

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วันโรคปอดเป็นโรคติดต่อทางการหายใจที่เป็นปัญหาสาธารณสุข และเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายประเทศทั่วโลก (Dye, Watt, Bleed, Hosseini, & Raviglion, 2005) องค์การอนามัยโลกรายงานอุบัติการณ์วันโรคในปี พ.ศ. 2550 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเป็นวันโรค 13.7 ล้านราย เป็นผู้ป่วยวันโรครายใหม่ 9.3 ล้านราย และเสียชีวิตจากการป่วยเป็นวันโรค 1.3 ล้านราย (World Health Organization [WHO], 2009) ประเทศในภูมิภาคเอเชียเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวันโรคมามากที่สุดคือร้อยละ 60 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดทั่วโลก ซึ่งประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบอุบัติการณ์การป่วยเป็นวันโรคสูงถึง 182 ต่อแสนประชากร (Vermund & Yamamoto, 2007) สำหรับประเทศไทยปัญหาวินโรคมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ ซึ่งมีความไวต่อการติดเชื้อวันโรคมกกว่าคนปกติทั่วไป จึงทำให้อัตราการป่วยเป็นวันโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดอันดับความรุนแรงวันโรคของประเทศไทยเป็นอันดับที่ 18 จาก 22 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวันโรคมกที่สุดในโลก (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, 2551) จากการศึกษาการระบาดของวันโรคในประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2544-2548 พบความชุกของการป่วยเป็นวันโรค 94 ต่อแสนประชากร (Jittimane, Vorasingha, Mad-asin, Nateniyom, Rienthong, & Varma, 2008) และในปี พ.ศ. 2550 ความชุกของการป่วยเป็นวันโรคเพิ่มขึ้นเป็น 142 ต่อแสนประชากร เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ (WHO, 2009)

เรือนจำเป็นสถานที่ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่เอื้อต่อการแพร่ของเชื้อวันโรคสูงหากมีผู้ติดเชื้อวันโรคอยู่ เนื่องจากโครงสร้างและสภาพแวดล้อมของเรือนจำที่มีการหมุนเวียนและการระบายอากาศไม่เพียงพอ แสงแดดส่องไม่ถึง ซึ่งเชื้อวันโรคสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความชื้นและไม่มีแสงแดดได้นานเป็นเดือน และถ้าอยู่ในเสมหะที่ไอจามออกมาเป็นละอองฝอยเล็กๆ เชื้อจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 7 วัน เชื้อวันโรคจึงสามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วในเรือนจำ (ศิริภา จิตติณิ และ นิภา งามไตรโร, 2552) รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงของผู้ต้องขัง จำนวนผู้ต้องขังที่มากเกิดความแออัด

ในเรือนจำ ภาวะทุพโภชนาการ ความเครียด การติดสารเสพติด และการติดเชื้อเอชไอวี หรือเอดส์ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อวันโรคและป่วยเป็นวันโรคเร็วยิ่งขึ้น (ภิรมย์ กมลรัตนกุล, 2544; Lobacheva, Asikainen, & Giesecke, 2007) ผู้ต้องขังจึงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวันโรคปอดมากกว่าประชากรทั่วไป มีอัตราการป่วยและอัตราการตายมากกว่าหลายเท่า จากรายงานการสำรวจความชุกของการป่วยเป็นวันโรคของผู้ต้องขังเรือนจำในประเทศแถบยุโรปพบความชุกของการป่วยเป็นวันโรคสูงสุดถึง 393 ต่อแสนประชากร (Aerts, Hauer, Wanlin, & Veen, 2006) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของการป่วยเป็นวันโรคในผู้ต้องขังทั่วไปตั้งแต่ 34-102 ต่อแสนประชากร นอกจากนี้ยังพบความชุกของการป่วยเป็นวันโรคปอดในผู้ต้องขังที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยสูงถึง 744 ต่อแสนประชากร (Lobato, Leary, & Simone, 2003) ส่วนประเทศในภูมิภาคเอเชีย เช่น ประเทศฮ่องกงมีอัตราการป่วยเป็นวันโรคในผู้ต้องขัง 280.6 ต่อแสนประชากร (Wong, Leung, Tam, Kam, Ma, & Au, 2008) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของผู้ป่วยวันโรคปอดในเรือนจำสูงกว่าประชากรทั่วไป 8-20 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ซึ่งจากการสำรวจความชุกของวันโรคปอดในผู้ต้องขังเรือนจำ 27 แห่งที่มีความหนาแน่นของผู้ต้องขังสูงและมีความชุกของวันโรคสูงในปี พ.ศ. 2549 พบความชุกของวันโรคปอด 354.8 ต่อแสนประชากร (Jittimane, Ngamtrairai, White, & Jittimane, 2007) และจากรายงานการค้นหาลำดับผู้ป่วยเป็นวันโรคในเรือนจำทั่วประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550 พบความชุกของการป่วยเป็นวันโรคปอดเท่ากับ 1,232, 961, และ 840 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (ศิริภา จิตติมนิ และ นิภา งามไตรโร, 2552)

