเรื้อนให้ครอบคลุมกว่านี้ เพิ่มเนื้อหาด้านการรักษา เช่น ทานยาเม็ดแรกสามารถควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) อ่านแล้วจะได้เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน เพิ่มเนื้อหาด้านจิตวิทยาในการพูดเพราะจำเป็นในการพูดกับผู้ป่วย ควรมี case ตัวอย่างของผู้ป่วยมาเล่าให้ฟังและการปฏิบัติตนเมื่อป่วย และเพิ่มแบบคัดกรองความพิการ นิรูปภาพประกอบเพื่ออำนวยความสะดวกการใช้งาน

1.3.2 ด้านรูปแบบ อยากได้รูปเล่มเล็กกว่านี้และเพิ่มภาพประกอบ

1.3.4 ความต้องการผลิตภัณฑ์จากกรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่ต้องการโปสเตอร์สื่อต้นฉบับ

- ภาพพลิก VCD สื่อการเรียนรู้สำหรับโรคเรื้อน แผ่นพับ สื่อการสอนการป้องกันควบคุมโรคติดต่อต่างๆ สื่อที่ใช้เปิดทางหอกระจายข่าว

- แนวทางการค้นหาโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคซิกา
- เอกสารไข่เลือดออกสำหรับประชาชน

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ในระหว่างที่ดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาได้พบประเด็นที่น่าสนใจสำหรับผู้สนใจจะทำการศึกษาเรื่องนี้ต่อไปดังนี้

ควรเพิ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงทั้งในเรื่องสุขภาพและงบประมาณ

บรรณานุกรม

- กองโรคเรื้อน. รายงานประจำปี 2535 กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
- ธีระ งามสูตร. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิเวศรรณการพิมพ์, 2535.
- มลินี สมภพเจริญ. สถานการณ์การสื่อสารสุขภาพ. วารสารสุขภาพศึกษา 2551; 31: 1-11.
- วนิดา วีระกุล. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขกับการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้า. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน 2560 ; 14(3) : 31-33.
- วรุณศิริ อารยวงศ์. คู่มือหลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปีพุทธศักราช 2552. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข : เรดิเอชั่น.
- แววตา สุริยันต์. ผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการตลาดเชิงสังคมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองด้วยตนเองในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัย, 2551.
- รัชชัย ยืนยาว, นลิมลย์ นิละไพจิตรและจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชาวภูอยู่ในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560 ; 27(3) : 121-132.
- สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค.(2546). คู่มือ การวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมชาย สุพันธุ์วนิช. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2532.
- สุวัฒนา วงษ์กะพันธ์. รูปแบบและปัจจัยการสื่อสารในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร สวนอุษณิณี [วิทยานิพนธ์]. จุฬาลงกรณ์ : มหาวิทยาลัย, 2549.
- สุชัญญา มานิตย์ศิริกุล และญาดา โตอุตชนม์. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาตำบลหนองไม้งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา 2558 ; 21(1) : 57-68.
- หนึ่งหทัย ขอผลกลางและกิตติ กันภัย. การสื่อสารสุขภาพ : กลไกในการพัฒนาสังคม วารสารเทคโนโลยี สุรนารี 2553 ; 4(1) : 65-77.
- อรณิชา จิตรแสง. รูปแบบและปัจจัยการสื่อสารในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์]. จุฬาลงกรณ์ : มหาวิทยาลัย, 2549.
- Weg, N.V.D. and others. "Explanatory Model and Help-seeking Behavior of Leprosy Patient in Adamawa state, Nigeria" , Leprosy Review.69:382-389 ; 1998.
- WHO Expert Committee on Leprosy. Sixth report. Technical Report Series 768. Geneva : World Health Organization, 1988 ; 33-38.
- World Health Organization. A Guide to Elimination Leprosy as a Public Health Problem. Geneva : WHO, 1997.