การป่วยเป็นวันโรคย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนมีผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ในเรือนจำด้วย ผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ ไม่มีแรง เหนื่อยง่ายจากพยาธิสภาพของปอดไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้ หรือทำได้ไม่เต็มที่ซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่น และยังส่งผลต่อแบบแผนการนอนหลับ ทำให้นอนหลับไม่เพียงพอ มีอาการเจ็บชายโครงทั้งสองข้าง เนื่องจากอาการไอเรื้อรัง (ขวัญตา บาลทิพย์, อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, ทิพนาศ ชินวงศ์, นฤมล อนุมาศ, และ โขมพัทธ์ มณีวัต, 2545) อีกทั้งยังมีความรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิต ดังรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2550 ทั่วโลกพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการป่วยเป็นวันโรคถึง 1.3 ล้านราย ซึ่งในประเทศไทยพบอัตราการตายจากการป่วยเป็นวันโรค 21 ต่อแสนประชากร (WHO, 2009) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การป่วยเป็นวันโรคปอดทำให้ผู้ป่วยตื่นตระหนก วิตกกังวลเมื่อรู้ว่าตนเองป่วยเป็นวันโรค การป่วยเป็นวันโรคของผู้ต้องขังนอกจากก่อให้เกิดความเครียดต่อตัวผู้ต้องขังแล้วยังก่อให้เกิดความเครียดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลอีกด้วย เนื่องจากกลัวติดเชื้อวันโรคจากผู้ป่วย (Thompson, Petrovic, Duffell, & Chaloner, 2009) ผลกระทบด้านสังคม ทำให้คู่สมรส บุตรหรือผู้ที่มาเยี่ยมมี

โอกาสติดเชื้อโรคจากผู้ป่วยได้ และมีโอกาสแพร่เชื้อโรคสู่ผู้ดูแลควบคุม ตลอดจนผู้ที่อยู่ใกล้ชิดได้ ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่เจ้าหน้าที่ในเรือนจำ (Ngamtrairai, 2003) ดังรายงานการสอบสวนการระบาดของเชื้อวัณโรคคอตีบทางตอนเหนือของประเทศไทย ที่พบเชื้อวัณโรคคอตีบในผู้ป่วยทั้งหมด 70 ราย และในจำนวนนั้นเป็นผู้ที่เคยถูกคุมขังในเรือนจำของกรุงเทพมหานคร 15 ราย เป็นเจ้าหน้าที่ในเรือนจำ 1 ราย และอีก 3 ราย เป็นผู้ที่เคยถูกคุมขังในเรือนจำนอกกรุงเทพมหานคร (Ruddy et al., 2004) ด้านเศรษฐกิจ ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาและควบคุมวัณโรคเป็นจำนวนมาก ดังการศึกษาค่าใช้จ่ายในเรือนจำประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรณรงค์ป้องกันวัณโรคในเรือนจำสูงถึง 34,761 เหรียญสหรัฐต่อครั้ง ค่าใช้จ่ายในการคัดกรองและการรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำเฉลี่ยต่อราย 28, 943-137,306 เหรียญสหรัฐ (Miller, Hilsenrath, Lykens, McNabb, Moonan, & Weis, 2006) ซึ่งในปี พ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลกรายงานงบประมาณการควบคุมวัณโรคใน 90 ประเทศทั่วโลกสูงถึง 3.3 พันล้านเหรียญสหรัฐ (WHO, 2008) นอกจากนี้ยังมีผลถึงค่าใช้จ่ายเรื่องอาหารเสริมที่จะทำให้ร่างกายแข็งแรง เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคจะต้องรับประทานอาหารเสริมที่จะทำให้ร่างกายแข็งแรง (อมรา สุนทรธาดา, 2550) และการป่วยเป็นวัณโรคปอดทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการรักษานาน โดยเฉพาะถ้าเป็นเชื้อคอตีบจะทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลารักษานานขึ้น 6-30 เดือน (Hutchison, Drobniewski, & Milburn, 2003) ในประเทศไทยมีการประมาณค่ายาค่ารักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีเชื้อวัณโรคชนิดคอตีบสูงถึง 150,000 บาทต่อราย ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปถึง 100 เท่า (ศิริภา จิตติมณี และ นิภา งามไตร, 2552) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณค่าใช้จ่ายในการควบคุมวัณโรคในประเทศไทยสูงถึง 50 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี (WHO, 2009) ดังนั้นการกำหนดแนวทางในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรดำเนินการ

การคัดกรองเป็นมาตรการหนึ่งในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนจำที่ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกาแนะนำ โดยเน้นการค้นหาผู้ป่วยหรือผู้ที่สงสัยว่าจะป่วยเป็นวัณโรคและรีบให้การรักษาโดยเร็วที่สุด และการติดตามคัดกรองวัณโรคปอดเป็นระยะๆ เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ผู้ต้องขังหรือเจ้าหน้าที่อื่นในเรือนจำ (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2006) การคัดกรองวัณโรคปอดจึงมีความสำคัญ เพราะถ้าไม่มีการคัดกรองวัณโรคปอดในผู้ต้องขังเข้าใหม่และคัดกรองวัณโรคปอดในผู้ต้องขังเก่าอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ จะทำให้เกิดการแพร่เชื้อวัณโรคในเรือนจำจนถึงขั้นระบาดขึ้นได้ ดังรายงานการระบาดของเชื้อวัณโรคคอตีบทางตอนเหนือของประเทศไทยพบว่าสาเหตุเกิดจากการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคคอตีบจากผู้ที่เคยถูกคุมขังในเรือนจำมาก่อน แล้วมีการแพร่กระจายไปสู่ชุมชนเมื่อได้รับการปล่อยตัวออกจากเรือนจำ (Ruddy et al., 2004) และรายงานการสอบสวน

การระบาดของวัณโรคในเรือนจำแห่งหนึ่งของประเทศอังกฤษในปี ค.ศ. 2006 พบว่าสาเหตุของการระบาดเกิดจากผู้ต้องขังในเรือนจำที่มีอาการและอาการแสดงของวัณโรคปอดคือไอเรื้อรัง เหงื่อออกตอนกลางคืน และอ่อนเพลียหลายสัปดาห์ แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดขณะที่อยู่ในเรือนจำ อีกทั้งไม่ได้แยกบริเวณออกจากผู้ต้องขังอื่น ซึ่งเมื่อพ้นโทษแล้วไปรับการตรวจที่โรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นวัณโรคปอดจากการตรวจเสมหะยืนยัน (Sosa, Lobato, Condren, Williams, & Hadler, 2008) จากเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้คณะกรรมการควบคุมการระบาดของประเทศอังกฤษมีนโยบายให้นำการคัดกรองวัณโรคปอดมาใช้เป็นมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนจำ โดยการซักประวัติเกี่ยวกับสถานะของผู้ต้องขังปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค เช่น ประวัติการป่วยเป็นวัณโรค การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค ประวัติการเป็นคนเรื้อรัง ประวัติการเกิดในประเทศที่มีอัตราการป่วยเป็นวัณโรคสูง ตลอดจนการมีบิดามารดา หรือปู่ย่า ตายาย ป่วยเป็นวัณโรค และการซักถามอาการและอาการแสดงของวัณโรคปอดได้แก่ อาการไอเรื้อรังมากกว่า 3 สัปดาห์ เหงื่อออกตอนกลางคืน ไขมันเสมหะเป็นเลือด อาการไข้ น้ำหนักลด อ่อนเพลียไม่มีแรง เบื่ออาหาร ตลอดจนการแยกผู้ที่สงสัยป่วยเป็นวัณโรคปอดจากผู้ต้องขังอื่น ตามหลักการของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Thompson, Petrovic, Duffell, & Chaloner, 2009)

ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงยุติธรรมได้ร่วมกันดำเนินงานควบคุมวัณโรคในเรือนจำโดยเน้นการค้นหาและรักษาผู้ป่วยระยะแรกที่มีอาการ โดยมีนโยบายให้ทุกเรือนจำมีการคัดกรองวัณโรคปอดในผู้ต้องขังที่เข้าใหม่ ซึ่งจะมีการคัดกรองโดยการซักประวัติการเจ็บป่วยวัณโรค ประวัติการไอมากกว่า 2 สัปดาห์ และประวัติการรักษาวัณโรค ซึ่งจะทำได้สามารถพบผู้ที่สงสัยหรือป่วยเป็นวัณโรคได้ตั้งแต่ระยะแรกและรีบให้การรักษาผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคสู่ผู้ต้องขังหรือเจ้าหน้าที่อื่น อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดทีมสุขภาพเพื่อค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรค และให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ โดยเน้นการคัดกรองหาผู้ป่วยเป็นวัณโรคในผู้ต้องขังอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ศิริกานิจิตติ และนิภา งามไตรไร, 2552) ซึ่งเป็นหน้าที่รับผิดชอบส่วนหนึ่งของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่มีหน้าที่นี้เทศงาน ดูแลป้องกันควบคุมการติดเชื้อในเรือนจำ แต่ถึงแม้จะมีนโยบายในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนจำที่ชัดเจน แต่การลดปัญหาวัณโรคในเรือนจำมีความเป็นไปได้ยาก เนื่องจากข้อจำกัดในด้านบุคลากรสุขภาพ ซึ่งในเรือนจำแต่ละแห่งมีพยาบาลประจำเรือนจำเพียง 1-2 คนเท่านั้น (Jittimane, SX., Ngamtrairai, White, & Jittimane, S., 2007) อีกทั้งมีการหมุนเวียนเข้าออกของผู้ต้องขังในเรือนจำทุกวัน ทำให้ไม่สามารถคัดกรองวัณโรคปอดได้ครอบคลุมและทั่วถึงทุกราย (วรรณเพ็ญ จิตต์วิวัฒน์, นิภา งามไตรไร, และ

บุษกร สร้อยโมรี, 2548) และแนวโน้มของปัญหาวัณโรคในเรือนจำก็ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น เนื่องจากการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มมากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2551; ศิริินภา จิตติมติ และ นิภา งามไตรี, 2552)

การจะคัดกรองวัณโรคในผู้ต้องขังในเรือนจำให้ครอบคลุมและทั่วถึงโดยบุคลากรสุขภาพนั้นทำได้ยาก เนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรสุขภาพ กระทรวงยุติธรรมจึงได้มีนโยบายให้ทุกเรือนจำแต่งตั้งและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขของเรือนจำ ให้ปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือพยาบาลประจำเรือนจำในด้านสุขภาพอนามัยของเรือนจำ (ศิริินภา จิตติมติ และ นิภา งามไตรี, 2552) การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำโดยการคัดเลือกผู้ต้องขังคดีเด็ดขาด ตั้งแต่ชั้นดีขึ้นไป มีความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ เป็นบุคคลที่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนผู้ต้องขังด้วยกัน และได้รับการคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่ของเรือนจำ ให้มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ต้องขัง เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังในเรือนจำ นัดหมายให้ผู้ต้องขังที่ป่วยให้มารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข ซึ่งในบางเรือนจำมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำทำหน้าที่ช่วยเหลือพยาบาลประจำเรือนจำในการสังเกตอาการสงสัยวัณโรคในผู้ต้องขังด้วยกันแล้วรายงานให้พยาบาลทราบ เพื่อทำการคัดกรองวัณโรคปอด เช่น ทดสอบทาบ้ำบัดพิเศษ พระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และทดสอบทาบ้ำบัดพิเศษ จังหวัดเชียงใหม่ (พรเพ็ญ สรรเสริฐ, ติดต่อกับการส่วนตัว, 24 ธันวาคม, 2552; หทัยกาญจน์ ยาวิตาสประดิษฐ์, ติดต่อกับการส่วนตัว, 3 มีนาคม, 2553) ส่วนเรือนจำจังหวัดลำพูนมีการปฏิบัติการคัดกรองวัณโรคปอดโดยอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ แต่จากการศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำจังหวัดลำพูน โดยการใช้แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติ พบว่าคะแนนด้านความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าความรู้ด้านการคัดกรองอยู่ในระดับต่ำโดยมีคะแนนร้อยละ 55.14 และมีการปฏิบัติด้านการคัดกรองน้อย มีคะแนนร้อยละ 35.25 (พัชรภรณ์ ธรรมรัตนพงษ์, 2552)

อย่างไรก็ตามการคัดกรองวัณโรคปอดในเรือนจำโดยอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำเป็นนโยบายจากส่วนราชการที่กำหนดขึ้นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคปอด ไม่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมในการคิด หรือแสดงความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ จึงอาจทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ไม่เห็นถึงความสำคัญของปัญหาและไม่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ จึงมีผลต่อการรับความรู้ด้านการคัดกรองวัณโรคปอดและมีผลต่อการปฏิบัติในการคัดกรองวัณโรคปอดที่อาจทำได้ไม่ต่อเนื่องและไม่มีความยั่งยืน การใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

ในการแสดงความคิดเห็น และการใช้แผนปฏิบัติการเพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้มีการปฏิบัติในการคัดกรองวัณโรคปอดในเรือนจำโดยอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ น่าจะเป็นความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการดำเนินการตามบริบทและสภาพที่เป็นจริงของเรือนจำ รวมทั้งน่าจะมีความยั่งยืนต่อเนื่องในการปฏิบัติ ซึ่งเทคนิคเอไอซีเป็นวิธีการหนึ่งของการใช้การมีส่วนร่วม ในการระดมความคิด การวางแผน และการทำงานร่วมกัน เป็นกระบวนการที่ใช้วิธีการที่เรียบง่าย ใช้เวลาสั้น ที่สามารถใช้ในการกระตุ้นและสนับสนุน กลุ่มคน ชุมชน หรือองค์กรที่มีความแตกต่างกันในหลายๆ ด้าน เช่น วิทยุติ การศึกษา สังคมและเศรษฐกิจที่ไม่เท่าเทียมกันได้ (ประเวศ วะสี, 2536)

เทคนิคเอไอซีเป็นแนวคิดของ ดร. วิลเลียม อี สมิธ (Smith, 2004) ซึ่งมีความเชื่อในพลังอำนาจแฝงที่มีในตัวมนุษย์ ถ้าได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนจะสามารถนำพลังความคิดสร้างสรรค์ออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และจะนำไปสู่ความรับผิดชอบและการปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความซาบซึ้งในคุณค่าตระหนักถึงปัญหา (Appreciation [A]) ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกลวิธีที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย (Influence [I]) และขั้นตอนที่ 3 การสร้างแผนปฏิบัติการและการติดตามประเมินผล (Control [C]) เทคนิคเอไอซี มีขั้นตอนการประชุมที่ชัดเจน เรียบง่าย ใช้เวลาสั้น สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ง่าย และกิจกรรมหรือโครงการที่ได้มาจากการระดมความคิดและการวางแผนร่วมกันของผู้เข้าร่วมประชุม ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เกิดพลังที่จะทำให้เป็นจริงตามที่คิดฝันไว้ โดยคาดว่า การใช้เทคนิคเอไอซี จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำมีความตระหนัก มีความรู้ และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมที่ได้ร่วมกันคิดขึ้นมา ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติในการคัดกรองวัณโรคปอดที่ถูกต้อง ส่งผลให้การคัดกรองวัณโรคปอดมีประสิทธิภาพ เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ในเรือนจำ

การศึกษาที่ใช้เทคนิคเอไอซี ได้แก่ การควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้กระบวนการเอไอซี บ้านกองลอย อำเภอสอด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากระบวนการเอไอซี เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับรู้ปัญหา และการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านร่วมกัน และคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยกัน ทำให้ทราบว่าการควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน เป็นบทบาทหน้าที่ของทุกคน ไม่ใช่ของผู้นำเท่านั้น ซึ่งก่อนการประชุมโดยใช้เทคนิคเอไอซี ประชาชนไม่เกิดการเรียนรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกเลย เพราะไม่ได้คิดและปฏิบัติด้วยตนเอง แต่หลังจากการประชุมและนำแผนปฏิบัติการไปดำเนินการ เช่นการให้ความรู้เรื่องไข้เลือดออกผ่านเสียงตามสาย และการประชุมประจำเดือน การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การพ่นหมอกควัน กำจัดตัวแก่ยุงลาย ประชาชนได้ร่วมกันรับรู้เข้าใจ ร่วมกันปฏิบัติเพราะเป็นกิจกรรมที่ได้จากการประชุม เป็นกิจกรรมที่ช่วยกันคิด จึงให้ความร่วมมือในการดำเนินการ ทำให้ป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ ซึ่งพบว่าหลังการปฏิบัติตามแผน อัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านลดลง (เจริญ ฟองศรี, 2542) และการศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันวันโรคของชุมชนโดยเทคนิคเอไอซี หลังจากการนำโครงการที่ได้จากการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยเทคนิคเอไอซีไปปฏิบัติ ได้แก่โครงการรณรงค์ระดมชุมชนสืบค้นวันโรค โครงการดูแลผู้ป่วยวันโรคที่บ้านโดยอาสาสมัครจิตอาสา โครงการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยวันโรค โครงการพัฒนาองค์ความรู้วันโรคมุ่งสู่การดูแลสุขภาพชุมชน และโครงการพัฒนาศักยภาพที่เลี้ยงจิตอาสาทำกับการกินยา พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้และการปฏิบัติหลังพัฒนาเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รักษณา สิงห์เทพ, 2551)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการคัดกรองวันโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำระหว่างก่อนและหลังการใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซี
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการคัดกรองวันโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำระหว่างกลุ่มที่ใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซีกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซี
3. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการคัดกรองวันโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำระหว่างกลุ่มที่ใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซีกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซี

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้ในการคัดกรองวันโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำกลุ่มที่ใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซีหลังใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซีสูงกว่าก่อนใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซี
2. คะแนนความรู้ในการคัดกรองวันโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำกลุ่มที่ใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซีสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซี

3. ประสิทธิภาพในการคัดกรองวันโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำกลุ่มที่ใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซีสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซี ต่อความรู้และประสิทธิภาพในการคัดกรองวันโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ เรือนจำอำเภอสุวรรณภูมิ ระหว่างเดือน กันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553

นิยามศัพท์

แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซี หมายถึง กลยุทธ์ที่จะนำมากระตุ้นและสนับสนุน เพื่อให้การปฏิบัติในการคัดกรองวันโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งได้จากการประชุมของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ โดยใช้เทคนิคเอไอซีของ ดร. วิลเลียม อี สมิธ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความซาบซึ้งในคุณค่าตระหนักถึงปัญหา (Appreciation [A]) ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกลวิธีที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย (Influence [I]) ขั้นตอนที่ 3 การสร้างแผนปฏิบัติการและการติดตามประเมินผล (Control [C]) หลังจากนั้นนำแผนปฏิบัติการไปทดลองใช้ระยะหนึ่ง แล้วจึงนำปัญหาและอุปสรรคที่พบมาประชุมเพื่อแก้ไข ปรับปรุง เพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการในการคัดกรองวันโรคปอดที่สมบูรณ์ มีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ความรู้ในการคัดกรองวันโรคปอด หมายถึง ความเข้าใจและความสามารถในการจำหรือการระลึกได้ในกระบวนการคัดกรองวันโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ได้แก่ ความหมายของการคัดกรองวันโรคปอด อาการและอาการแสดงของวันโรคปอด วิธีการคัดกรองวันโรคปอด และการสรุปผลการคัดกรองวันโรคปอด ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดความรู้ในการคัดกรองวันโรคปอดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ประสิทธิภาพในการคัดกรองวันโรคปอด หมายถึง ความสามารถในการคัดกรองวันโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำว่าสงสัยหรือไม่สงสัยเป็นวันโรคปอดได้ถูกต้อง

ตรงกับผู้ป่วย วิธีคัดกรองได้จากการซักประวัติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของวัณโรคปอด ประวัติการรักษาวัณโรค ประวัติการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งประสิทธิภาพของการคัดกรองคำนวณจาก ค่าความไว ความจำเพาะ ค่าพยากรณ์บวก และค่าพยากรณ์ลบ

1) ความไวของการคัดกรอง (sensitivity) หมายถึง ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการคัดกรองผู้ต้องขังที่สงสัยเป็นวัณโรคปอดได้ถูกต้องตรงกับผู้ป่วย ค่าความไวของการคัดกรองคำนวณได้จากร้อยละของจำนวนผู้ต้องขังที่อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำคัดกรองว่าสงสัยเป็นวัณโรคปอดได้ตรงกับผู้ป่วย ต่อจำนวนผู้ต้องขังที่ผู้ป่วยให้การวินิจฉัยว่าสงสัยเป็นวัณโรคปอดทั้งหมด

2) ความจำเพาะของการคัดกรอง (specificity) หมายถึง ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการคัดกรองผู้ต้องขังที่ไม่สงสัยเป็นวัณโรคปอดได้ถูกต้องตรงกับผู้ป่วย ค่าความจำเพาะของการคัดกรองคำนวณได้จากร้อยละของจำนวนผู้ต้องขังที่อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำคัดกรองว่าไม่สงสัยเป็นวัณโรคปอดได้ตรงกับผู้ป่วย ต่อจำนวนผู้ต้องขังที่ผู้ป่วยให้การวินิจฉัยว่าไม่สงสัยเป็นวัณโรคปอดทั้งหมด

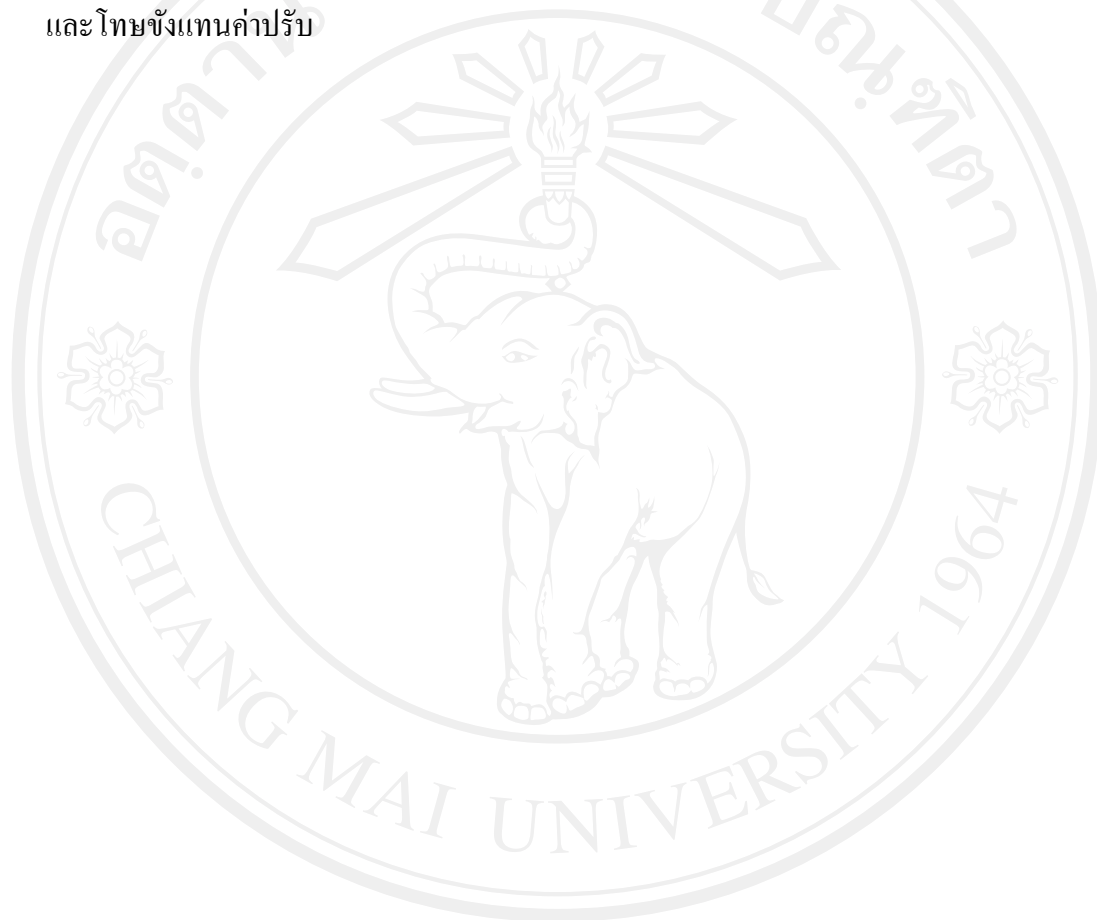
3) ค่าพยากรณ์บวก (predictive value positive) หมายถึง โอกาสของการคัดกรองผู้ที่เป็วัณโรคปอดได้ถูกต้องจากการคัดกรองที่ให้ผลบวกทั้งหมด คำนวณได้จากร้อยละของจำนวนการคัดกรองผู้ต้องขังที่สงสัยเป็นวัณโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำได้ถูกต้องตรงกับผู้ป่วย ต่อจำนวนผู้ต้องขังที่อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำคัดกรองว่าสงสัยเป็นวัณโรคปอดทั้งหมด

4) ค่าพยากรณ์ลบ (predictive value negative) หมายถึง โอกาสของการคัดกรองผู้ที่ไม่เป็นวัณโรคปอดได้ถูกต้องจากการคัดกรองที่ให้ผลลบทั้งหมด คำนวณได้จากร้อยละของจำนวนการคัดกรองผู้ต้องขังที่ไม่สงสัยเป็นวัณโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำได้ถูกต้องตรงกับผู้ป่วย ต่อจำนวนผู้ต้องขังที่อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำคัดกรองว่าไม่สงสัยเป็นวัณโรคปอดทั้งหมด

ผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ผู้ที่ติดเชื้อแบคทีเรียไมโคแบคทีเรียทูปerculosis (*Mycobacterium tuberculosis*) และมีอาการและอาการแสดงของวัณโรคปอด ได้แก่ อาการไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ ไอมีเสมหะสีเหลืองเขียว ไอมีเสมหะปนเลือด มีไข้ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด เป็นต้น วินิจฉัยได้จากการข้อมเสมหะตรวจพบเชื้อวัณโรค การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการทดสอบทูเบอร์คูลินที่ผิวหนัง

อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้ต้องขังคดีเด็ดขาดตั้งแต่ชั้นดีขึ้นไป มีความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ ปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยเหลือพยาบาล ประจำเรือนจำในด้านสาธารณสุขของเรือนจำ

เรือนจำ หมายถึง สถานที่จองจำผู้กระทำความผิดกฎหมายประจำอำเภอสวรคโลก จังหวัดสุโขทัย รับผู้ต้องขังทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีโทษเด็ดขาดกำหนดโทษจำคุกตั้งแต่ 1-10 ปี และโทษชังแทนค่าปรับ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved